

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GRAZIELE LUIZA BARIZON SCOPEL GERBASI

CORRELAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE, NEUROCIÊNCIAS E TERAPIA COGNITIVA
SOBRE DEPRESSÃO

MARINGÁ
2020

GRAZIELE LUIZA BARIZON SCOPEL GERBASI

CORRELAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE, NEUROCIÊNCIAS E TERAPIA COGNITIVA
SOBRE DEPRESSÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do sujeito e historicidade

Linha de pesquisa: Psicanálise e civilização

Orientador: Prof. Dr. Paulo José da Costa

MARINGÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

G361c	<p>Gerbasi, Grazielle Luiza Barizon Scopel</p> <p>Correlações entre psicanálise, neurociências e terapia cognitiva sobre depressão / Grazielle Luiza Barizon Scopel Gerbasi. -- Maringá, PR, 2020. 184 f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Paulo José da Costa. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.</p> <p>1. Depressão . 2. Terapia Cognitiva. 3. Psicanálise - Neurociências. 4. Interdisciplinaridade. I. Costa, Paulo José da , orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 23.ed. 150.1952</p>
-------	---

GRAZIELE LUIZA BARIZON SCOPEL GERBASI

Correlações entre psicanálise, neurociência e terapia cognitiva sobre depressão

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Paulo José da Costa

PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik

PPI/Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Marco Antonio Rotta Teixeira

DPI/Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Vitor Orquiza de Carvalho

Fundação Getulio Vargas – FGV

(vídeo conferência)

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Universidade Estadual de Londrina - UEL

Aprovada em: 13 de março de 2020.

Local da defesa: Bloco 118 – sala de vídeo, Campus da UEM.

*A todas as pessoas que conhecem este tema
intimamente.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que estiveram presentes nas diversas áreas da minha vida (pessoal, profissional, acadêmica, social) e ofereceram apoio, incentivo, cuidado, confiança, ideias, histórias e questionamentos, porque é preciso equilíbrio entre todas elas para que um trabalho como este possa se concretizar.

A todos aqueles que me ensinaram e contribuíram com minha formação acadêmica e profissional, desde a graduação, especializações, mestrado e, especialmente, no doutorado, pois cada etapa foi importante para o desenvolvimento desta pesquisa.

Sou grata, principalmente, ao meu orientador, Professor Doutor Paulo José da Costa, que exerceu exemplarmente seu papel, encontrando a medida certa entre as exigências acadêmicas, o rigor científico, a abertura para ideias e a flexibilidade para pensar, bem como por seu respeito às produções e por sua compreensão frente a demandas da vida pessoal.

Obrigada também aos membros da banca examinadora, pela dedicação à leitura deste texto e pelos apontamentos necessários para seu aprimoramento.

Aos colegas de trabalho que compartilham conhecimento e experiências, aos alunos que me instigam a refletir e a aprender mais e, principalmente, aos pacientes e seus familiares, cujo valor de suas narrativas pessoais é inestimável para o meu aprendizado.

E agradeço, especialmente, ao César, meu marido, pelo apoio, compreensão, tolerância, cuidado e tantas conversas ao longo de todo este percurso.

Um dos cenários para o acabar bem que considero desejável resulta de combinar alguns traços da contemplação espinosiana com uma atitude mais ativa em relação ao mundo que nos rodeia. Desse cenário faz parte uma vida do espírito que procura no entendimento derivado do conhecimento científico, da experiência estética, ou de ambos uma fonte de alegria. Esse cenário inclui também uma atitude de combate, baseada na convicção de que uma parte da tragédia da humanidade pode ser diminuída, e de que contribuir para essa diminuição é uma responsabilidade que devemos assumir. Um dos benefícios do progresso científico consiste em permitir-nos planejar ações inteligentes que podem aliviar o sofrimento. A ciência pode ser combinada com o melhor de uma tradição humanista para permitir uma nova abordagem dos problemas humanos e levar ao florescimento da humanidade (António Damásio, 2004).

Nunca teremos um mundo perfeito, e seria perigoso procurar um. Mas não há limites para as melhorias que podemos alcançar se continuarmos a aplicar o conhecimento para aprimorar o desenvolvimento humano.

Essa história heroica não é apenas mais um mito. Mitos são ficções, mas essa é verdadeira – verdadeira tanto quanto podemos conhecer, o que é a única verdade que podemos ter. Acreditamos nela porque temos razões para crer nisso. À medida que aprendemos mais, podemos mostrar quais partes da história continuam sendo verdadeiras e quais são falsas – pois qualquer uma delas pode ser, e qualquer uma pode vir a ser.

E essa história não pertence a nenhuma tribo, mas a toda a humanidade – a qualquer criatura senciente com o poder da razão e o desejo de persistir em seu ser. Pois requer apenas as convicções de que a vida é melhor do que a morte, a saúde é melhor do que a doença, a abundância é melhor do que a escassez, a liberdade é melhor do que a coerção, a felicidade é melhor do que o sofrimento, e o conhecimento é melhor do que a superstição e a ignorância (Steven Pinker, 2018).

RESUMO

Esta pesquisa interdisciplinar sobre a depressão investigou correlações teóricas entre a Psicanálise, as Neurociências e a Terapia Cognitiva, baseada no pensamento complexo e no pressuposto de que o diálogo entre elas é viável, embora existam diferenças epistemológicas, ontológicas e metodológicas. A depressão acomete milhões de pessoas em todo o mundo, gerando sofrimento significativo e levando a incapacitações, ao comprometimento das relações sociais e das atividades profissionais e, em casos graves, ao suicídio. Diante da complexidade e da multifatorialidade da depressão, nossa proposta foi estudá-la sob uma perspectiva interdisciplinar, com o objetivo de identificar convergências entre algumas teorias psicanalíticas, cognitivas e neurocientíficas. Para isso, abordamos a relação mente-corpo, apresentamos noções acerca da constituição e do funcionamento do psiquismo, de processos conscientes e inconscientes, cognitivos e afetivos. Consideramos o valor biológico e os princípios homeostáticos de emoções e sentimentos. Nós trouxemos contribuições da Psicanálise sobre as instâncias psicodinâmicas (Eu, Id e Super-eu), sobre o narcisismo primário e o secundário, pulsão de vida e pulsão morte e sobre a melancolia. Incluímos noções da psicanálise afetiva, que se alinha a noções neurocientíficas contemporâneas. Apresentamos algumas propostas da Neuropsicanálise que permitiram repensar aspectos da metapsicologia e suas concepções acerca do papel das emoções básicas nos quadros depressivos. Também descrevemos o modelo cognitivo unificado da depressão, que integra fatores cognitivos, biológicos e evolutivos. Nós mostramos o papel das experiências precoces para a predisposição ao adoecimento psíquico. Problematizamos as definições de normal e patológico e constatamos que existem alguns aspectos positivos nos fenômenos depressivos, seja pela possibilidade de preservar energia ou de promover desenvolvimento. Mencionamos os tratamentos para depressão em Terapia Cognitiva e em Psicanálise, considerando algumas características do contexto social atual. Demonstramos que a interdisciplinaridade é um caminho cientificamente válido para a investigação da depressão e pode favorecer a ampliação de sua compreensão, a partir da identificação de suas convergências e da construção de articulações entre teorias que podem cooperar e se complementar.

Palavras-chave: Depressão. Interdisciplinaridade. Psicanálise. Neurociências. Terapia Cognitiva.

ABSTRACT

This interdisciplinary research on depression investigated theoretical correlations between Psychoanalysis, Neurosciences and Cognitive Therapy, based on complex thinking and the assumption that dialogue between them is viable, although there are epistemological, ontological and methodological differences. Depression affects millions of people around the world, causing significant suffering and leading to disability, impaired social relationships and professional activities and, in severe cases, suicide. Given the complexity and multifactoriality of depression, our proposal was to study it from an interdisciplinary perspective, aiming to identify convergences between some psychoanalytic, cognitive and neuroscientific theories. For this, we approached the mind-body relationship, we presented notions about the constitution and functioning of the psyche, conscious and unconscious, cognitive and affective processes. We considered the biological value and homeostatic principles of emotions and feelings. We had brought contributions from Psychoanalysis about the psychodynamic instances (Ego, Id, and Super-ego), primary and secondary narcissism, life instinct and death instinct, and melancholy. We included notions of affective psychoanalysis, which aligns with contemporary neuroscientific notions. We presented some proposals of Neuropsychoanalysis that allowed us to rethink aspects of metapsychology and its conceptions about the role of basic emotions in depressive conditions. We also described the unified cognitive model of depression, which integrates cognitive, biological, and evolutionary factors. We showed the role of early experiences in predisposition to psychic illness. We problematized the definitions of normal and pathological and found that there are some positive aspects in depressive phenomena, either by the possibility of preserving energy or promoting development. We mentioned treatments for depression in Cognitive Therapy and Psychoanalysis, considering some characteristics of the current social context. We demonstrated that interdisciplinarity is a scientifically valid path for the investigation of depression and can favor the broadening of its understanding, from the identification of its convergences and the construction of articulations between theories that can cooperate and complement each other.

Key words: Depression. Interdisciplinarity. Psychoanalysis. Neurosciences. Cognitive Therapy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	11
1 UM DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR -----	16
1.1 A COMPLEMENTARIDADE DOS SABERES -----	17
1.2 O ENTRELAÇAR DE TEORIAS E MÉTODOS -----	19
1.3 OS MÉTODOS DOS NOSSOS INTERLOCUTORES -----	22
2 CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS E EPISTEMOLÓGICAS -----	26
2.1 A UNIDADE MENTE-CORPO-----	26
2.2 O PENSAMENTO COMPLEXO SOBRE OS SERES VIVOS-----	31
2.3 FISCALISMO E FUNCIONALISMO EM FREUD-----	34
3 INTERAÇÕES ENTRE AFETIVIDADE E RACIONALIDADE -----	39
3.1 EMOÇÕES E SENTIMENTOS VISAM À PRESERVAÇÃO DA VIDA -----	39
3.2 A REGULAÇÃO HOMEOSTÁTICA EMOCIONAL -----	42
3.3 EMOÇÕES, MEMÓRIAS E PROCESSAMENTO COGNITIVO-----	48
3.4 UM METACONHECIMENTO: SENTIMOS QUE SABEMOS -----	51
4 NEUROPSICANÁLISE: A METAPSIKOLOGIA A PARTIR DOS AFETOS -----	54
4.1 O MONISMO DE DUPLO ASPECTO-----	54
4.2 UM RETORNO A FREUD-----	56
4.3 A METAPSIKOLOGIA SEGUNDO A NEUROPSICANÁLISE -----	58
4.4 A CONSCIÊNCIA AFETIVA -----	60
5 A MENTE <i>INTRA</i> E <i>INTERSUBJETIVA</i> -----	66
5.1 O EU EM CONSTRUÇÃO: NARCISISMO, IDENTIFICAÇÕES E IDEAIS-----	66
5.2 AMBIVALÊNCIA E PULSÕES DE VIDA E MORTE -----	69
5.3 NARCISISMOS: DA ONIPOTÊNCIA ÀS POTENCIALIDADES REAIS -----	71
6 O MODELO COGNITIVO DE AARON BECK -----	78
6.1 O PERCURSO DA PSICANÁLISE À TERAPIA COGNITIVA -----	78
6.2 O MODELO COGNITIVO-----	81
6.3 O MODELO COGNITIVO GENÉRICO-----	84
7 A CONFIGURAÇÃO BIOLÓGICA E COGNITIVA DA DEPRESSÃO -----	90
7.1 FATORES GENÉTICOS, ANATÔMICOS E NEUROQUÍMICOS -----	90
7.2 O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO-----	97
7.3 UNIFICAÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS, COGNITIVOS, BIOLÓGICOS E EVOLUTIVOS -----	102
8 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE E DA NEUROPSICANÁLISE -----	108
8.1 MELANCOLIA: ENTRE A NEUROSE E A PSICOSE -----	108
8.2 PERDAS E EXCESSOS TRAUMÁTICOS -----	114

8.3 NEUROPSICANÁLISE: SEPARAÇÃO, PÂNICO E DESESPERANÇA -----	119
9 CONSTRUINDO UMA PERSPECTIVA INTEGRATIVA-----	125
9.1 UM TRIPÉ COMO APOIO -----	125
9.2 SAÚDE, NORMALIDADE E PSICOPATOLOGIA: INDEFINIÇÕES-----	126
9.3 A SUBJETIVIDADE BIOPSÍQUICA -----	129
9.3.1 A corporeidade do Eu e a interação de afetos e cognições-----	129
9.3.2 A mente consciente e inconsciente -----	131
9.3.3 O Eu e o Id reconfigurados-----	133
9.3.4 A realidade psíquica e as transformações da memória-----	135
9.4 AGRESSIVIDADE E DESTRUTIVIDADE: ENTRE AS PULSÕES DE VIDA E DE MORTE -----	137
9.4.1 Preservação x destruição-----	137
9.4.2 Dependência e ambivalência com relação ao outro-----	140
9.4.3 Falhas no Eu e a retroalimentação dos vieses negativos-----	142
9.5 A DEPRESSÃO TEM ASPECTOS POSITIVOS? -----	144
10 A REESTRUTURAÇÃO PSÍQUICA -----	148
10.1 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS CONTEMPORÂNEOS -----	148
10.2 AS ABORDAGENS PSICANALÍTICA E NEUROPSICANALÍTICA -----	152
10.3 A TERAPIA COGNITIVA -----	157
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	162
REFERÊNCIAS -----	167

APRESENTAÇÃO

*So never mind the darkness
We still can find a way
'Cause nothin' lasts forever
Even cold November rain
(November Rain / Guns N'Roses)¹*

O tema desta pesquisa interdisciplinar é a depressão, entendida como um fenômeno complexo e multifacetado, de alta prevalência na sociedade atual, em que participam fatores afetivos, cognitivos, sociais, culturais, biológicos e evolutivos em sua etiologia e evolução clínica. As suas manifestações são peculiares a cada sujeito, que a vivencia a luz de sua própria experiência subjetiva. A depressão é estudada por várias disciplinas científicas, a partir de diferentes métodos, concepções de homem, conceitos e denominações (como melancolia, por exemplo), correspondentes à perspectiva de cada campo de conhecimento. Portanto, diversas áreas da ciência contribuem para a sua compreensão com descobertas, dados, informações, hipóteses, modelos teóricos etc. Nós selecionamos três delas para cooperar em nosso estudo: a Psicanálise, a Terapia Cognitiva (TC) e as Neurociências. Nossos objetivos são investigar as correlações e convergências entre proposições destas disciplinas e elaborar articulações entre elas, guiados pela interdisciplinaridade teórica e metodológica.

Defendemos a tese de que a depressão, sendo um fenômeno multifatorial, pode ser investigada cientificamente por meio de uma perspectiva interdisciplinar, integrando elementos da Psicanálise, da TC e das Neurociências de modo complementar. Estes campos científicos têm bases epistemológicas, ontológicas e metodológicas diferentes, mas entendemos que isso não impede a interlocução que propomos nem a promoção de interações entre esses saberes. Reconhecemos a existência de diferenças e divergências, mas abordamos esses elementos somente para os esclarecimentos necessários ao diálogo, sem maior aprofundamento. Ao passo em que as teorias são expostas e entrelaçadas ao longo dos capítulos, apresentamos as convergências entre elas, em vez de fazer isso em um capítulo à parte. Desse modo, expomos as correlações que identificamos no decorrer das nossas leituras de maneira dispersa no corpo

¹ Então não se importe com a escuridão / Ainda podemos encontrar um caminho / Porque nada dura para sempre / Mesmo a chuva fria de novembro (*November Rain / Guns N'Roses*)

desta tese, a fim de demonstrar ao leitor a viabilidade e a proficiência desta interlocução interdisciplinar em prol da compreensão da depressão.

Partimos da ideia de que, quando pensamentos e afetos anunciam que algo não está bem no curso das experiências cotidianas, quando revelam que há sofrimento, quando eles se transformam de tal maneira que levam o sujeito a caminhar na contramão dos imperativos da vida – sua preservação e seu bem-estar – como na depressão, é preciso que sejam ouvidos e entendidos; e os esforços e avanços científicos podem ser somados para essa finalidade. Os estados depressivos compreendem um amplo espectro que vai desde o sofrimento psíquico comum, inerente à condição humana, até a psicopatologia propriamente dita. Os fenômenos depressivos englobam: predisposição genética; fatores de vulnerabilidade da história de vida (traumas, perdas e lutos); elementos simbólicos e imaginários da realidade psíquica; distorções cognitivas (vieses de pensamento, atenção e memória); elementos socioculturais, entre outros. Como a depressão é um fenômeno clínico investigado em diversas áreas científicas que enfocam seus fatores psicossociais, neurobiológicos, cognitivos etc., nós adotamos a interdisciplinaridade com o intuito de pesquisar esse tema tão relevante socialmente.

De acordo com informações disponíveis na página na internet da OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde vinculada à Organização Mundial da Saúde) atualizadas em março de 2018 (<https://www.paho.org/bra>), a estimativa é de que 300 milhões pessoas, de todas as faixas etárias, tenham depressão em todo o mundo. Esta patologia afeta mais mulheres do que homens e é a principal causa de incapacitação. Em casos mais graves, pode levar ao suicídio, responsável por cerca de 800 mil óbitos por ano, sendo esta a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos. Segundo dados de 2017 do *National Institute of Mental Health* dos Estados Unidos disponibilizados em seu site (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>), cerca de 17,3 milhões de adultos (7,1%) haviam apresentado um episódio de depressão maior no ano anterior, tendo maior prevalência em mulheres (8,7% da população feminina) do que em homens (5,3% da população masculina) e em indivíduos na faixa etária de 18 a 25 anos (13,1%). A OMS também divulgou dados globais da prevalência da depressão em 2017, estimando que 5,8% da população brasileira apresente esta psicopatologia, o que representa 11.548.577 pessoas em nosso país.

Embora a depressão seja objeto de estudos antropológicos, sociais, econômicos, farmacológicos, entre outros, delimitamos nossa investigação a áreas que contribuem com o conhecimento científico acerca do psiquismo, considerando sua indissociabilidade do corpo.

Uma delas é a Terapia Cognitiva (TC), desenvolvida por Aaron Beck. Outro campo que aborda a subjetividade é a Psicanálise, fundada por Sigmund Freud. Ambas contemplam os quadros clínicos depressivos com diferentes enfoques, métodos e modelos teóricos. A Psicanálise e a TC têm dialogado com as Neurociências, que nas últimas décadas vêm apresentando esclarecimentos sobre o funcionamento psíquico a partir da compreensão da interação mente-corpo. Aaron Beck percorreu um caminho investigativo da depressão, partindo de sua formação psicanalítica até o desenvolvimento de um modelo unificado, que abrange aspectos cognitivos, biológicos e evolutivos e, atualmente, ainda menciona contribuições da Psicanálise. Esta vem desenvolvendo a teoria e a técnica acerca da depressão, desde as formulações de Freud sobre a melancolia até autores da atualidade. Ao longo das últimas décadas, as Neurociências têm apresentado um crescimento exponencial, também no que toca esse tema. Além disso, existem as contribuições da Neuropsicanálise, cujas pesquisas integram as duas últimas.

Elegemos a Psicanálise, as Neurociências e a Terapia Cognitiva (TC) em função da nossa formação acadêmica e atuação profissional. Nossa formação compreendeu estudos no campo psicanalítico, neurocientífico, em TC e em psicologia hospitalar, em cursos de especialização e no mestrado. Nossa atuação profissional é essencialmente clínica e tem ocorrido na saúde pública, no contexto hospitalar e em equipe multiprofissional, além da docência em pós-graduações em psicoterapia psicanalítica e terapia cognitiva. Ao longo dos anos, isto ensejou reflexões acerca das semelhanças encontradas entre tais teorias que pareciam tratar dos mesmos objetos ou, ao menos, de objetos muito próximos. O ir e vir entre cursos, leituras e pacientes, transitando ora pela Psicanálise, ora pela TC, passando pelas Neurociências, levou a questionamentos que, ainda em um estágio incipiente, poderiam ser colocadas assim: “Ora, eles não estão falando da mesma coisa?” ou “A mente, mesmo que explicada de maneiras diferentes, não é uma só?” e, ainda, “A Dona Maria que eu atendi hoje não pode ser compreendida segundo a Psicanálise e também segundo o modelo cognitivo?” ou, então, “Esta labilidade emocional do Sr. João é decorrente da sequela neurológica após o acidente vascular cerebral isquêmico?”. Portanto, previamente ao início desta pesquisa, já vislumbrávamos algumas relações entre as áreas.

Além de indagações próprias ao campo da Psicologia e áreas afins, questionamentos que recorrem às perspectivas dos membros da equipe multiprofissional fazem parte da rotina hospitalar, a fim de se obter uma maior compreensão dos pacientes e seus familiares e de se determinar as melhores condutas terapêuticas. O planejamento assistencial a cada paciente é estabelecido a partir da integração de informações que proveem, por exemplo: 1) do serviço

social sobre o suporte familiar e as condições socioeconômicas do paciente (“Podemos programar a alta hospitalar? A família já se organizou para cuidar do paciente em casa?”); 2) da equipe de fisioterapia sobre as condições motoras e respiratórias do paciente (“Ele tem uma dificuldade real para deambular ou fica mais restrito ao leito porque está desanimado e deprimido?” ou “Ela está com um problema pulmonar que ocasiona queda da saturação de oxigênio e desconforto respiratório ou o quadro atual é possivelmente decorrente da ansiedade da paciente?”); 3) das nutricionistas sobre a dieta recomendada (“Podemos orientar melhor sobre a alimentação para melhorar a aderência aos cuidados com o diabetes e a hipertensão?” ou “É viável alguma modificação no cardápio que poderia estimular a aceitação da dieta desse paciente deprimido?”); 4) da equipe médica sobre diagnóstico e prognóstico (“O medo de morrer do Sr. João é real ou está ansioso e com uma visão distorcida de seu quadro clínico?”); 5) da equipe de enfermagem, que tem contato mais contínuo com pacientes e familiares e pode oferecer uma visão abrangente da evolução clínica, intercorrências, comportamentos, conflitos e 6) pessoal da higienização, da copa, da recepção, de setores administrativos etc. que observam um paciente ou familiar chorando e perguntam se a psicóloga está acompanhando o caso... Este é um esboço ilustrativo, muito simplificado, do que é trabalhar em equipe multiprofissional, tentando articular suas condutas. Decorrem dessas experiências o interesse em investigar o que diferentes interlocutores têm a dizer sobre nosso objeto de estudo; a pressuposição de que o diálogo entre eles é necessário e produtivo; e o intuito de construir algumas ideias que contribuam para a compressão e para a assistência àquelas pessoas que se encontram em quadros depressivos. As discussões que apresentamos têm como público-alvo estudantes e profissionais de diferentes formações acadêmicas, que prestam cuidados a tais pacientes.

No desenvolvimento desta pesquisa, primeiramente, tratamos de aspectos gerais da inter-relação mente-corpo, do funcionamento psíquico consciente e inconsciente, das emoções e dos sentimentos, da interação entre cognições e afetos. À medida que nós prosseguimos, delimitamos os estudos ao tema: a depressão como psicopatologia. Entretanto, não deixamos de reconhecer as imprecisões dos limites entre o normal e o psicopatológico, bem como os possíveis aspectos positivos dos estados depressivos. As Neurociências e a TC ao se referirem à depressão seguem, via de regra, as classificações dos manuais de diagnóstico dos transtornos mentais, como a CID (*Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*) e o DSM (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*). Por outro lado, a Psicanálise tem concepções diversas sobre os quadros depressivos. No campo psicanalítico, é a melancolia que mais se aproxima da depressão enquanto

psicopatologia, sendo que sintomas depressivos podem estar presentes em diversos distúrbios mentais. Além disso, os estados depressivos também são considerados importantes para o desenvolvimento psíquico normal.

Nesse cenário, buscamos apresentar as relações dinâmicas e funcionais entre os processos mentais cognitivos e afetivos, apreendendo os dados provenientes de cada área de modo complementar, atentos às divergências epistemológicas e metodológicas, como é preciso em uma pesquisa interdisciplinar. Assim, visamos identificar convergências teóricas e articulá-las conforme for possível, mesmo cientes da existência de divergências entre elas. As construções teóricas que elaboramos ao longo desta pesquisa são, certamente, representações imperfeitas dos fenômenos mentais e têm caráter provisório e mutável. Entretanto, esperamos elucidar, ao menos parcialmente, alguns aspectos da mente humana e da depressão. Tentamos fazer isso de modo a garantir sua inteligibilidade, sem reducionismos e sem visar uma generalização que desconsidere as peculiaridades de cada sujeito.

Também temos a intenção de oferecer ao leitor uma compilação de elementos teóricos para que ele mesmo possa ter suas próprias ideias, reflexões, associações e questionamentos que, articulados com a experiência prática de cada um, possam ser colocados em diálogo e em investigação posteriormente. A almejada compreensão da depressão se torna mais viável por meio do diálogo entre diferentes disciplinas que se dedicam ao estudo dos fenômenos mentais. Por isso, pressupomos que essa patologia pode ser mais bem explicada por meio de discussões e correlações entre proposições teóricas provenientes das três disciplinas que escolhemos.

Antes de darmos início ao nosso percurso em busca de explicações sobre a depressão, reiteramos que temos diante de nós um objeto complexo a ser estudado e que, justamente por sua complexidade, optamos por investigá-lo de maneira interdisciplinar. Isto pressupõe que elementos epistemológicos e ontológicos não sejam óbices para interações dialógicas, não engessem o pensamento científico, nem impeçam o florescimento de novas ideias, pois isso seria divergente de princípios fundamentais da interdisciplinaridade. Nosso método – que se propõe a fazer interagir métodos diferentes que tratam de diversos objetos com conceitos distintos – é uma construção contínua e, portanto, inacabada, que foi realizada a partir de contribuições de autores que sustentam a interdisciplinaridade amparada, principalmente, no pensamento complexo. No entanto, não temos o intuito de lapidá-lo a ponto de poder estabelecê-lo de modo conclusivo, porque sua riqueza se encontra nas aberturas que é capaz de promover e é exatamente aí que pode haver expansão do conhecimento.

1 UM DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR

*Tonight I feel like the world won't miss me
So much to say but there's no one listening
If we're alone are we all together in that
(Best I Can /Art of Dying)²*

A mente humana é admirável e extremamente complexa. A consciência, as emoções e sentimentos, as memórias, os pensamentos, a imaginação são tão presentes, tão cotidianos, tão íntimos e, ao mesmo tempo, compartilhados com outras pessoas, que a nossa subjetividade se mostra inapreensível em sua riqueza e seus enigmas por uma única perspectiva. Sua complexidade se amplia pelo fato de que cada pessoa tem um universo particular em si que, paradoxalmente, é infinito em suas fronteiras.

Desde o princípio, convidamos o leitor a ter em mente uma pessoa singular e genérica. Singular pelo reconhecimento desse universo único que cada um de nós representa. Genérica no sentido de que cada pessoa compartilha com todos os seres humanos elementos comuns: um corpo e uma mente indissociáveis. Tenhamos diante de nós um ser humano constituído por sua subjetividade, corporeidade, historicidade e sociabilidade. Essa pessoa estará presente como representante do sujeito que eventualmente sofre, por motivos variados e em maior ou menor medida, sendo muitas vezes diagnosticado como deprimido.

O sujeito em sofrimento, em sua concretude e subjetivação, existe independentemente de qualquer ciência que tente apreendê-lo como objeto de estudo. Teorias científicas visam descrever, explicar, prever, analisar ou compreender o ser humano em suas múltiplas dimensões de constituição e existência, por meio de diferentes métodos adequados aos seus pressupostos ontológicos e epistemológicos. O que propomos ao nosso leitor é que ele não perca de vista as pessoas que vivem suas vidas cotidianas em sua simplicidade e complexidade, cujo existir neste mundo ocorre sem compromisso com teorias que forjam seus próprios sujeitos e objetos. Neste caminho, enfrentamos tensões e polêmicas motivadas por diferenças entre concepções de homem; por conceitos que se aproximam, mas não podem ser simplesmente justapostos como se fossem equivalentes; por embasamentos filosóficos distintos; e por diversos métodos de

² Esta noite eu sinto que o mundo não sentirá a minha falta / Tanto a dizer mas ninguém ouvindo / Se nós estamos sozinhos, estamos juntos nisso (*Best I Can /Art of Dying*)

investigação científica e de produção do conhecimento. Contudo, assumimos os riscos e o desafio que a interdisciplinaridade representa, porque a consideramos um meio viável para lidarmos com a complexidade da depressão. Não temos a pretensão de abarcar todas as suas dimensões, pois isto seria evidentemente impossível, por englobarem aspectos intra e intersubjetivos, neurobiológicos, históricos, socioculturais, econômicos, entre outros. Nós pretendemos considerar também alguns elementos que, a princípio, parecem divergentes, mas podem ser amalgamados, como em uma receita em que ingredientes de sabores diferentes e mesmo contrastantes se harmonizam no final.

1.1 A COMPLEMENTARIDADE DOS SABERES

Diante da complexidade de nosso tema, buscamos auxílio nas ideias de Edgar Morin. Esta fala do filósofo ilustra nosso posicionamento: “Sempre senti que verdades profundas, antagônicas umas às outras, eram para mim complementares, sem deixarem de ser antagônicas. Jamais quis reduzir à força a incerteza e a ambiguidade” (Morin, 2011, p. 7). No entanto, impera no meio científico o que ele denomina de paradigma de simplificação, regido por princípios de redução e disjunção. De acordo com o autor, a complexidade se constitui por elementos inseparáveis, apesar de heterogêneos; ela é “o tecido dos acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico. Mas então a complexidade se apresenta com os traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambiguidade, da incerteza” (Morin, 2011, p. 13). Fiéis ao pensamento complexo, nossa pesquisa se estrutura com flexibilidade entre um ir e vir entre teorias no decorrer dos capítulos. Um ponto teórico não se converte forçosamente em outro quando são confrontados e, frequentemente, restam pontas abertas, impossíveis de ser completamente alinhavadas. Utilizar o pensamento complexo com esse intuito seria contraditório.

O pensador francês diz ser importante reconhecer o pertencimento do ser humano ao mundo natural, vê-lo de modo integrado ao ambiente e, ao mesmo tempo, poder distingui-lo, sem que se faça a redução do sujeito a esse meio. Para Morin (2011), os fenômenos humanos, antropológicos ou aqueles relacionados ao cérebro, são da mais alta complexidade e, por isso, enquadram-se na *hipercomplexidade*. Por esse motivo, ele se mostra favorável a produções científicas interdisciplinares, pois, desse modo, as explicações sobre a mente oferecidas pela biologia, por exemplo, podem ser complementares às de outras áreas, sem que sejam

biologizantes em um sentido reducionista ou simplificador. Morin (2011, p. 47) lembra que “a epistemologia não é pontifical nem judiciária: ela é o lugar ao mesmo tempo da incerteza e da dialógica. De fato, todas as incertezas que consideramos relevantes devem ser confrontadas, corrigir umas às outras, entredialogar”. Ele mesmo esclarece que, mais do que inter ou transdisciplinar, sua proposta é *indisciplinar*, o que significa superar a burocratização da ciência e suas resistências a questionamentos divergentes de seus modelos estabelecidos.

Nossa intenção é elaborar construções interdisciplinares sobre a mente, de modo mais geral, e sobre a depressão, mais especificamente, sabendo que essa é uma psicopatologia multifatorial e multifacetada, cuja complexidade requer a integração de várias perspectivas científicas. De forma alguma esgotaremos todos os seus aspectos, mas pretendemos contribuir com seu entendimento e com futuras pesquisas, apresentando correlações e articulações entre algumas teorias psicanalíticas, cognitivas e neurocientíficas. Por este motivo, propomos que o nosso leitor tenha uma postura desprovida de crivos prévios, sejam eles ontológicos, epistemológicos ou metodológicos. Isso irá conduzi-lo por um percurso repleto de incertezas, imprecisões, indefinições, dúvidas e questionamentos perante nossas discussões. No entanto, essa é uma condição necessária para que possamos empreender uma busca por convergências entre as disciplinas que elencamos para dialogar em nosso estudo.

O fato de colocarmos em foco determinado objeto de estudo, sendo olhado por diferentes perspectivas teóricas, leva-nos a fazer escolhas dentro de cada disciplina, pois todas elas – a Psicanálise, as Neurociências e a TC – já desenvolveram e continuam desenvolvendo conhecimento científico sobre nosso tema. Portanto, selecionamos e delimitamos certos elementos psicanalíticos, neurocientíficos e cognitivos que entendemos apresentar viabilidade tanto teórica para as correlações e quanto temporal para sua realização, uma vez que toda pesquisa acadêmica conta com um cronograma institucional predeterminado. Também buscamos elementos teóricos que pudessem compor as nossas proposições, mesmo que não tratassem especificamente da depressão. As ideias do neurocientista A. Damásio sobre emoções e sentimentos servem de exemplo, pois não se referem diretamente aos sintomas depressivos, mas representam um componente fundamental dos mesmos.

Em nossa busca por convergências, selecionamos algumas proposições da Psicanálise para viabilizar o diálogo, ressaltando que não abordamos as diferentes perspectivas psicanalíticas existentes. Nós delimitamos nossas pesquisas principalmente a obra de Freud e a publicações que ajudam a compreendê-la, a livros de Victor Manoel Andrade que cunhou a psicanálise afetiva e a pesquisas da Neuropsicanálise. Evidentemente, há controvérsias em

todos os campos científicos. Nas Neurociências, verificamos maior consenso entre as propostas sobre o funcionamento mental (pensamentos, emoções, sentimentos e memórias; processos conscientes e inconscientes), representadas essencialmente pelas ideias de A. Damásio e complementadas por publicações de outros autores. Também apresentamos o modelo cognitivo da TC beckiana, que é submetido a revisões, aperfeiçoamentos e ampliações à medida que novos estudos são realizados.

Nós optamos por manter os termos utilizados pelos autores citados, reconhecendo a necessidade de lidar com conceitos que se aproximam, isto é, que se referem, ao menos parcialmente, àquilo sobre o que pretendemos tratar. Se não fizessemos isso, o diálogo pretendido seria inviável. Sendo assim, mantivemos, por exemplo, termos como *pulsão*, *instinto*, *impulso instintual*, *drive*, *trieb*, conforme foram utilizados nas publicações consultadas. Decidimos usar os termos *mente* e *psiquismo* de modo intercambiável, embora a rigor não sejam sinônimos dependendo de seu arcabouço filosófico, porque nossa concepção integra mente e corpo e não queremos enfatizar apenas aspectos psíquicos. Quando falamos em subjetividade, também a concebemos sob esta perspectiva de integração. Reivindicamos essa relativa liberdade conceitual para a viabilidade do diálogo interdisciplinar.

1.2 O ENTRELAÇAR DE TEORIAS E MÉTODOS

Nossa pesquisa é fundamentalmente bibliográfica e interdisciplinar. Para desenvolvê-la realizamos um levantamento bibliográfico nos campos da Psicanálise, das Neurociências e da Terapia Cognitiva (TC), incluindo publicações da Neuropsicanálise. Diante da amplitude dessas áreas, circunscrevemos a produção científica em cada uma delas. No campo psicanalítico, utilizamos a obra freudiana e seus comentadores contemporâneos. A vertente das terapias cognitivas que escolhemos foi a desenvolvida por seu fundador Aaron Beck, acompanhada das publicações de outros pesquisadores da atualidade. Elegemos António Damásio como o principal representante das Neurociências, porque ele propõe ideias sobre a mente humana de forma ampla, transcendendo os níveis bioquímicos e neurológicos.

Esta pesquisa tem o objetivo de investigar diferentes visões acerca do mesmo fenômeno e, por isso, baseou-se em livros e artigos científicos (Gil, 2002). De acordo com Lakatos e Marconi (1992), a pesquisa bibliográfica possibilita que o pesquisador entre diretamente em contato com o que já foi escrito sobre determinado tema. Assim, uma característica fundamental

deste tipo de pesquisa é que seu campo de coleta de dados é a própria bibliografia sobre o objeto de estudo (Tozoni-Reis, 2009). A autora diz que esta modalidade permite que o pesquisador apresente interpretações e argumentos próprios e que problematize os temas discutidos pelos autores consultados.

Os critérios para o levantamento bibliográfico no campo psicanalítico foram a relevância, como a dos textos freudianos; e a atualidade, utilizando-se obras de outros autores publicadas a partir do ano 2000. Começamos com “Luto e Melancolia”, o principal escrito de Freud (1917/2010) sobre o assunto, e associamos outras obras em que ele desenvolve concepções complementares. Para as buscas em bases de dados *online* como Google Acadêmico, BVS Psicologia, PsycINFO, SciELO, Pubmed, entre outros, foram utilizados principalmente os descritores: psicanálise, terapia cognitiva, neurociência, depressão e melancolia, em português e inglês, em diferentes combinações. Após o levantamento inicial, foi realizada uma pré-seleção baseada na leitura do título, do resumo e das palavras-chave e, então, elaborado um fichamento com as ideias principais de cada artigo. A partir disso, foram identificados os conceitos fundamentais e buscadas as suas definições, recorrendo-se a dicionários de Psicanálise e à própria obra freudiana. No campo das Neurociências, primeiramente, dedicamo-nos à leitura de algumas publicações de António Damásio, que serviram como norteadoras para a busca de materiais suplementares. A partir disso, seguimos com a leitura de publicações da Neuropsicanálise. No campo da Terapia Cognitiva, selecionamos livros e artigos escritos por A. Beck e seus colaboradores, a respeito do modelo cognitivo para a compreensão das psicopatologias em geral e mais especificamente da depressão. Nós realizamos as leituras inspirados nas obras de Severino (2000), Lakatos e Marconi (2003) e Laurenti e Lopes (2016), pois estes autores abordam como realizar pesquisas bibliográficas. No entanto, não seguimos procedimentos específicos de análise textual, em função das características peculiares desta pesquisa, em que visamos à identificação de correlações entre as teorias estudadas. Por este motivo, tratou-se de um trabalho de imersão nos textos, apreensão de seu conteúdo, reflexões sobre as proposições de cada teoria e suas possíveis correlações, para que então pudéssemos proceder à nossa construção textual.

A busca pela precisão da definição dos conceitos utilizados, necessária nas pesquisas em geral, foi fundamental em nosso caso por se tratar de um estudo interdisciplinar e permitir maior clareza ao longo da interlocução proposta. Por exemplo, os termos consciente e inconsciente têm definições conceituais diferentes em cada área. Na Psicanálise, são instâncias psíquicas dinâmicas; na TC e nas Neurociências, são dois tipos de processos cognitivos. A

precisão conceitual, com a adequada definição dos termos e esclarecimento de seu sentido a partir de sua inserção no corpo teórico como um todo, contribui para a observância das formulações e da estrutura lógica das teorias, visando ao rigor teórico necessário. Contudo, como já mencionamos, em uma pesquisa interdisciplinar muitas vezes é preciso realizar uma aproximação de termos, que designam objetos que coincidem apenas parcialmente, para que não se impeça sua interação.

Apresentamos as proposições teóricas de cada campo de maneira que não se enfatizasse nenhuma delas e nem que uma servisse de crivo para as demais. Visamos não privilegiar nenhuma área de conhecimento, não submeter uma aos critérios de cientificidade da outra, nem utilizar ideias de uma como parâmetros para validação das demais. Sustentamos a possibilidade de complementação e integração entre elas, haja vista a depressão ser multifacetada enquanto expressão subjetiva humana e multifatorial em sua gênese, envolvendo aspectos sociais, culturais, históricos, biológicos e psicológicos, entre outros. A interlocução que desenvolvemos buscou evitar o erro do ecletismo teórico e, ao mesmo tempo, promover a superação do dogmatismo, muitas vezes observado em discursos herméticos de campos afins que permanecem isolados e, desse modo, perdem possibilidades de aprimoramento.

Nesse sentido, esta pesquisa está alinhada com as ideias de Figueiredo (1992). Ele aponta que o conhecimento no campo psicológico é fragmentado e disperso e existem muitas divergências entre suas diferentes teorias, sistemas, escolas, abordagens técnicas etc. e alerta que a ânsia por convergências e alguma unidade pode levar a dois caminhos perigosos: o ecletismo e o dogmatismo. Este se transforma em obstáculo à experiência, pois quem se apega a uma doutrina, não tem abertura a outras visões nem àquilo que sua própria prática poderia lhe ensinar. O ecletismo leva à falta de rigor e aproxima a prática do senso comum. Um caminho possível para enfrentar a dispersão da psicologia é a articulação entre movimentos construtivos e reflexivos. A reflexão sobre o conhecimento produzido elucida seus pressupostos, seus limites e suas implicações. Inclusive, questões éticas devem ser continuamente problematizadas, no sentido de como as teorias e sistemas psicológicos se posicionam diante das demandas sociais. Além disso, o conhecimento pode ser construído a partir do encontro entre as teorias disponíveis e as experiências práticas. Lembramos que a nossa atuação profissional interdisciplinar foi um fator que motivou e influenciou o delineamento desta pesquisa.

A interdisciplinaridade (Santos, 1995; Abib, 1996; Pimenta, 2005; Fazenda, 2008; Moreira, 2016), que se mostrou adequada aos objetivos desta pesquisa, deve ser incentivada e promovida no campo científico. Estudos interdisciplinares são necessários nas Ciências

Humanas de forma geral, visando dar conta, por um lado, do crescimento exponencial do número de disciplinas e de sua extrema especialização, e, por outro, da complexidade de seus objetos de estudo, sendo que podemos destacar aqui a Psicologia. De acordo com Japiassu (1976), um empreendimento interdisciplinar permite a incorporação de resultados de várias especialidades e o uso de esquemas conceituais que se encontram em diferentes ramos do saber, com o intuito de fazê-los convergir e se integrar. Ao falar da pesquisa transdisciplinar, diz que ela “pode atravessar as disciplinas e visa à criação de um campo de conhecimentos onde seja possível existir um novo paradigma ou um novo modo de coexistência e diálogo entre os filósofos e os cientistas” (Japiassu, 2006, p. 06). Para Pombo (2005) a multi, a pluri, a inter e a transdisciplinaridade também representam tentativas de superação do isolamento entre as disciplinas e da fragmentação da ciência, que parte do pressuposto de que o todo pode ser cindido até seus mais ínfimos elementos para ser estudado e compreendido, como se a totalidade simplesmente correspondesse à soma de suas partes. A interdisciplinaridade se impõe diante da complexidade dos fenômenos naturais, humanos, sociais, ecológicos, políticos etc., embora em muitos casos ainda não exista uma teorização consistente que a legitime (Pombo, 2006).

1.3 OS MÉTODOS DOS NOSSOS INTERLOCUTORES

A produção de conhecimento nos campos elencados para a interlocução ocorre por meio de métodos diferentes. A Psicanálise tem um método próprio, desenvolve sua teoria e prática na clínica analítica, compartilha e encontra validação de suas proposições entre os próprios pares (Mezan, 1993; 2006). A TC e as Neurociências se aproximam metodologicamente por seu empirismo e por serem baseadas em evidências (Beck & Alford, 2000; Knapp & Beck, 2008; Hofmann, Asmundson & Beck, 2013). Aaron Beck propõe a TC embasada no falsificacionismo e no racionalismo crítico. Já o vasto campo das Neurociências se sustenta em alicerces experimentais, quantificáveis e reprodutíveis. Essas diferenças metodológicas e epistemológicas não impedem o diálogo entre eles, desde que exista a intenção de se promover a cooperação, de modo que suas proposições sejam tomadas de modo complementar. Isso significa, por exemplo, não utilizar uma evidência neurobiológica para comprovar uma teoria metapsicológica freudiana, nem dizer que uma proposta da TC beckiana faz sentido, com o argumento de que Freud também propôs algo semelhante. Lembramos o que escreve Mezan (2006): “parece possível pensar a pesquisa em nossa disciplina de modo a evitar tanto a

ingenuidade ('Viva o método clínico!') quanto o servilismo ('Vamos fazer pesquisas empíricas para mostrar a eles como é consistente a nossa teoria e eficaz nossa prática')" (p. 239). Assim, o diálogo da Psicanálise com ciências empíricas tal como se propõe nesta pesquisa não significa submeter um saber ao outro, outorgando a qualquer um deles o poder sobre a verdade.

Como a Psicanálise tem um método próprio de pesquisa, vamos esclarecer alguns pontos. De acordo com Lowenkron (2004), para Freud o termo Psicanálise significa: "um método de investigação, uma modalidade de tratamento e igualmente é o nome do conhecimento que o método produz, isto é, a teoria psicanalítica" (p. 22). Por método entendemos um conjunto de procedimentos que inclui a associação livre, a escuta flutuante e a transferência, ocorrendo em um enquadramento específico: o *setting* analítico. Este enquadramento a define como uma disciplina distinta das demais, com sua própria visão de homem e de mundo e seu objeto: o inconsciente dinâmico. Assim, atende à exigência de que uma ciência tenha um método adequado para apreender seu objeto. Embora a fonte primordial de conhecimento psicanalítico seja a clínica propriamente dita, este não é o único âmbito em que ele pode ser desenvolvido. Existem diferentes delineamentos possíveis para pesquisas que utilizam o saber psicanalítico.

Aguiar (2006) discute o que considera ser a vocação da Psicanálise universitária: a pluridisciplinaridade que, segundo ele, é mais do que a simples justaposição de disciplinas heterogêneas e, então, propõe o termo interações da Psicanálise, que condiz com o fato de que outros campos do saber e da cultura interessam à Psicanálise, pois também fazem parte de sua própria constituição. Este autor explica que o termo interações da Psicanálise significa a possibilidade de se confrontar os discursos de diferentes disciplinas sobre o mesmo objeto, permitindo o destaque do que é específico de cada uma. Assim, as universidades seriam lugares para "pôr em obra e na prática essas interações, acrescentando à pesquisa 'em' psicanálise (diríamos: metapsicológica e clínica) e 'sobre' a psicanálise (histórico-epistemológicas) a dimensão de uma pesquisa 'com' a psicanálise (interações da psicanálise)" (Aguiar, 2006, p. 127).

Existem estudos referentes a métodos de avaliação da validade e confiabilidade do conhecimento advindo das pesquisas psicanalíticas (Barbieri, 2010), sobre a investigação psicanalítica nas universidades segundo seus próprios critérios em contraposição ao racionalismo predominante no contexto acadêmico (Jardim & Rojas Hernández, 2010) e, ainda, a sua inserção no meio científico, englobando aspectos relacionados à formação psicanalítica e suas instituições (Kupermann, 2009). A teoria e a clínica psicanalítica são indissociáveis e a

construção do conhecimento emerge da prática clínica respaldada pela teoria, sendo que seus questionamentos, intuições e constatações são elaborados e sistematizados *a posteriori* para finalmente se proceder à comunicação aos pares (Loffredo, 2006; Barbieri, 2010).

Sobre a Psicanálise colocada em perspectiva interdisciplinar é possível citar diversos autores. Naffah Neto (2006) argumenta que as pesquisas interdisciplinares que envolvem a Psicanálise não podem ser consideradas propriamente psicanalíticas. Na opinião dele, elas são pesquisas fundamentais, pois investigam os fundamentos da Psicanálise e podem questioná-los e propor mudanças. Leuzinger-Bohleber e Bürgin (2003) comentam o pluralismo da ciência, postulando que a Psicanálise não deve nem se adequar aos critérios das ciências naturais nem se colocar em suspenso entre as artes e as ciências. Em vez disso, deve defender seu próprio conceito de experiência e seus próprios critérios de validação, não ficar isolada das outras ciências contemporâneas e promover a cooperação interdisciplinar, que pode ocorrer apesar dos diferentes ângulos com que cada uma aborda seu objeto de estudo. Fonagy (2003) afirma que a aproximação da Psicanálise com outras disciplinas pode promover *insights* e evitar seu desaparecimento do cenário científico devido a seu isolamento. Ele argumenta a favor da integração com outros campos do conhecimento e da abertura para novas ideias em busca de maior desenvolvimento. Este autor estimula o interesse pela pesquisa em Psicanálise visando a sua integração com outras ciências da mente e a comunicação de suas descobertas a outros cientistas.

A TC tem a proposta de ser científica tanto no que se refere à sua teoria e à sua prática por ser submetida à validação empírica, quanto em suas técnicas de intervenção terapêutica. A. Beck propôs que os pensamentos podem ser submetidos a questionamento e análise baseada em evidências, ou seja, eles devem ser tratados como hipóteses passíveis de confirmação ou refutação (falsificação), proposição com nítida influência do pensamento de Karl Popper (Beck & Alford, 2000). De acordo com Hoffman, Asmundson e Beck (2013), o fundamento filosófico que mais se aproxima da TC é o racionalismo crítico, que pressupõe que a construção do conhecimento ocorre pela tentativa de falsificação de hipóteses a partir das teorias científicas. Por isso, “os pacientes em TC são encorajados a gerar hipóteses baseadas em suas crenças (teorias) sobre o mundo, eles mesmos e seu futuro” (p. 200). Castañon (2005) explica que, uma vez que a base epistemológica da TC está no racionalismo crítico, isso lhe assegura um caráter construtivista. O construtivismo parte do princípio de que o sujeito constrói suas representações. O racionalismo crítico pressupõe que não existe observação objetiva ou neutra da realidade, pois sempre ela será influenciada por uma teoria, a qual se mostrará a favor ou

contra. Entretanto, nossas suposições sobre os eventos reais não os determinam, por isso elas podem ser questionadas e, então, confirmadas ou refutadas. Alguns autores (Silva Filho, 2002; Vasconcellos & Machado, 2006; Moreno & Wainer, 2014) defendem seu caráter construtivista, considerando que seu modelo teórico abarca a noção de que cada pessoa constrói sua própria realidade, e também seu caráter realista, no sentido de que tais construções podem ser submetidas à testagem fundamentada no mundo real, objetivo.

No próximo capítulo, abordaremos alguns fundamentos filosóficos e epistemológicos que sustentarão nossas discussões, incluindo questões referentes à relação mente-corpo e ao pensamento complexo para, então, podermos dar mais passos adiante, rumo às teorias freudiana e beckiana.

2 CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS E EPISTEMOLÓGICAS

*Help me carry on
Assure me it's ok to
Use my heart and not my eyes
To navigate the darkness
(Crawling in the Dark / Hoobastank)³*

2.1 A UNIDADE MENTE-CORPO

A elaboração de construções teóricas interdisciplinares, que abarquem informações de áreas distintas quanto a seus métodos científicos, requer que seus fundamentos epistemológicos sejam reconhecidos em suas diferenças, mas não sejam considerados impeditivos de que o conhecimento produzido seja compartilhado e articulado. Para isto, é preciso que se encontre um solo comum, que permita o trânsito entre um campo e outro e que seja produtivo pela possibilidade de fecundação entre os saberes construídos isoladamente. Nesta pesquisa, este solo comum passa por algumas noções sobre a mente humana, sua interação com o organismo, o funcionamento psicodinâmico, suas inter-relações com o mundo exterior, entre outras.

O cenário se configura com maior complexidade pelo fato de que o estudo da mente esbarra no suposto problema de sua relação com o corpo, problema que tem sido objeto de reflexões filosóficas há séculos, sendo tomado ora em perspectivas dualistas, ora monistas, ou ainda sendo considerado de difícil solução científica. A fim de alcançarmos nosso objetivo, é preciso enfrentar primeiramente o questionamento de como um conglomerado de células produz consciência de si, isto é, produz um sujeito capaz de ter experiências conscientes (além de processos mentais inconscientes), e de como isso pode ser estudado cientificamente. Para isto, apresentamos alguns elementos filosóficos, epistemológicos, psicanalíticos, neurocientíficos e cognitivos que podem nos guiar em nosso caminho investigativo. Sem a pretensão de responder completamente a uma questão da magnitude do problema mente-corpo, nossa proposta é apresentar neste capítulo algumas ideias sobre a mente humana, alinhadas através da interdisciplinaridade. Elegemos as ideias de John Searle sobre a relação mente-corpo

³ Ajude-me a continuar / Garanta-me que está tudo bem em / Usar o meu coração e não os meus olhos / Para navegar na escuridão (*Crawling in the Dark / Hoobastank*)

e, novamente, de Edgar Morin sobre a complexidade para introduzir esta discussão. As ideias que desenvolvemos em nossa pesquisa são coerentes com as propostas por Morin (1982/2005), que são pautadas no pensamento complexo:

. . . eu faço um discurso muito longo à procura de um método. . . que deve ser elaborado com esforço e risco. A missão desse método não. . . é dar a receita que fecharia o real numa caixa, é fortalecer-nos na luta contra a doença do intelecto — o idealismo —, que crê que o real se pode deixar fechar na ideia e que acaba por considerar o mapa como o território, e contra a doença degenerativa da racionalidade, que é a racionalização, a qual crê que o real se pode esgotar num sistema coerente de ideias (p. 140).

Searle (1984) questiona por que a mente parece ser mais misteriosa do que qualquer outro fenômeno biológico e, após tantos séculos, o problema mente-corpo ainda persiste na Filosofia e na Psicologia. Ele considera que o motivo é ainda utilizarmos um vocabulário ultrapassado do séc. XVII para lidar com essa questão na atualidade. A distinção entre as coisas físicas (que têm massa, extensão no espaço e interagem de modo causal com outras coisas físicas) e as mentais (imateriais e subjetivas) remonta às ideias de Descartes. Sua influência ainda é notada pelas duas opções encontradas na filosofia da mente: o dualismo e o monismo, este último com possibilidade de se adotar uma posição materialista ou idealista. No entanto, os materialistas ou fisicalistas acabam negando a existência de fenômenos mentais subjetivos e conscientes que todos nós intrinsecamente sabemos existir. O autor supõe que essa negação seja motivada pelo fato de que os fenômenos mentais têm quatro características que não se adequam à concepção científica que sustenta que o mundo é feito de coisas materiais. São elas: a consciência; a intencionalidade – os estados mentais que se referem ao mundo externo; a subjetividade – a consciência dos estados mentais internos, da qual decorre o problema de como ajustar a realidade subjetiva à concepção científica de que a realidade é totalmente objetiva; e a causação mental – como fenômenos mentais podem exercer efeitos causais no mundo físico, por meio de nossos comportamentos (por exemplo: tenho ideias sobre filosofia, penso em mover meus dedos e digito este texto).

Searle (1984) apresenta a tese de que toda a nossa vida mental é causada por processos cerebrais. No entanto, o autor propõe uma concepção de causação mais sofisticada do que a simples ideia de que algo no reino físico cause algo no reino mental, para evitar que se caia no dualismo. Para tornar a ideia mais clara, ele utiliza a liquidez da água como exemplo. Ela é causada pelo comportamento dos seus elementos (moléculas de hidrogênio e oxigênio) e, ao mesmo tempo, é uma característica realizada no sistema desses microelementos. Da mesma forma, os fenômenos mentais são causados por processos que acontecem no cérebro no nível neuronal e, ao mesmo tempo, eles são realizados no sistema constituído por neurônios. Do

mesmo modo que não se pode dizer que uma molécula de água está molhada, não se pode dizer que um neurônio está sentindo dor ou sede. Portanto, a relação mente-corpo ocorre como se observa em quaisquer outros elementos da natureza nos quais as características da superfície (nível macro) são causadas e realizadas em microestruturas.

Searle (1984) também argumenta que não é preciso recorrer a algum vitalismo para entender a consciência, uma vez que os processos biológicos dos organismos vivos são cada vez mais conhecidos pela ciência, que tem aprimorado as explicações naturais sobre ela. Sobre a intencionalidade, o autor reitera que todos os fenômenos mentais como percepções, sentimentos, pensamentos etc. são causados e realizados no cérebro. Além disso, ele considera a subjetividade um fato científico como qualquer outro, que pode ser objetivamente estudado no campo da biologia. E complementa dizendo que se a subjetividade não se ajusta a certa definição de ciência, é a definição que deve ser abandonada, não o fato de que a subjetividade existe realmente. Por fim, os fenômenos mentais causam eventos físicos, pois a atividade cerebral causa movimentos corporais através de processos fisiológicos. De acordo com Searle (1984), a mente e o cérebro interagem, mas não são coisas diferentes, pois os fenômenos mentais são características do cérebro. Portanto, a melhor opção para a superação do problema mente-corpo é a integração entre o fisicalismo e o mentalismo ingênuos, porque os fenômenos mentais realmente existem, alguns são conscientes, intencionais e causam eventos físicos e todos são subjetivos.

Searle (2002) denomina sua visão acerca dos fenômenos mentais de naturalismo biológico, pois considera seu caráter biológico e os concebe como parte da natureza. O autor fornece explicações sobre o motivo pelo qual considera inaceitável um dualismo de propriedades no que se refere ao problema mente-corpo. Para ele, consciência e matéria são irreduzíveis um ao outro, pois são fenômenos distintos. Portanto, para evitar confusões, ele diferencia reducionismo causal e reducionismo ontológico. A consciência é causalmente redutível a processos cerebrais, porque todas as características da consciência são causadas por processos neurobiológicos acontecendo no cérebro, e a consciência não tem poderes causais próprios além dos poderes causais da neurobiologia subjacente. Todavia, a consciência é ontologicamente irreduzível, como afirma Searle (2002), sendo apenas um estado em que o cérebro pode se encontrar como, por exemplo, a água que pode estar em estado líquido ou sólido, mas não se trata de uma entidade distinta.

Searle (2004) escreve que a principal questão da filosofia no início deste século “é como abordar a nós mesmos como agentes aparentemente conscientes, atentos, livres, racionais,

falantes, sociais e políticos em um mundo que a ciência nos diz consistir inteiramente de partículas físicas sem mente e sem significado” (p. 11). O autor retoma as visões materialista e dualista, apontando que ambas estão corretas quanto ao fato de que o mundo é constituído por partículas físicas em campos de força e, concomitantemente, existem propriedades mentais irreduzíveis ao mundo. Searle (2004) tenta postular estas concepções de modo que se mostrem coerentes entre si. Para isso, ele propõe não haver contradição entre o material e o mental, isto é, não são categorias ontológicas excludentes. Ele evita tanto o materialismo quanto o dualismo em seu naturalismo biológico, segundo o qual a mente apresenta uma ontologia subjetiva, em primeira pessoa, que não pode ser reduzida às suas bases neurobiológicas, porque tal redução de terceira pessoa deixaria de fora sua ontologia de primeira pessoa.

Assim, Searle (2004) defende que o mundo funciona de modo que alguns processos biológicos são qualitativos e subjetivos. Por este motivo não é possível fazer uma redução ontológica da consciência aos processos neurológicos, pois ela pode ser explicada causalmente pelo comportamento neuronal, mas não pode ser concebida somente como atividade neuronal. Nós estendemos essas concepções também aos processos inconscientes. Segundo Searle (2004): “o ponto principal do conceito de consciência é capturar as propriedades subjetivas, em primeira pessoa, do fenômeno e este ponto é perdido se nós redefinirmos a consciência em termos objetivos, em terceira pessoa” (p. 120). As entidades em primeira pessoa (percepções, sensações, emoções, experiências etc.) são redutíveis causalmente às suas bases em terceira pessoa (neurobiológicas). Porém, como afirma Searle (2004), há uma assimetria entre elas e “não há dois reinos metafísicos diferentes em seu crânio, um ‘físico’ e um ‘mental’. Em vez disso, existem apenas processos acontecendo em seu cérebro e alguns deles são experiências conscientes” (p. 128). Portanto, podemos ter como pressuposto que a mente é produto do funcionamento do corpo e é apreendida e compreendida enquanto é produzida pelo corpo. Desta forma, a mente é do âmbito da natureza e, embora não exista como substância, é tão real quanto qualquer outro elemento natural. Os fenômenos mentais são abstratos e podem ser compreendidos por meio de modelos teóricos abstratos, embora dependam de bases neurológicas, sem serem restritos ou redutíveis a elas.

Damásio (2018) traz contribuições para superação da dualidade mente-corpo, através da compreensão das emoções e dos sentimentos, que abordaremos no próximo capítulo. Ele apresenta uma proposta para superação da cisão cartesiana entre mente e corpo. De acordo com Damásio (1994; 2004; 2011) e com Damásio e Damásio (2006), a representação do corpo na

mente sustenta a construção do *self* e a consciência de si mesmo. Portanto, a mente emerge do corpo, é uma construção constante e dinâmica do estado orgânico.

Ressaltamos que quando falamos do corpo estamos nos referindo ao organismo inteiro e não apenas ao cérebro. Uma vez que os sentimentos são representantes mentais do funcionamento homeostático do organismo é possível deduzir que a mente deriva do corpo como um todo, que é monitorado por todas as ramificações do sistema nervoso nele presentes, mas não é produto exclusivamente do cérebro. Outros sistemas, como o imune, também participam da regulação homeostática e da gênese dos sentimentos. Além disso, “. . . *nem partes dos sistemas nervosos nem cérebros inteiros são os únicos fabricantes e provedores de fenômenos mentais. . . .* As estruturas neurais e não neurais não são apenas contíguas, mas parceiras *contínuas*, interativas (Damásio, 2018, p. 273-274, itálicos do autor).

O neurocientista esclarece que a mente e o corpo representam uma unidade e que uma suposta dualidade é resultado de nossa perspectiva subjetiva. Ele afirma que os sentimentos são os aspectos mentais dessa unidade. Contudo, quando as percepções do mundo exterior e interior formam imagens, ou seja, é gerada uma perspectiva mental do organismo, “Instala-se, então, uma dualidade: de um lado, imagens da ‘estrutura corporal e da atividade de portais sensitivos’; do outro, o restante das imagens, as do exterior *e* do interior. Essa é a dualidade relacionada ao processo da subjetividade” (Damásio, 2018, p. 148, itálico do autor).

A consciência tem dois componentes: a subjetividade e a integração das experiências. A primeira, a subjetividade, tem dois ingredientes, de acordo com Damásio (2018): “a criação de uma *perspectiva* para as imagens mentais e o acompanhamento das imagens por *sentimentos*” (p. 174, itálicos do autor). Ele explica o segundo do seguinte modo: “Quando as imagens são apropriadamente situadas na perspectiva do organismo *e* acompanhadas por sentimentos, o resultado é uma *experiência mental*” (Damásio, 2018, p. 178, itálicos do autor).

Tal integração ocorre pelo trabalho conjunto de diversas partes do cérebro em interação com o corpo como um todo, produzindo imagens mentais e sentimentos que são experienciados pelo sujeito sob sua perspectiva pessoal. “Quando a mente adquire um ponto de vista, isto é, um ponto de vista *subjetivo*, então a consciência propriamente dita pode começar” (Damásio, 2018, p. 183, itálico do autor). A partir disso, “os eventos à nossa volta, aqueles dos quais participamos e as memórias que evocamos ganham uma possibilidade inédita: podem realmente *importar* para nós, afetar o rumo da nossa vida. . . . *A subjetividade é uma narrativa construída incessantemente*” (Damásio, 2018, p. 184-185, itálicos do autor).

Outro neurocientista que oferece contribuições para se repensar o dualismo mente-corpo é Burton (2017). Ele considera inadequada a oposição categórica entre o mental e o físico, pois se trata de uma interação complexa entre neurônios e os estados mentais subjetivos. O autor aponta o seguinte: “. . . não ficamos especialmente incomodados com perguntas filosóficas sobre a existência da dor; aceitamos que a dor de um dedo batido é ‘real’, embora desprovida de quaisquer propriedades físicas normalmente associadas com ‘realidade’” (p. 244). E prossegue argumentando que a mesma compreensão deve ser aplicada ao sentido do eu, que também é um estado mental subjetivo que surge de neurônios e sinapses. No entanto, “sentimos a dor como se ela fosse um reflexo do estado físico subjacente do nosso corpo; o sentido do eu, não. . . . O resultado é a dissonância cognitiva de saber, intelectualmente, que o cérebro deve criar o sentido de eu *versus* a sensação necessária de que o eu está separado do cérebro” (p. 246).

As informações sobre as emoções e sentimentos, subjetividade e consciência oferecidas por António Damásio e outros neurocientistas permitem a construção de proposições teóricas no campo psicológico e psicanalítico de forma biologicamente integrada, como ele mesmo sugere (Damásio 2018), viabilizando a superação da dualidade mente-corpo. Em capítulos posteriores, veremos como essas ideias convergem com noções freudianas acerca da constituição e do funcionamento dinâmico do Eu e com proposições sobre o processamento mental e sua interação com o organismo, segundo o modelo cognitivo beckiano.

2.2 O PENSAMENTO COMPLEXO SOBRE OS SERES VIVOS

Morin (2011) também oferece algumas noções sobre os seres vivos que são úteis às nossas intenções nesta investigação. Segundo ele, os organismos vivos são sistemas abertos, que dependem de alimentação material e energética externa. A sua constância depende de um desequilíbrio em seu provimento de energia, ou seja, sem sua alimentação energética de fluxo variável para garantir o suprimento de suas necessidades, sua organização como um sistema entraria em um estado de desordem que culminaria em seu fim. Assim, “o desequilíbrio alimentador permite ao sistema manter-se em aparente equilíbrio, isto é, em estado de estabilidade e descontinuidade, e este aparente equilíbrio só se degradará se for deixado entregue a si mesmo, isto é, se houver fechamento do sistema” (Morin, 2011, p. 21). Esse estado que o organismo tenta manter constante, que o autor designa utilizando o termo em inglês *steady*

state, tem a ver com a homeostase e vem do conceito fisiológico de *milieu intérieur* de Claude Bernard, que logo retomaremos. Uma consequência da ideia de sistema aberto “é que as leis de organização da vida não são de equilíbrio, mas de desequilíbrio, recuperado ou compensado, de dinamismo estabilizado” (Morin, 2011, p. 22). Podemos dizer, então, que a mente é um sistema aberto, fruto de um sistema aberto (o corpo). Morin (2011) lembra a tópica freudiana: “onde o EGO é um sistema aberto ao mesmo tempo sobre o id e o superego, só podendo se constituir a partir de um e do outro, mantendo relações ambíguas, mas fundamentais com um e com outro” (p. 23).

Vamos seguir com Morin (2011) e considerar o segundo princípio da termodinâmica, que nos permite continuar pensando sobre os seres vivos, o qual foi formulado com base na probabilidade de um sistema tender à entropia, ou seja, existe uma tendência de crescimento da desordem e da desorganização. Por outro lado, a entropia negativa ou neguentropia é seu oposto, isto é, o desenvolvimento da organização e da complexidade, e contribui para a apreensão do elo e da ruptura entre aquilo que pertence à ordem física e à ordem viva. Os seres vivos se enquadram em duas noções fundamentais e complementares: “a noção de organização e a de organismo, se a primeira não é estritamente redutora, analítica, mecanicista, se a segunda não é apenas totalidade portadora de um mistério vital indizível, então podemos nos aproximar um pouco mais do problema do ser vivo” (p. 29). De acordo com Morin (2011), fatores opostos podem ser complementares:

Aí está o elo fundamental entre entropia e neguentropia, que não tem nada de oposição maniqueísta entre duas entidades contrárias: ou seja, o elo entre vida e morte é muito mais estreito, profundo, do que jamais se pôde metafisicamente imaginar. A entropia, num certo sentido, contribui para a organização que tende a arruinar e, como o veremos, a ordem auto-organizada só pode se complexificar a partir da desordem (Morin, 2011, p. 31-32).

Indo mais além, Morin (2011, p. 33) integra o meio ambiente em seu conceito de auto-organização. O autor francês diz que o sistema auto-organizado é distinto do meio devido a sua autonomia e sua individualidade, mas se liga ao meio pelo aumento das trocas necessárias ao processo de complexificação. Por isso, denomina-o de sistema *auto-eco-organizador*, por ter relações de dependência com o meio ambiente, não podendo existir isoladamente nem ser autossuficiente.

Interessa-nos, ainda, como Morin concebe o sujeito e a subjetividade, bem como a consciência, elementos essenciais para compreensão da mente. O sujeito “emerge, sobretudo, a partir da auto-organização, onde autonomia, individualidade, complexidade, incerteza, ambiguidade tornam-se caracteres próprios ao objeto. Onde, sobretudo, o termo ‘auto’ traz em

si a raiz da subjetividade” (Morin, 2011, p.38). Isso tem implicações epistemológicas, pois permite a superação da separação entre sujeito e objeto, pois a objetividade teórica não anula a subjetividade do sujeito.

Como Freud foi influenciado pelo fisicalismo em sua formação (Tran The, Magistretti & Ansermet, 2018), vejamos esse outro comentário de Morin (2011, p. 101) para, então, prosseguirmos:

Mas o que me interessava era interrogar-me sobre o problema espantoso que nos legava o século XIX. De um lado, os físicos ensinavam ao mundo um princípio de desordem. . . que tendia a destruir qualquer coisa organizada; de outro lado, simultaneamente, os historiadores e os biólogos (Darwin) ensinavam ao mundo que havia um princípio de progressão das coisas organizadas. De um lado, o mundo físico tende aparentemente à decadência e o mundo biológico tende ao progresso. Perguntei-me como os dois princípios podiam ser as duas faces de uma mesma realidade. Perguntei-me como associar os dois princípios, o que colocou problemas de lógica e de paradigma.

Nesse excerto, Morin (2011) expressa um questionamento que esteve nos primórdios deste estudo. Como entender a pulsão de morte (conceito imprescindível ao falarmos sobre depressão no campo psicanalítico) num organismo regido pela homeostase? Isto é, como articular a ideia de que existe uma tendência à autodestruição em um ser vivo cujo propósito é a autopreservação e a perpetuação da espécie? Podemos trazer à discussão os conceitos de fusão-desfusão (ou união-desunião) das pulsões, apenas para sinalizar uma possível resposta, mas sem aprofundá-los para não fugir do nosso tema. Como explicam Laplanche e Pontalis (2000), segundo Freud as pulsões de vida e morte se encontram misturadas em proporções variáveis e em estados de maior ou menor fusão, em um funcionamento combinado e dialético. A proporção e o grau de união entre libido e agressividade, com suas respectivas forças de ligação e desintegração, sustentam a vida e se manifestam em comportamentos e sintomas. Também fugiria do nosso escopo adentrar na polêmica em torno da pulsão de morte no seio da própria Psicanálise, pois somente nos interessa poder correlacioná-la com pressupostos da biologia acerca dos processos fisiológicos que sustentam o desenvolvimento e a evolução da vida, que abordaremos ao considerarmos elementos neurocientíficos em nossa discussão.

Encontramos uma fonte de luz no pensamento complexo, o qual não se opõe à coexistência de pares antagônicos, como vida e morte, criação e destruição, pois ambas concernem à vida, segundo Morin (2011). Em uma simples demonstração, temos a apoptose celular, que é a morte celular programada, em que células desnecessárias ou malformadas são eliminadas. Nas palavras de Morin (2011, p. 63):

De todo modo, viver é, sem cessar, morrer e se rejuvenescer. Ou seja, vivemos da morte de nossas células, como uma sociedade vive da morte de seus indivíduos, o que lhe permite rejuvenescer.

Mas à força de rejuvenescer, envelhecemos e o processo de rejuvenescimento desanda, se desequilibra e, efetivamente, vive-se de morte, morre-se de vida.

2.3 FÍSICALISMO E FUNCIONALISMO EM FREUD

O leitor familiarizado com a Psicanálise pode se lembrar de algumas concepções freudianas acerca de aparelho psíquico, como o princípio de constância, que designa a tendência a manter constante a quantidade de excitação, por meio da descarga de energia, da evitação do que poderia aumentar a excitação ou de defesas psíquicas, e o princípio de nirvana, que corresponde parcialmente ao primeiro, mas se aproxima também da pulsão de morte, quando enfatiza mais radicalmente uma tendência a levar a excitação ao nível zero, possível apenas na matéria inorgânica. O princípio de constância está mais relacionado à noção de homeostase, de manutenção de um equilíbrio dinâmico e, desse modo, corresponde em maior medida ao funcionamento dos seres vivos.

Laplanche e Pontalis (2000) consideram o emprego do princípio da constância por Freud em função do contexto científico de sua época que era regido pelos princípios da física. Eles explicam que esse princípio pode ter diferentes acepções. Uma delas tem relação com a autorregulação, isto é, com o fato de que “existem sistemas relativamente fechados (quer o aparelho psíquico, quer o organismo no seu conjunto) que tendem a manter e restabelecer através dos contatos com o mundo exterior a sua configuração e o seu nível energético específicos” (p. 356). Nesta discussão, também pode ser incluído o princípio de inércia, segundo o qual os neurônios tendem a evacuar completamente as quantidades de energia que recebem. No entanto, restam algumas ambiguidades e contradições sobre o princípio que rege o funcionamento psíquico. “Ora, a tendência à redução a zero da energia interna de um sistema não parece assimilável à tendência, própria dos organismos, a manterem constante, a um nível que poder ser elevado, o seu equilíbrio com o que os cerca” (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 357). Portanto, segundo os autores, a formulação de Freud “pode parecer aberrante do ponto de vista das ciências da vida, na medida em que pretende *deduzir* um organismo com suas aptidões vitais, funções adaptativas, constantes energéticas, de um princípio que é a negação de qualquer diferença de nível estável” (p. 358). Contudo, isso pode ser mais bem compreendido levando-se em conta os dois tipos de processos mentais, pois para Freud, a circulação de energia livre,

própria do processo primário, é regida pelo princípio da inércia, e a energia ligada, correspondente ao processo secundário, é regulada pelo princípio da constância. Do mesmo modo, podemos associar a tendência ao escoamento total da energia psíquica ao Id e ao princípio do prazer e, por outro lado, a tarefa de ligar a energia à representação e, assim, mantê-la em um nível ótimo, ao Eu e ao princípio de realidade.

De acordo com Tran The, Magistretti e Ansermet (2018), Freud se baseou no primeiro princípio da termodinâmica, o princípio da conservação da energia, para elaborar seu modelo de energia psíquica. Segundo eles, o cenário científico do século XIX em que Freud desenvolveu o modelo energético do funcionamento psíquico era dominado pela física, considerada a ciência ideal. Naquela época, o primeiro princípio da lei termodinâmica foi formulado – o princípio da conservação da força, o qual influenciou o aspecto econômico da teoria freudiana do aparelho mental. Posteriormente, Freud desenvolveu o conceito de energia psíquica, caminhando rumo a uma concepção mais propriamente metapsicológica, de acordo com os autores. Enquanto isso, na França, a fisiologia ganhou posição autônoma em relação à física, após a revolução empreendida por Claude Bernard. Podemos nos questionar quais seriam as diferenças na metapsicologia se Freud a tivesse construído sem tentar ajustar suas proposições aos paradigmas da física visando sustentar sua cientificidade, isto é, se ele tivesse elaborado sua teoria de acordo com princípios da fisiologia, não no sentido em que o fez no “Projeto” (1950/1986), mas sim concebendo seu modelo tópico, econômico e dinâmico do psiquismo de modo mais alinhado ao funcionamento fisiológico dos organismos vivos.

Prossigamos com a jornada pelas origens do fisicalismo do modelo energético de Freud proposta por Tran The et al. (2018), pois estes pesquisadores defendem que a compreensão das raízes epistemológicas da metapsicologia pode favorecer o diálogo entre a Psicanálise e as Neurociências, apesar de suas diferenças. A fisiologia foi estabelecida como uma disciplina independente por C. Bernard em meados do séc. XIX, considerando que os mecanismos vitais não são idênticos a processos exclusivamente físico-químicos. O conceito de homeostase, fundamental em toda a biologia, foi embasado na singularidade dos processos vitais. Freud foi influenciado por figuras como Ernest Brücke e Helmholtz que, coerentes com os princípios da formação médica alemã, consideravam que o funcionamento físico-químico de um organismo vivo estava sujeito às mesmas leis que a matéria inanimada, isto é, que a fisiologia era subordinada à física. Naquele contexto, o ideal científico fisicalista opunha-se fortemente ao vitalismo. Entretanto, a proposta de Bernard foi inovadora por representar uma terceira via entre

o reducionismo e o vitalismo, ajustando seus métodos de pesquisa ao seu objeto de estudo: o que é vivo.

O princípio da conservação de energia (que diz que a quantidade de energia permanece constante em um sistema isolado) foi apresentado por Mayer, em 1852, e teve consequências nas áreas da Psicologia e da Psicanálise. Ele foi adotado por Wundt em sua psicologia científica. Influenciou também as pesquisas na área de química orgânica de Liebig, cujos métodos analíticos impressionaram Freud, que utilizou o termo análise (em referência ao estudo das partes constituintes de um organismo) ao denominar seu método de Psicanálise. Foi principalmente por meio de Helmholtz que Freud assimilou o princípio da conservação de energia e sua aplicação à fisiologia, notadamente por ter sido o primeiro quem desenvolveu os termos energia cinética e energia potencial, posteriormente empregados nos “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1895/1985).

De acordo com Tran The et al. (2018), a introdução do conceito de energia na década de 1850, impulsionada por Mayer e Helmholtz, foi a chave para juntar a fisiologia e a física, viabilizando que Freud aderisse ao modelo epistemológico da física, pois tornou possível abranger os conceitos de força (cinética, térmica, elétrica etc.) e os fenômenos próprios dos organismos vivos. Conforme afirmam os autores, pode ser creditada a Helmholtz a inserção do conceito de energia na fisiologia e na psicologia. A formação de Freud no *Brücke Institute*, seguindo a escola de Helmholtz, foi regida pela aplicação do princípio de conservação de energia aos organismos vivos. Assim, o modelo energético apresentado por ele no “Projeto para uma psicologia científica” (Freud, 1950/1986) não era biológico, mas sim totalmente fundamentado nos paradigmas da física.

Os desenvolvimentos de Freud sobre o princípio da inércia, o princípio do prazer, e mais tarde, a pulsão de morte, deveriam então ser re-situados no projeto científico da escola de Helmholtz, um projeto para subordinar a fisiologia, e subsequentemente a psicologia, ao ideal da física (Tran The et al., 2018, p. 9).

Os pesquisadores (Tran The et al., 2018) questionam se o fato de Freud abdicar da localização anatômica dos processos psíquicos poderia representar também uma renúncia ao modelo physicalista. Eles concluem que não, pois foi esse modelo físico que permitiu que ele construísse a ideia de energia psíquica que posteriormente denominou como libido.

Nossa perspectiva interdisciplinar considera mente e corpo como uma unidade indissociável (monismo), cuja perspectiva subjetiva nos permite concebê-los de modo dual. Os fenômenos mentais são produtos e representantes do funcionamento do corpo em interação com o mundo externo e, ao mesmo tempo, influenciam o organismo. Emoções, sentimentos,

pensamentos, memórias, comportamentos, imaginação etc. estão intrinsecamente relacionados e, como quaisquer processos vitais, são regidos pelos princípios homeostáticos dinâmicos que visam à preservação da vida. Afinal, a mente é produto do corpo vivo e não existe independentemente dele. Desse modo, está alinhada ao princípio da constância. Por outro lado, reconhecemos a coexistência de tendências à desorganização, à desordem, à morte e à desintegração, que fazem parte dos processos vitais de desenvolvimento. Assim, a dualidade pulsional freudiana – pulsões de vida e de morte – encontra respaldo no elo entre o inorgânico e o orgânico, entre a física e a fisiologia.

Por outro lado, Figueiredo (1998) assinala a presença da matriz funcionalista e organicista na Psicanálise, pois Freud teve sua formação influenciada por uma fisiologia mecanicista e uma biologia funcionalista. Ele se dedicou ao “estudo da estrutura e do desenvolvimento da personalidade sob um ponto de vista funcional” (p. 96) e pautou-se em um determinismo dos fenômenos psíquicos em que tudo tem uma função e um sentido. Para Figueiredo (1998), mesmo as concepções de Freud sobre energia psíquica e pulsões têm implícitas uma intencionalidade e meta no sentido funcionalista. O desenvolvimento da personalidade, a dinâmica entre as instâncias psíquicas e o mundo exterior, as funções egóicas defensivas etc. têm um caráter adaptativo, pelo fato de visarem à adequação das pulsões às exigências da realidade e às censuras superegóicas. Contudo, a adequação completa é impossível diante das incompatibilidades entre as pulsões e a configuração das normas culturais. Por isso, um estado de equilíbrio, para o qual tenderiam os processos psicológicos segundo uma lógica biológica, é alcançado apenas parcialmente. Nesse ponto, a Psicanálise se distancia do funcionalismo, pois reconhece e enfatiza o conflito psíquico como algo essencial do funcionamento mental.

Figueiredo (1999) sugere que a matriz funcionalista, com seus pressupostos de adaptação, função, equilíbrio, evolução, tenha sido superada pela Psicanálise para que fosse possível lidar com o “não-funcional” do psiquismo. No entanto, isso não significou uma ruptura total, porque alguns pressupostos funcionalistas integram o pensamento psicanalítico e são imprescindíveis para a elucidação de conceitos fundamentais. Entretanto, a Psicanálise transcendeu a lógica funcional. O autor explica como a teoria freudiana foi além do funcionalismo baseada na noção de angústia. Freud deu espaço para uma angústia fundamental da condição humana, que não serve apenas como alerta para ameaças externas ou internas, mas que é arquetípica e atemporal:

. . .“algo” que não é funcional nem, a rigor, disfuncional, nem é um fenômeno adaptativo nem, a rigor, desadaptativo, o que ainda seria conservar-se dentro da matriz funcionalista, mas como “algo” que diz respeito à condição humana e ao modo especial de vir a ser que nos caracteriza (Figueiredo, 1999, p. 61).

Essas considerações são importantes para pensarmos sobre a mente-corpo e a depressão, pois neste processo lidamos com questões atravessadas por noções sobre a natureza e a condição humana, seus princípios, tendências e objetivos. Em um espectro mais amplo, chegamos a reflexões sobre o sentido da vida. Por esse motivo, nossas construções se alimentam e se desenvolvem pelas trocas entre teorias, sendo condizentes com o pensamento complexo e interdisciplinar. Sabemos que esta postura no campo científico nos exige a autocrítica constante, pois “ela traz verdades que são biodegradáveis, isto é, mortais, isto é, ao mesmo tempo vivas” (Morin, 2011, p. 48). A interdisciplinaridade permite a articulação entre saberes que visam objetividade e precisão e o pensamento psicanalítico que transcende o imediato, o já definido, e promove aberturas para irmos além.

Nos quadros depressivos, observam-se alterações significativas dos afetos e dos pensamentos. A fim de contarmos com uma compreensão mais abrangente acerca da nossa afetividade, abrangendo as emoções e os sentimentos, e sua intrínseca relação com a racionalidade, ambas vinculadas de modo indissociável ao funcionamento orgânico, que por sua vez é regido por mecanismos fisiológicos homeostáticos, no capítulo a seguir vamos expor algumas teorias e dados neurocientíficos sobre esses temas, baseados principalmente na obra de A. Damásio.

3 INTERAÇÕES ENTRE AFETIVIDADE E RACIONALIDADE

*Where I was, I had wings that couldn't fly
Where I was, I had tears I couldn't cry
My emotions, frozen in an icy lake
I couldn't feel them until the ice began to break
(Tears of the Dragon / Bruce Dickinson)⁴*

3.1 EMOÇÕES E SENTIMENTOS VISAM À PRESERVAÇÃO DA VIDA

Com o termo afetividade nós denominamos o conjunto de emoções e sentimentos de uma pessoa. Abordá-los no âmbito das Neurociências transita por diversos eixos, dentre os quais temos os seus aspectos moleculares e celulares, seus circuitos neurológicos de processamento, sua evolução filogenética e seu valor biológico, as possíveis correlações entre animais e humanos e suas relações com a memória e a consciência. Optamos por investigar as noções presentes nos trabalhos de alguns neurocientistas que realizaram pesquisas sobre esse assunto, são eles: Joseph LeDoux, Eric Kandel e António Damásio, sendo que este último será nosso principal representante do campo neurocientífico.

LeDoux (2012) problematiza as possíveis correlações de dados provenientes de pesquisas com animais e com seres humanos. Ele argumenta que é preciso cautela ao se atribuir certas emoções a animais, baseadas em experiências humanas subjetivas. O autor propõe, então, a utilização dos circuitos de sobrevivência como fundamento para o desenvolvimento de pesquisas com animais, a fim de se desvencilhar de emoções subjetivas. Ele explica que tais circuitos influenciam os sentimentos, porém não existem para criá-los, mas sim para propósitos adaptativos, detectando e respondendo, comportamental e fisiologicamente, às diversas situações com os quais o organismo interage. Esse neurocientista esclarece que uma importante categoria de funções do cérebro que visam à preservação da vida são aquelas que controlam a interação do organismo com o ambiente, envolvendo defesa, manutenção de energia e suprimentos nutricionais, equilíbrio hídrico, regulação térmica e reprodução. Esses circuitos podem influenciar indiretamente os sentimentos, mas sua função primordial é apenas negociar

⁴ Onde eu estava, eu tinha asas que não podiam voar / Onde eu estava, eu tinha lágrimas que eu não podia chorar / Minhas emoções, congeladas em um lago gélido / Eu não podia senti-las até que o gelo começou a quebrar (Tears of the Dragon / Bruce Dickinson)

interações comportamentais em situações onde existem oportunidades e desafios à sobrevivência. Os mecanismos de sobrevivência inatos e aprendidos (baseados em experiências) têm circuitos neuronais ativados por estímulos específicos. Assim, os circuitos de defesa, nutrição, reprodução etc. são configurados para detectar disparadores (*triggers*) únicos e inatos. Quando são associados com estímulos biologicamente significativos, novos eventos podem ativar os circuitos de sobrevivência por meio da aprendizagem. A avaliação do significado do estímulo por estes circuitos é processada de forma inconsciente, ou seja, as respostas diante de estímulos disparadores são desencadeadas automaticamente. Contudo, no caso dos humanos, é provável que a avaliação cognitiva, reflexiva, deliberada e frequentemente consciente a ela se sobreponha. Isso tem implicações para o estudo das emoções e dos sentimentos, pois, a partir deste ponto, eles entram em cena juntamente com a consciência.

LeDoux (2012) alerta para o fato de que as representações do estado global do organismo contribuem para a formação dos sentimentos conscientes, mas ambos não são a mesma coisa (noção parecida com a de António Damásio). Tais estados representam parte do material a partir do qual os sentimentos associados à ativação dos circuitos de sobrevivência são construídos, mas existem independentemente deles. No entanto, sentimentos conscientes resultam da representação do estado global do organismo na área de trabalho cognitiva, que engloba regiões do neocórtex, especialmente a pré-frontal e a parietal. Portanto, o autor sugere não atribuir introspecções humanas a outras espécies, porque tais áreas estão ausentes ou são menos desenvolvidas em outros animais. Ele também utiliza como argumento o fato de que os humanos são os únicos dotados de linguagem, a qual permite a rotulação, a categorização semântica, sintática e lógica das experiências, viabilizando ações planejadas e não apenas por tentativa e erro. Além disso, ele refere que é improvável que emoções específicas como medo, raiva, tristeza, alegria possam surgir sem palavras.

Retrocedendo mais de um século na história das pesquisas sobre as emoções, chegamos à teoria James-Lange, que ficou conhecida assim porque estes dois pesquisadores, James (1884, nos EUA) e Lange (1885, na Dinamarca), desenvolveram ideias semelhantes, mesmo trabalhando separadamente. Segundo a concepção apresentada por eles, as expressões corporais precedem as emoções. James (1890/2008) escreve o seguinte: “a minha teoria. . . é a de que *as mudanças corporais se seguem diretamente à percepção do fato existente, e que a sensação causada por essas mudanças no momento em que ocorrem é a emoção*” (p. 670, itálico do autor). Assim, as manifestações físicas se interpõem aos estados mentais de percepção da emoção. O autor argumenta que “sem que os estados corporais se seguissem à percepção, o

último estágio seria puramente cognitivo em sua forma, insípido, descolorido, destituído de calor emocional” (James, 1890/2008, p. 670). Concepção polêmica, pois contradiz e inverte a sequência prevista comumente, por exemplo: sofrer uma perda, entristecer-se e chorar; ou ser insultado, sentir raiva e revidar. Resumidamente, segundo a teoria James-Lange, choramos e, então, ficamos tristes; brigamos e, depois, sentimos raiva. Entretanto, neurocientistas da atualidade estão reconsiderando e discutindo as proposições desses antecessores.

Eric Kandel (2009a), no livro que foi convidado a escrever por ter sido ganhador do prêmio Nobel em Fisiologia ou Medicina em 2000, intitulado *Em busca da memória: o nascimento de uma nova ciência da mente*, comenta a teoria de James e Lange. De acordo com ele, aqueles autores “propuseram que a experiência consciente da emoção ocorre somente *depois* que o córtex recebeu sinais sobre as mudanças em nosso estado fisiológico. Em outras palavras, os sentimentos conscientes são precedidos por certas mudanças fisiológicas inconscientes” (Kandel, 2009a, p. 370, *italico do autor*). Contudo, ressalta que as emoções e os sentimentos podem durar mais tempo do que as repostas fisiológicas e que, por isso, possivelmente são influenciados por algo mais do que a interpretação de tais reações corporais. Nesse ponto, Kandel (2009a, p.371) introduz a visão de António Damásio de que: “a experiência da emoção é essencialmente uma representação de ordem superior das reações emocionais”, tal como LeDoux.

Kandel (2009a) complementa sua exposição acerca da produção das emoções dizendo: “acredita-se que o primeiro passo seja a avaliação inconsciente, implícita, de um estímulo, seguida de respostas fisiológicas, e, finalmente, da experiência consciente que pode ou não persistir” (p.371). Ele também menciona as contribuições de LeDoux e de outros colaboradores acerca da existência de dois circuitos neurológicos envolvidos no processamento da emoção: um caminho mais rápido, que vai dos órgãos sensoriais diretamente para a amígdala, sem contato com o córtex e outro, mais lento, que o atravessa. A partir delas, conclui que “a avaliação inconsciente de um estímulo amedrontador precede a avaliação consciente, cortical, do medo, como a teoria de James e Lange havia previsto” (p. 374). Sucintamente, pode-se dizer que, diante de uma situação amedrontadora, as respostas adaptativas necessárias são mobilizadas pelo núcleo central da amígdala, através de suas conexões com o hipotálamo e o córtex cingulado, a expressão corporal do medo é comandada pelo hipotálamo e a avaliação consciente do medo é atribuição do córtex cingulado.

A fim de investigar se o processamento mental das experiências emocionais é consciente ou inconsciente, alguns pesquisadores, segundo Kandel (2009a), utilizaram ferramentas

moleculares e celulares e concluíram que o componente inconsciente da emoção, bem como sua regulação, depende da operação do sistema nervoso autônomo e do hipotálamo. Já seu componente consciente engloba o funcionamento do córtex cerebral, principalmente sua função avaliativa, exercida pelo córtex cingulado. Na sequência, o mesmo autor explica que a amígdala parece exercer um papel central em ambos, coordenando tanto a experiência consciente quanto a expressão corporal da emoção, além das respostas autônomas e endócrinas dos estados emocionais (Kandel, 2009a). Correlacionando-se as pesquisas acerca das emoções com estudos sobre as memórias implícitas ou não declarativas (inconscientes) e explícitas ou declarativas (conscientes), é possível afirmar que “a recordação inconsciente da memória emocional envolve o armazenamento da memória implícita, ao passo que a recordação consciente do estado emocional envolve o armazenamento da memória explícita e, portanto, requer a participação do hipocampo” (p. 372), isto é, dependem de circuitos neurais diferentes. Ressaltando-se que um estado de emoção intensa pode influenciar o armazenamento de memórias de longo prazo, fazendo com que o evento seja recordado, posteriormente, em seus mínimos detalhes.

Acerca da expressão corporal das emoções, Kandel (2009a) cita o trabalho de Peter Ekman que, de forma semelhante a Charles Darwin (1872/2009), demonstrou que existem sete expressões faciais reconhecidas universalmente: de felicidade, medo, repulsa, desprezo, raiva, surpresa e tristeza. Ele também apresenta um estudo em que pessoas foram expostas a fotografias de expressões faciais humanas de medo, de maneira que fossem percebidas conscientemente (exposição mais demorada) e inconscientemente (exposição muito rápida). Kandel (2009a) comenta que a existência de uma percepção consciente e outra inconsciente processadas por circuitos diferentes do cérebro seria o correlato neural da ideia de Freud de que “a psicopatologia tem origem nos conflitos que ocorrem num nível inconsciente e que ela pode ser controlada se a fonte do conflito for confrontada conscientemente” (p. 418). Além disso, esses dados permitem dizer que “as diferenças no comportamento das pessoas e nos seus modos de interpretação do mundo têm origem nos diferentes modos pelos quais elas processam a emoção *inconscientemente*” (p. 418, *itálico nosso*).

3.2 A REGULAÇÃO HOMEOSTÁTICA EMOCIONAL

Antônio Damásio também tem se dedicado ao estudo das bases neurobiológicas das emoções e dos sentimentos. Ele aborda o papel deles na tomada de decisões em *O erro de*

Descartes (1994/2012), na construção do *self* em *O mistério da consciência* (2000) e, no livro *Em busca de Espinosa* (2004), esse autor se dedica aos sentimentos propriamente ditos, o que são e sua função no organismo. Ele também traz contribuições a esse tema em *E o cérebro criou o homem* (2011) e em *A estranha ordem das coisas* (2018).

Damáσιο (1994/2012) define raciocínio como um processo de pensamento orientado para um determinado fim e tomada de decisão como a seleção de uma resposta a partir do raciocínio empreendido. Ele explica que o conjunto de sistemas cerebrais dedicados a esse processo, principalmente o que se refere ao domínio pessoal e social, também está envolvido nas emoções e sentimentos e, portanto, no processamento dos sinais provenientes do corpo como um todo. Além disso, o autor diz que um cérebro capaz de tomar decisões de modo equilibrado depende de processos conscientes e não conscientes. A razão depende de sistemas que processam os sentimentos e os sistemas dos quais dependem os sentimentos estão intimamente associados à regulação biológica. De acordo com Damásio (1994), a solução encontrada pela natureza ao longo da evolução para garantir a sobrevivência do organismo foi representar o mundo exterior em termos das modificações que ele produz no corpo, de onde emergem as emoções e os sentimentos. Desse modo, a subjetividade é produzida pelo mapeamento do corpo e a produção de imagens mentais do objeto, das respostas do organismo ao objeto e, principalmente, do organismo no ato de perceber e responder a um objeto.

Damáσιο (2004) se refere aos sentimentos de dor e prazer, e às nuances entre um extremo e outro, como os alicerces da mente. Ele concebe os sentimentos humanos como a expressão de seu florescimento ou de seu sofrimento e também como revelações do estado da vida em cada organismo, ou seja, como expressões dos ajustes realizados em busca do equilíbrio e de sua preservação (concepção compartilhada com LeDoux). Assim, ambos participam da regulação da vida em diferentes níveis, desde o mais básico em prol da sobrevivência até o mais elevado em termos socioculturais. O autor alinha as emoções ao corpo e ao seu componente público e os sentimentos, à mente e a seus elementos privados. As emoções são perceptíveis tanto por meio de expressões faciais e comportamentos quanto por alterações fisiológicas, hormonais etc. Por outro lado, os sentimentos são privados como as demais imagens mentais que ocorrem no cérebro.

As emoções precedem os sentimentos e Damásio (2004) explica isso em função da sua evolução biológica, pois as primeiras surgiram como reações simples e automáticas para o equilíbrio homeostático dos organismos. Tal equilíbrio é alcançado por meio da avaliação das circunstâncias externas e internas do organismo, isto é, daquilo que representa uma ameaça à

integridade ou uma oportunidade de melhoria, e pela ativação de respostas apropriadas à manutenção da vida. É interessante a observação desse autor sobre o fato de que somos dotados de algo que nos proporciona mais do que um estado neutro de sobrevivência: temos a possibilidade de sentir o que denominamos de bem-estar. Damásio (2004) afirma que organismos simples têm emoções, o que é diferente de dizer que eles sentem as emoções ou que pensam reflexivamente sobre elas. Eles têm reações automáticas, de modo estereotipado, sem deliberação consciente. Tais reações não são simples reflexos, mas podem ser consideradas como conjuntos de respostas reflexas com níveis de elaboração e coordenação mais complexos.

Damásio (2004) apresenta uma classificação das emoções, reconhecendo o que denomina de porosidade entre as categorias. São elas: emoções de fundo – que são percebidas mais pela postura, expressões faciais, entonação da fala e que expressam bem-estar ou mal-estar, entusiasmo ou desânimo etc. – que são facilmente identificadas em animais e pessoas de diferentes culturas, como medo, raiva, nojo, alegria, tristeza e surpresa; e emoções sociais – como vergonha, culpa, compaixão, ciúme, inveja, admiração etc. que embora remetam às noções de sociedade e cultura, não se restringem aos seres humanos (como, por exemplo, no caso de primatas no que se refere às emoções relacionadas à dominação ou submissão). Damásio (2000) diferencia as noções de emoções de fundo e de humor. Dentre as primeiras, destacam-se: fadiga, energia, excitação, bem-estar, mal-estar, tensão, descontração, arrebatamento, desinteresse, estabilidade, instabilidade, equilíbrio, desequilíbrio, harmonia, discórdia. O humor se constitui pelos sentimentos das emoções de fundo e das emoções primárias de forma contínua. Por exemplo, no caso da depressão, pelos sentimentos contínuos da emoção primária tristeza mais emoções de fundo como a fadiga, o mal-estar, a tensão etc. Como se trata de um conjunto de emoções que persistem ao longo do tempo e dos sentimentos decorrentes, o humor também mantém as reações endócrinas, musculoesqueléticas, autonômicas e de processamento mental que acompanham as emoções.

De acordo com Damásio (2004), os sentimentos são produzidos a partir do mapeamento cerebral das emoções, isto é, são a percepção desses mapas do estado do corpo e dos temas e modos de pensamento associados a eles (não se trata, portanto, de uma percepção sensorial direta). Assim, fornecem orientação para esforços conscientes e deliberados para a preservação da vida. Os sentimentos não são apenas agrupamentos de pensamentos de temática compatível com certo rótulo emocional, não existem desvinculados do corpo. As imagens mentais, que representam os sentimentos, são formadas por meio do mapeamento do estado corporal, realizado por regiões cerebrais que envolvem o tronco encefálico e o córtex, em estreita

cooperação através de suas conexões neurais. Portanto, os sentimentos são ideias sobre o corpo quando este é perturbado por um estímulo que desencadeia uma emoção, também chamado de estímulo emocionalmente competente, ou seja, o conteúdo dos sentimentos é fornecido pelo mapeamento do estado do corpo quando este reage à estimulação por um objeto ou situação.

Damáσιο (2011) oferece definições de emoções e sentimentos:

Emoções são programas de *ações* complexos e em grande medida automatizados, engendrados pela evolução. As ações são complementadas por um programa *cognitivo* que inclui certas ideias e modos de cognição, mas o mundo das emoções é sobretudo feito de ações executadas no nosso corpo, desde expressões faciais e posturas até mudanças nas vísceras e meio interno.

Os sentimentos emocionais, por outro lado, são as *percepções* compostas daquilo que ocorre em nosso corpo e na nossa mente quando uma emoção está em curso. No que diz respeito ao corpo, os sentimentos são imagens de ações, e não ações propriamente ditas; o mundo dos sentimentos é feito de percepções executadas em mapas cerebrais. . . a interocepção domina o processo e é responsável pelo que designamos como o aspecto *sentido* dessas percepções (p. 142, itálicos do autor).

Damáσιο e Carvalho (2013) explicam que o processamento neurobiológico dos sentimentos engloba quatro elementos: um estímulo emocionalmente competente (uma alteração homeostática, um objeto externo) que é percebido ou lembrado → interfaces neurais capazes de percebê-lo → áreas neurais de execução capazes de coordenar ações corretivas (os programas de ação: impulsos ou emoções) → áreas neurais capazes de detectar a realização das correções e suspendê-las, bem como produzir os mapas cerebrais do estado corporal que constituem os sentimentos.

A sequência do processamento cognitivo, segundo Damáσιο (2004), é o surgimento de pensamentos que desencadeiam emoções, que levam a sentimentos, que evocam outros pensamentos, que geralmente amplificam o estado emocional. As experiências e o processo de aprendizagem decorrente delas associam emoções e pensamentos que interagem em dois sentidos: um é capaz de desencadear o outro. Além disso, os pensamentos que evocam emoções podem acontecer fora da consciência, não sendo possível, nesse caso, identificar a origem de uma alteração do estado emocional. Portanto, os pensamentos que causam emoções podem ser conscientes ou inconscientes. Exemplo desse último caso é quando notamos que estamos ansiosos, sem conseguir determinar a origem desse estado. Noção semelhante à de Freud sobre o funcionamento psicodinâmico e o surgimento de sinais e sintomas, que têm origens inconscientes, como veremos posteriormente.

Encontramos em Damáσιο (2004) o reconhecimento às obras de Freud e Darwin, por terem se dedicado ao interjogo inconsciente de reações inatas e adquiridas. É importante enfatizar que existem dois modos de avaliação do ambiente e dos eventos. O primeiro modo é

a avaliação consciente dos estímulos que causam emoções, de forma que poderia mais propriamente se dizer “pensada”, considerando sua relação com outros objetos e suas conexões com fatos passados, processo que permite a modulação das respostas emocionais. Acerca desse processo, Damásio (2004) comenta que uma das finalidades da nossa educação é interpor essa avaliação não automática entre a percepção dos objetos emocionalmente competentes e nossas respostas emocionais, adequando-as às normas socioculturais. O segundo modo se refere ao fato de que existem emoções que surgem sem que seja possível essa avaliação consciente do objeto que a desencadeou. Isso não significa que o organismo não o avaliou de alguma forma, pois o fez de modo automático, não consciente.

Outro aspecto ressaltado por Damásio (2004) é que, além do fato de que os seres humanos são dotados de reações automáticas para a preservação da vida, eles também podem escolher controlá-las, ao menos parcialmente, por terem a capacidade de identificar a relação entre determinados estímulos e emoções. A modulação das emoções, em função de normas culturais, é possível graças à associação entre a avaliação automática e outra, mais consciente e reflexiva. Assim, um mesmo estímulo pode ser capaz de desencadear emoções tanto por razões evolutivas quanto por um processo de aprendizagem a partir de experiências individuais. Como veremos no capítulo dedicado à Terapia Cognitiva, seu modelo estabelece a existência de um tipo de processamento mental de informações mais automático e de outro mais reflexivo e propõe como objetivo terapêutico a transformação do primeiro no segundo, quando a avaliação automática se mostra disfuncional para o indivíduo.

Damásio (2004) ainda aborda o valor biológico dos sentimentos conscientes, contrapondo a ideia de que o cérebro talvez pudesse executar os mecanismos de regulação da vida por meio de mapas neurais processados sem consciência. Ele explica que processos automáticos e inconscientes dão conta apenas de ajustes mais simplificados e que, por outro lado, situações mais complexas exigem respostas automáticas associadas a raciocínios baseados em conhecimentos adquiridos. Os sentimentos permitem que os seres humanos, dotados de um passado, um presente e um futuro antevisto, possam avaliar objetos e situações, tomar decisões e guiar seu comportamento de forma inteligente, em função de sua saliência emocional. O neurocientista defende a noção de que emoções e sentimentos têm alto valor biológico, por isso foram preservados e aprimorados ao longo da evolução. O valor biológico de qualquer objeto ou função é atribuído, em maior ou menor medida, em referência ao favorecimento de um estado fisiológico do organismo vivo dentro de uma faixa homeostática ótima, eficiente no sentido de sua preservação e seu bem-estar. Por isso, é essencial que afetos e cognições

funcionem de modo equilibrado e harmônico, na medida do possível, a fim de que o sujeito possa tomar as decisões mais apropriadas.

Damásio e Carvalho (2013) abordam as origens evolutivas dos sentimentos, supondo que eles tenham prevalecido, “porque retratar diretamente a natureza vantajosa ou desvantajosa de uma situação fisiológica como uma ‘experiência sentida’ facilita a aprendizagem sobre as condições responsáveis por desequilíbrios homeostáticos e suas respectivas correções, bem como a antecipação de futuras condições adversas ou favoráveis” (p. 143). Desse modo, também auxiliam na regulação do comportamento. Segundo esses autores, sob o ponto de vista evolutivo, o surgimento do mapeamento dos estados corporais precedeu o advento da capacidade de sentir conscientemente as experiências, pois a detecção e correção de desequilíbrios podem ser realizadas através de mecanismos fisiológicos simples ou dos denominados programas de ação. Esses últimos são conjuntos de ações fisiológicas inatas disparadas por mudanças nos meios externo e interno com o objetivo de manter ou restaurar a homeostase. Tais ações são instintivas (embora possam ser moduladas por aprendizagem), não requerem deliberação e incluem alterações viscerais (frequência cardíaca e respiratória, secreção de hormônios etc.), musculares (expressões faciais, corrida para fuga etc.) e cognitivas (como direcionamento do foco da atenção). Os programas de ação englobam os impulsos, cujo objetivo é satisfazer necessidades básicas, como fome, sede, libido, cuidados à prole e apego aos pares, e as emoções, que geralmente são ativadas por estímulos externos (percebidos ou recordados) como nojo, medo, raiva, tristeza, alegria, orgulho, compaixão, admiração, vergonha. As mudanças corporais que resultam de um programa de ação são percebidas pelo sistema interoceptivo, mapeados pelos mapas sensoriais do corpo e percebidos pelo sujeito.

De acordo com Damásio (2018), as emoções são regidas pela homeostase e os sentimentos são sua expressão mental. A homeostase permite ao indivíduo persistir e progredir. Os sentimentos facilitam a aprendizagem sobre as circunstâncias favoráveis ou não ao organismo e a aplicação desse conhecimento para previsão de situações futuras, resultando numa maior flexibilidade comportamental e favorecendo sua adaptação a diferentes contextos. Evolutivamente, os sentimentos contribuíram para o desenvolvimento de níveis mais elevados de cognição e consciência, que culminaram na mente humana moderna. A homeostase permite a cada indivíduo perdurar e prevalecer. Perdurar, explica o autor, diz respeito à sobrevivência e o termo prevalecer se refere ao fato de que a homeostase “*assegura que a vida é regulada não apenas em uma faixa compatível com a sobrevivência, mas também conducente à prosperidade, a uma projeção da vida no futuro de um organismo ou espécie*” (p. 35, *itálico do autor*).

Mecanismos de ação homeostáticos são encontrados desde os organismos mais simples (como bactérias) até os mais complexos (como nós), o que leva Damásio a conjecturar que “se isso for mesmo verdade, o inconsciente humano literalmente remonta a formas de vida primitivas, em um grau mais profundo e há mais tempo do que Freud e Jung jamais sonharam” (p. 32).

Esse neurocientista prossegue: “o inelutável imperativo da homeostase é o governador onipresente da vida em todos os seus aspectos. A homeostase vem sendo a base do valor na seleção natural” (Damásio, 2018, p. 36) e, segundo sua hipótese, também fundamenta o desenvolvimento cultural da humanidade. Para tal, conta com os sentimentos, sua expressão mental, que podem ter matizes positivos ou negativos, atuando tanto como motivos para buscar respostas aos problemas enfrentados quanto como monitores do sucesso ou do fracasso das soluções encontradas. Para que um problema impulse o sujeito para a ação é preciso que seja experienciado, sentido, como algo desagradável, desconfortável, desprazeroso, ameaçador. É preciso haver sentimento para que alguém se importe e faça algo a respeito, de modo a promover, além da sobrevivência, um futuro com mais bem-estar. “Sentimentos são as experiências subjetivas do estado da vida, isto é, da homeostase, em todas as criaturas dotadas de mente e de um ponto de vista consciente” (p. 35-36). Por isso, são “catalisadores das respostas que iniciaram as culturas humanas” (p. 37). Disto decorre uma constatação importante: “no fim, a criatividade humana é alicerçada na vida e no fascinante fato de que esta vem equipada com uma determinação precisa: resistir e projetar a si mesma no futuro, custe o que custar” (Damásio, 2018, p. 42).

3.3 EMOÇÕES, MEMÓRIAS E PROCESSAMENTO COGNITIVO

De acordo com Damásio (2011, p. 143), o processamento dos sentimentos inclui “tudo o que ocorreu durante a emoção, as ações, as ideias, o modo como as ideias fluem, devagar ou depressa, ligadas a uma imagem ou rapidamente trocando uma por outra”. A ocorrência das diversas emoções leva a determinados estilos de processamento cognitivo. Por exemplo, a tristeza evoca pensamentos negativos e ruminatórias e torna o raciocínio mais lento; a alegria, por sua vez, torna-o mais acelerado e reduz a atenção. Segundo Damásio (1994/2012):

. . . o modo cognitivo que acompanha a tristeza caracteriza-se por uma lentidão na evocação das imagens, associação pobre em resposta a um número menor de indícios, inferências mais limitadas e menos eficientes, geralmente as que mantêm a reação emocional negativa. Esse estado cognitivo é acompanhado de inibição motora e, em geral, de uma redução nos apetites e nos comportamentos exploratórios (p. 155).

Portanto, existe certa congruência entre emoções e pensamentos no intrincado e complexo processo que os envolve. O conteúdo dos sentimentos provém das imagens do corpo e também da representação de uma forma de pensar, pois é complementado pela percepção dos pensamentos que concordam quanto ao tema com o tipo de emoção que está sendo sentida. Quando se tem a experiência de um sentimento positivo, a mente tem a representação de um bem-estar, associada a um “bem-pensar” e, assim, a capacidade de pensar é enriquecida, de acordo com Damásio (2004). Da mesma forma, quando se sente tristeza, além do mal-estar que lhe é próprio, acontece também um modo de pensar ineficiente, focado em um número limitado de ideias negativas, como aquelas relacionadas à perda, ao fracasso, entre outros. Acerca da constante interação entre sentimentos, pensamentos e comportamentos, Damásio (2018) escreve que os primeiros se referem “à *qualidade do estado da vida*. . . durante a resposta aos pensamentos que estamos tendo, sejam eles causados por uma percepção do mundo externo ou por uma recordação de um evento passado armazenada em nossa memória” (p. 125, itálico do autor).

Damásio (2018) também elucida que os sentimentos influenciam pensamentos e comportamentos. Desse modo, sempre participam do processo de tomada de decisão, por mais racional que pareça. Os mecanismos que produzem os afetos também influenciam comportamentos que parecem estar exclusivamente sob o controle das partes mais lógicas e perspicazes da nossa mente. A memória é outro elemento do processamento cognitivo em estreita relação com os sentimentos. Eles influenciam o armazenamento das experiências na memória, sua recordação e seu relato. “Somos incansáveis narradores de histórias sobre quase tudo em nossa vida, principalmente, mas não apenas, sobre coisas importantes, e colorimos livremente as nossas narrativas com todas as tendenciosidades das nossas experiências passadas e dos nossos gostos e aversões” (Damásio, 2018, p. 115). Além disso, o autor também menciona que os sentimentos não são armazenados na memória, mas reproduzidos no momento que os fatos registrados são recordados. Portanto, o sentimento que acompanha uma recordação não é parte do conteúdo armazenado. Ele é resultado das respostas emotivas desencadeadas pelas lembranças e, assim, recriado no momento em que são evocadas. Os sentimentos, em si, nunca são memorizados, portanto não podem ser recordados, mas recriados no momento, com maior ou menor fidelidade, para completar a acompanhar fatos recordados (Damásio, 2018, p. 165). Aquelas emoções que emergem sem que seja possível atribuir significado são provenientes de memórias implícitas emocionais.

Atualmente, as Neurociências consideram a existência de memórias declarativas (explícitas) e não declarativas (implícitas). As memórias implícitas (emocionais e procedurais) são inconscientes. As declarativas estão sujeitas a transformações quando são evocadas (tornadas conscientes), por meio do processo de reconsolidação (Kandel, 2009a, 2009b). Burton (2017) faz uma correlação entre pensamentos e os tipos de memória. De acordo com ele, as memórias episódicas são registros sobre eventos vivenciados por nós e permitem a construção de uma narrativa de nossa história, mas são lembranças maleáveis, que podem sofrer alterações na medida em que temos novas experiências. Contudo, “às vezes, sentimos que os detalhes estão um pouco apagados, mas raramente duvidamos da essência de uma lembrança. Nós confiamos na noção de que, no mínimo, as lembranças de nosso passado refletem verdades fundamentais” (p. 109).

Damásio (2004) não deixa de considerar o fato de que algumas emoções não são adaptativas na condição humana atual, dependendo de seu contexto e de sua intensidade, o que não nega seu papel adaptativo ao longo das diferentes fases da evolução. Além do mais, nem todas as emoções são equivalentes no sentido de promover a preservação da vida e o bem-estar. A raiva, a tristeza e o medo, por exemplo, podem ser contraproducentes e disfuncionais em diversas situações cotidianas, mas certamente foram úteis e promoveram a sobrevivência no decorrer da história da humanidade. O valor da raiva e da tristeza para a manutenção da homeostasia orgânica está em declínio. Por exemplo, a tristeza pode auxiliar no enfrentamento de uma perda, mas caso persista por um longo período poderá trazer prejuízos. Para Damásio (2004) os sentimentos revelam se o estado da vida no organismo está ou não em harmonia e equilíbrio homeostático. Por outro lado, certas drogas ou estados depressivos podem comprometer a fidedignidade dessas informações. No entanto, o autor contra-argumenta que talvez a depressão seja, sim, uma revelação fiel ao estado da vida. Inclusive, Sachs, Damásio e Habibi (2015), descrevem que a tristeza decorre de uma perda (por exemplo, de um objeto de valor, da saúde, de um relacionamento, de alguém amado) e ocasiona sentimentos de falta de energia, baixa autoestima, desesperança e isolamento social. Assim, os sentimentos têm valências positivas ou negativas, podem ser agradáveis ou desagradáveis, prazerosos ou desprazerosos, ou qualificados como algo entre esses extremos. Eles são sentidos por nós e nos afetam. “Mal-estar significa que algo não está certo no estado de regulação da vida. Bem-estar significa que a homeostase está dentro da faixa de eficácia. . . . Nem mesmo a depressão ou os estados maníacos escapam a essa regra” (Damásio, 2018, p. 125-126).

É interessante também a proposição de Sachs, Damásio e Habibi (2015) acerca da apreciação de músicas tristes. Os autores partem do fato de que, no contexto estético, produções artísticas cujo conteúdo remete à tristeza (filmes, músicas, peças teatrais, pinturas etc.) estão associadas a algum grau de prazer. Considerando que a tristeza é vista como uma emoção negativa em resposta a situações adversas e que a sobrevivência humana depende da prevenção de experiências dolorosas, eles questionam o que leva à busca da experiência de uma dor mental por meio de músicas com essa tonalidade afetiva. Os autores apresentam a hipótese de que músicas tristes podem levar a sentimentos positivos, argumentando que esse efeito depende da correção do desequilíbrio homeostático em curso, através da regulação emocional e dos sentimentos de empatia promovidos pela evocação e reflexão sobre eventos passados.

3.4 UM METACONHECIMENTO: SENTIMOS QUE SABEMOS

Burton (2017) cunhou um termo para representar a certeza ou a convicção que temos sobre algo: a *sensação de saber*, que é um conhecimento sobre o próprio conhecimento, ou seja, um tipo de metachecimento, que nos permite ter uma sensação de correção ou incorreção. Essa sensação é tão primária quanto às de medo ou raiva. Ele afirma que não existe pensamento sem sensações, sejam elas do mundo externo ou dos estados mentais internos. “O pensamento incorpóreo não é uma opção fisiológica. Tampouco é uma mente puramente racional livre de sensações e percepções corporais e mentais” (p. 158). Isso tem implicações para a compreensão de processos conscientes e inconscientes.

Nós *sentimos* que estamos pensando da mesma forma que sentimos a atividade corporal. Aqueles pensamentos que não chegam à consciência não são sentidos como sendo ativamente pensados. O que nos leva à questão maior do papel dos sistemas sensoriais mentais na diferenciação dos pensamentos conscientes e inconscientes (p. 160, *itálico do autor*).

Então, ele explica que a suposta diferença entre pensamentos conscientes e inconscientes não se baseia em processos fisiológicos diferentes, pois provavelmente os mecanismos básicos sejam os mesmos. A cognição é uma entidade única que pode ser experimentada de formas diferentes. O que muda é como os pensamentos são sentidos. Além disso, conhecemos e qualificamos nossos pensamentos através de sentimentos, não de avaliações racionais. “Sentimentos como certeza, convicção, correção e incorreção, clareza e fé nascem de sistemas sensoriais involuntários que são componentes integrantes e inseparáveis dos pensamentos que eles qualificam” (Burton, 2017, p. 172).

Esse neurocientista também afirma ser um erro pressupormos que possuímos uma faculdade racional inata capaz de ver algo sob a melhor perspectiva. Para ele, “as *sensações de saber, correção, convicção e certeza*, não são conclusões deliberadas e escolhas conscientes. São sensações mentais que *acontecem conosco*” (Burton, 2017, p. 259, itálicos do autor). Por estar ligada ao sistema de recompensa do cérebro, a sensação de saber favorece o aprendizado, desde que haja flexibilidade dos pensamentos quando confrontados com evidências contrárias. “Mas, se o processo demorar e um repetido sentido de recompensa se desenvolver, as conexões neurais que unem o pensamento à sensação de estar correto vão se fortalecer gradualmente. Quando estabelecidas, essas conexões são difíceis de desfazer” (p. 125).

Essa sensação de saber pode nos ajudar a compreender a convicção que alguns pacientes têm acerca de crenças pessoais, resistentes à confrontação com evidências contrárias a elas. Entre a sensação de saber que algo é real e verdadeiro e o raciocínio lógico que contradiz esta suposta verdade, a pessoa irrefletidamente assume o que lhe diz emocionalmente a primeira. Burton (2017, p. 265) cita David Gross, ganhador do Prêmio Nobel de Física de 2004: “O produto mais importante do conhecimento é a ignorância”, ou seja, a sabedoria consiste em reconhecer o que não sabemos.

Burton (2017) emprestou um termo da comunidade que trabalha com inteligência artificial (IA): a camada escondida, que seria o espaço virtual onde ocorrem as ponderações que permitem o aprendizado e a tomada de decisão; uma espécie de interface entre o inato e o adquirido. “É na camada escondida que todos os elementos da biologia (de predisposições genéticas a variações e flutuações de neurotransmissores) e todas as experiências passadas, quer sejam lembradas ou há muito esquecidas, afetam o processamento de informações entrantes” (p. 66). Além disso, “pensamentos que surgem de cálculos complexos dentro da camada escondida poderiam ser vistos como o equivalente de memórias episódicas, que estão contínua e subliminarmente passando por revisões, aumentos e diminuições” (p. 111). O autor ilustra os fenômenos mentais da seguinte forma:

O DNA de cada neurônio fornece instruções gerais de como uma célula opera e se relaciona com outras células; ele não fornece instruções para lógica, razão ou poesia. E, mesmo assim, dessa massa de células sai Shakespeare e Newton. Consciência, intencionalidade, propósito e significado emergem das interconexões entre bilhões de neurônios que não contêm esses elementos. . . . Módulos primários fornecem *tijolos e cimento*, áreas de associação secundária constroem a *casa*, e interações ainda mais complexas são necessárias para chamar essa construção de *lar* (Burton, 2017, p. 79, itálicos do autor).

Isso aponta para o fato de que são as conexões neuronais as responsáveis pelas funções mentais complexas, ou seja, que estas não podem ser localizadas em áreas específicas e muito

menos explicadas pelo funcionamento de neurônios isoladamente. É daí que emerge uma sensação de propósito, fonte de controvérsias entre ciência e religião, por exemplo. De acordo com Burton (2017), “Propósito declarado é uma narrativa pessoal baseada na camada escondida – não um argumento raciocinado” (p. 221). Porém, “uma sensação de propósito sentida profundamente é tão necessária quanto a fome e a sede – todas são universalmente necessárias para a sobrevivência e a homeostase” (p. 219).

A Neuropsicanálise utiliza informações provenientes do campo neurocientífico para complementar, fundamentar, repensar e aprimorar algumas proposições psicanalíticas. No próximo capítulo, vamos apresentar proposições dessa área de articulação interdisciplinar, acerca dos processos psíquicos conscientes e inconscientes, abrangendo seus elementos cognitivos e afetivos.

4 NEUROPSICANÁLISE: A METAPSICOLOGIA A PARTIR DOS AFETOS

Entre um rosto e um retrato, o real e o abstrato
Entre a loucura e a lucidez
Entre o uniforme e a nudez
Entre o fim do mundo e o fim do mês
Entre a verdade e o rock inglês
Entre os outros e vocês
Eu me sinto um estrangeiro
Passageiro de algum trem. . .
Entre um copo e outro da mesma bebida
Entre tantos corpos com a mesma ferida
 (A Revolta Dos Dândis I / Engenheiros do Hawaii)

4.1 O MONISMO DE DUPLO ASPECTO

A Neuropsicanálise surgiu na década de 1990 com o intuito de construir pontes entre os métodos, descobertas e teorias da Psicanálise e das Neurociências. Em 2000, Mark Solms fundou a Sociedade Internacional de Neuropsicanálise, tendo em vista que ambas são disciplinas que investigam aspectos subjetivos e objetivos da mente humana, respectivamente. Nenhum desses aspectos é redutível ao outro, de acordo com Yovell, Solms e Fotopoulou (2015). Nesses dois campos são utilizados métodos de pesquisa diferentes. Entretanto, segundo esses pesquisadores, se por um lado é inadequado submeter a Psicanálise a critérios de validação científica divergentes de seu método e de seu objeto, por outro, a metapsicologia psicanalítica não pode contradizer descobertas neurocientíficas.

A proposta de diálogo feita pela Neuropsicanálise tem sofrido críticas, como a de Blass e Carmeli (2007), que afirmam que as Neurociências são irrelevantes e representam uma ameaça para a Psicanálise. Tais críticas são discutidas por Yovell, Solms e Fotopoulou (2015), que defendem a relevância das Neurociências para a teoria e a prática psicanalíticas, baseados numa abordagem que denominam monismo de duplo aspecto que explicam da seguinte forma:

Esta abordagem, o monismo de duplo aspecto, postula que a mente e o cérebro são uma entidade (monismo ontológico). As funções da mente são reais, tão reais como qualquer função biológica. No entanto, nós não podemos ter acesso direto a elas pela perspectiva de terceira pessoa (realismo indireto). Em vez disso, para entendê-los e estudá-los sistematicamente nós

precisamos desenhar inferências (criar modelos) baseados em dois recursos diferentes e irredutíveis: o estudo da *experiência subjetiva* em indivíduos e grupos (como na psicologia e na Psicanálise) e o estudo dos *estados e funções cerebrais* de indivíduos e grupos (como na Neurociência). Portanto, compreender a mente (subjetividade em primeira pessoa) e obter conhecimento sobre o cérebro (objetividade em terceira pessoa) são práticas cientificamente independentes (dualismo epistemológico) (p. 1526, itálicos dos autores, tradução nossa).

O monismo de duplo aspecto proposto por Yovell, Solms e Fotopoulou (2015) embasa a concepção de mente-corpo que norteará nosso raciocínio. Segundo essa abordagem, mente e cérebro não são entidades distintas, tratando-se de um monismo ontológico. Porém, para estudá-los é preciso desenvolver modelos que abarquem a experiência subjetiva (subjetividade em primeira pessoa) e as funções cerebrais (objetividade em terceira pessoa), ou seja, empregando-se um dualismo epistemológico. É preciso correlacionar e integrar ambas as perspectivas, pois nenhuma delas, isoladamente, é capaz de abranger e explicar completamente a entidade mente-corpo.

Trata-se, portanto, de uma cooperação igualitária e não de submissão de uma área a outra, respeitando-se suas especificidades metodológicas, epistemológicas e ontológicas, que podem ser complementares diante da complexidade da unidade mente-cérebro, em seus aspectos subjetivos e objetivos cuja coexistência é inerente à condição humana. Ressaltando-se que a experiência subjetiva, incluindo significados e intenções, não pode ser reduzida a modelos ou teorias biológicas. Por outro lado, a Psicanálise pode modificar ou ao menos reconsiderar suas teorias quando se mostrarem divergentes de descobertas neurocientíficas. Isso não significa que estas representem a última corte de apelação para as teorias psicanalíticas, pois achados científicos são constantemente revistos e alguns se mostram incorretos. Afinal, é a possibilidade de constantes reformulações, aprimoramentos e ampliações que permite o desenvolvimento de qualquer disciplina. Além disso, as proposições neurocientíficas devem ser confrontadas com dados da situação analítica e isto pode evitar conclusões errôneas caso se tente explicar fenômenos mentais complexos por um ponto de vista exclusivamente objetivo. O diálogo é necessário e benéfico para ambos os interlocutores, fato que não descarta a necessidade de que existam desenvolvimentos emergentes do próprio campo psicanalítico para seu progresso contínuo (Yovell, Solms & Fotopoulou, 2015).

Fazendo isso a Psicanálise garantirá que sua perspectiva particular da mente, da subjetividade e da condição humana não será perdida pela ciência. A realidade mental subjetiva, em primeira pessoa, existe apesar de tudo; ela é apenas outra parte da Natureza. O que mais poderia ser? (Yovell, Solms & Fotopoulou, 2015, p. 1547, tradução nossa).

4.2 UM RETORNO A FREUD

Na obra “O inconsciente”, Freud (1915/2010b) enuncia que são inconscientes tanto os atos psíquicos que estão apenas em estado latente e que podem se tornar conscientes, isto é, que estão no sistema Pré-Consciente (Pcs) e podem passar para o Consciente (Cs), quanto aqueles que foram reprimidos, que foram alvo da censura entre Pcs/Ics e que se encontram no sistema Inconsciente (Ics). Entretanto, atribui a estes últimos características distintas, típicas do que denominou processo primário: não contradição, atemporalidade, substituição da realidade exterior pela psíquica, sujeição ao princípio do prazer. Os sistemas Pcs-Cs funcionariam segundo o processo secundário, provido de racionalidade, lógica, coordenação temporal e de acordo com o princípio de realidade. Freud complementa sua concepção do Ics dizendo que esse sistema pode se desenvolver em função dos eventos de vida e das influências mútuas entre ele e o Pcs e, ainda, que o Ics não é algo passivo, um abismo onde o Pcs, ativo, lança o que censura.

Vamos à segunda tópicada apresentada por Freud (1923/2011a) em “O eu e o id”, com o propósito de apresentar essas duas instâncias. Nesta obra, Freud mais uma vez diferencia o que seria inconsciente nos sentidos descritivo e dinâmico. No primeiro sentido, existiriam dois inconscientes: o Pcs e o Ics; no dinâmico, apenas um: o Ics. No entanto, ele se depara com aspectos inconscientes do Eu que são, na verdade, pertencentes ao Ics dinâmico, ou seja, não estão apenas em estado latente no Pcs. Daí decorre o fato de que o Inconsciente não comporta apenas o que foi reprimido, mas também algumas funções do Eu.

Freud (1923/2011a) também diz que todas as percepções (Pcp) externas e internas são, a princípio, conscientes. Ao passo que se tornem inconscientes, podem voltar a ser pré-conscientes pela ligação com representações verbais que, por sua vez, são resíduos de memória do que foi primordialmente percepção (auditiva, visual etc.). Acerca das percepções internas, ele refere que essas são as mais primordiais e que as mais exemplares são as da série prazer-desprazer. As percepções desprazerosas pressionam por descarga da energia nelas investida e, quando isto é impedido, o desprazer se torna consciente diretamente, independentemente da ligação com representações verbais. A partir disso, esclarece sua concepção do Eu: seu núcleo corresponderia às funções sensoperceptivas (externas e internas) e os resíduos mnemônicos forneceriam representações no Pcs àquilo que, não censurado por suas próprias defesas, poderia

se tornar consciente (adentrar o Cs). A parte da psique que se comporta como inconsciente é denominada por ele de Id (ou Isso). Dessa forma, o Eu (ou Ego) é a superfície, é uma parte modificada do Id em função de seu contato com o mundo externo, por meio do sistema Pcp-Cs, englobando percepções externas e internas do organismo. O Eu é, portanto, corporal. Além disso, munido do controle da motilidade, tenta adequar as paixões do Id ao princípio de realidade.

A afirmação de que o Eu é corporal vai em direção às bases biológicas de sua constituição. Freud (1923/2011a) diz que o corpo é percebido como um outro objeto, com a peculiaridade de produzir sensações do que provém do meio externo e também percepções internas. “O Eu é sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (p. 32). Nesse ponto, foi acrescentada uma nota de rodapé em uma edição inglesa com a autorização de Freud, que esclarece: “Ou seja, o Eu deriva, em última instância, das sensações corporais, principalmente daquelas oriundas da superfície do corpo. Pode ser visto, assim, como uma projeção mental da superfície do corpo” (Freud, 1923/2011a, p. 32).

Freud (1923/2011a) recorre à evolução da espécie humana para justificar a presença no Id de impressões de experiências passadas, de resíduos de existências do Eu, mantidas hereditariamente. A concepção freudiana das origens do aparelho psíquico pressupõe que o Id já existiria desde o nascimento, provido de tais resquícios de vivências de antepassados, do qual se diferenciaria o Eu, à medida que interagisse com o mundo exterior, com a cultura, a qual introduziria os elementos para a censura e o recalque originário.

Freud (1923/2011a) prossegue fazendo referência a dois tipos de pulsões, reiterando o que escreveu em “Além do Princípio do Prazer” (Freud, 1920/2010e), sobre a existência no Id de pulsões de vida (Eros) e de morte (Tânatos). As pulsões de vida compreenderiam os impulsos sexuais e os de autoconservação, que teriam como finalidade a preservação da vida, e as pulsões de morte, que visariam o retorno do organismo ao estado inanimado. Freud então considera a existência de pulsões parciais, cujas fontes erógenas e intensidades de investimentos são intercambiáveis, inserindo a noção de que a libido presente no Id é deslocável e tem certa indiferença quanto ao objeto a fim de obter descarga. Por outro lado, o Eu exigiria maior especificidade do objeto.

4.3 A METAPSICOLOGIA SEGUNDO A NEUROPSICANÁLISE

Solms e Panksepp (2012) consideram Freud como partidário do corticocentrismo em sua concepção da consciência. Esse posicionamento teórico é questionado e considerado falacioso por esses autores, o que representa um de seus argumentos a favor da proposição de um Id dotado de consciência, também presente em Solms (2013). Solms e Panksepp (2012) questionam se estar consciente requer a capacidade de reconhecimento reflexivo sobre as próprias experiências e se é possível existir consciência fenomenológica sem que o organismo seja dotado de funções cognitivas superiores que lhe permitam relatar a experiência. Respondem sim à última pergunta, atribuindo consciência a outros animais, principalmente em função dos mecanismos de punição e recompensa localizados no tronco cerebral (que é subcortical). Eles partem da premissa de que a natureza essencial da consciência é uma forma fundamental de experiência fenomenológica que inclui estados afetivos, que também é observável em animais. Solms e Panksepp (2012) defendem que os processos psíquicos gerados internamente não sejam considerados inconscientes somente por não serem passíveis de reconhecimento por meio de funções superiores baseadas na linguagem.

Acerca da noção de Freud sobre processos mentais inconscientes, Solms e Panksepp (2012) enfatizam a ideia de energia livre (que pressiona para descarga imediata em função do princípio de prazer típico do processo primário) e de energia ligada (sujeita ao processo secundário e que admite o adiamento da satisfação em função do princípio de realidade). Segundo eles, tais energias instintuais ou impulsivas (*drive energies*, no original), “que ativam a cognição, são intrinsecamente conscientes – apesar das transformações a que estão sujeitas para frequentemente se tornarem inacessíveis à consciência reflexiva” (p. 151, tradução nossa). Os autores dizem que Freud introduziu a segunda tópica ao perceber que o controle das funções executivas não coincidia com qualquer tipo de consciência; por exemplo, que os processos descritivamente inconscientes estavam sob o controle inibitório e serviam ao princípio de realidade (processo secundário) e que, da mesma forma, a repressão, apesar de ser dinamicamente inconsciente, também servia ao propósito de inibição. Assim, agrupou todos os tipos de processos conscientes e inconscientes, que são alvo de inibição, na instância que ele denominou Eu (ou Ego), cuja principal característica distintiva é a utilização de energia ligada, a qual sustenta os processos cognitivos. Por outro lado, ele agrupou os processos instintuais afetivos, não inibidos e, portanto, de energia livre, desligada, na instância que denominou Id (ou Isso).

Resumidamente, seguindo o pensamento de Solms e Panksepp (2012), pode-se dizer que a concepção freudiana do funcionamento mental culminou num modelo que estabelece que pressões interoceptivas da mente (*bottom-up* – de baixo para cima) produzem um conjunto de impulsos cujo objetivo é a satisfação instintual imediata, baseados nos imperativos afetivos e homeostáticos do organismo, independentemente dos ditames da realidade, os quais, por sua vez, são impedidos de ter acesso à execução motora, por meio da influência exteroceptiva e aprendida (*top-down* – de cima para baixo) do Eu.

Solms e Panksepp (2012) afirmam que, para Freud, o Eu corresponderia às percepções externas, seria exteroceptivo, uma projeção da superfície corporal; enquanto o Id seria interoceptivo, ou seja, perceberia as alterações de suas necessidades instintivas, tornadas conscientes como sensações da série prazer-desprazer. Assim, propõem uma equivalência funcional entre o Eu e os mecanismos cerebrais responsáveis por representações exteroceptivas e entre o Id e os circuitos interoceptivos. A partir dessas considerações, os autores se contrapõem ao fato de Freud nunca ter questionado a suposição de que a consciência é uma função cortical (inclusive citam uma afirmação de Freud a respeito da localização da consciência no córtex em “Além do princípio do prazer”) e dizem que esse corticocentrismo persiste até a atualidade, como nos trabalhos de LeDoux. Eles defendem que as raízes evolutivas da consciência se encontram nas estruturas subcorticais, afirmando que o neocórtex não pode produzi-la sem o tronco encefálico. No entanto, “a contribuição fundamental do córtex para a consciência. . . é a estabilização (e refinamento) dos objetos da percepção e a geração de pensamentos e ideias” (p. 165, tradução nossa), função que eles relacionam às representações, de acordo com Freud.

Então, Solms e Panksepp (2012) lembram que a representação do corpo exterior na consciência se dá de forma semelhante à representação de outros objetos e que, portanto, não é o *self* subjetivo, mas sim uma representação objetiva do *self*, uma abstração que permite ao sujeito pensar sobre si mesmo em relação a outros objetos. Dizem eles: “o *self* central (*core self*), sinônimo do ‘id’ de Freud, é a fonte de toda consciência; o *self* declarativo, sinônimo do ‘ego’ de Freud, é inconsciente em si mesmo” (p.168, tradução nossa). E mais adiante: “Entretanto, a consciência afetiva subjacente é literalmente invisível, então nós temos que traduzi-la em imagens perceptivas e verbais antes de podermos ‘declarar’ sua existência” (p.168, tradução nossa). O desenvolvimento do Eu teria o objetivo de automatizar os processos mentais, diminuindo a imprevisibilidade e a incerteza. Portanto, o mecanismo da repressão consistiria em uma retirada prematura da consciência reflexiva, mediada pela presença afetiva

do Id, daquilo que causa “surpresa”. De qualquer maneira, citando o que Freud escreve em “O inconsciente”, os autores sustentam a ideia de que é da natureza dos afetos serem conscientes, serem percebidos diretamente, sem a necessidade de uma representação ou rotulação tal qual ocorre com objetos externos.

A visão da Neuropsicanálise é condizente com a de A. Damásio. Com relação à consciência, cabe mencionar sua estratificação em *protosself*, *self* central e *self* autobiográfico proposta por Damásio (2011). O *protosself* se fundamenta no mapeamento cerebral do estado geral do organismo e na interocepção, que fornece “algum andaime estável para sustentar aquilo que por fim constituirá o *self*” (p. 240) e cuja principal estrutura envolvida é o tronco cerebral. Porém, apenas mediante a associação de outros conteúdos mentais fornecidos por diversas regiões cerebrais surgirá o *self* central, em que começa a existir um protagonista e o que se pode considerar como subjetividade. Segundo Damásio e Carvalho (2013), as mudanças corporais que resultam de mecanismos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que visam à manutenção ou restauração da homeostase, são percebidas pelo sistema interoceptivo, mapeados pelo cérebro e percebidos conscientemente como sentimentos. Contudo, a interocepção processada pelo tronco encefálico fornece elementos para a formação de emoções primordiais e para a constituição da consciência, mas é necessária a associação de outros elementos psíquicos mais complexos para a existência da consciência reflexiva (com a presença do *self*).

4.4 A CONSCIÊNCIA AFETIVA

Solms (2019) considera que o monismo de duplo-aspecto permite que o mecanismo causal da consciência seja encontrado não nas manifestações do cérebro, mas em sua organização funcional, a qual sustenta as manifestações fisiológicas e psicológicas da experiência subjetiva. Essa visão ampliada da homeostase, que descreve o modo de funcionamento do tronco cerebral que fornece ao córtex a excitação afetiva e as experiências sentidas, permite a compreensão do surgimento da consciência. Aqui a homeostase é compreendida como minimização da energia livre, que implica a geração de afetos e a orientação da percepção e da ação. “Este processo de excitação modulatório, por sua vez, leva ao aprender com a experiência através da reconsolidação, que concede uma enorme vantagem adaptativa sobre tipos mais simples de homeostase” (Solms, 2019, p. 14, tradução nossa).

Solms (2019) afirma que “se nós quisermos identificar um mecanismo que explique o fenômeno da consciência (em ambos os aspectos psicológico e fisiológico), nós devemos focar na função do sentimento – para o qual o termo técnico é ‘afeto’ (p. 3, tradução nossa)”. O autor aplica o princípio da energia livre ao problema da consciência, a qual não considera uma função cortical ou cognitiva, mas sim afetiva. Assim, é a variação da energia livre que influencia o nível de consciência, sendo que, em termos termodinâmicos, a energia livre se refere à entropia e, na perspectiva neurofisiológica, à excitação. É a condição de excitação que sustenta o estado de vigília. A função do córtex seria de estabilizar a consciência em vez de gerá-la, ligando a excitação afetiva e transformando-a em cognição consciente. Portanto, a consciência é fundamentalmente afetiva e é isto que permite que o sujeito seja capaz de ter experiências, ou seja, assim se constitui a subjetividade.

De acordo com Solms (2019), os sentimentos são importantes para os organismos complexos, pois ajudam a identificar desvios dos parâmetros homeostáticos em contextos imprevisíveis. Essa capacidade de adaptação viabiliza o aprendizado com a experiência e que o indivíduo transcenda as respostas automáticas que são apropriadas às situações previsíveis. A qualidade afetiva funciona de modo que desvios da homeostase (aumento da incerteza – entropia) são sentidos como desprazer e a recuperação do estado homeostático (diminuição da incerteza) é sentido como prazer. Desta forma, o valor da consciência para a adaptação está em capacitar o sujeito a priorizar ações que serão mais vantajosas em determinado contexto, monitorando e mantendo sua integridade funcional e estrutural.

Solms (2019) explica como os reflexos autonômicos se tornam pulsões (*drives* ou impulsos instintuais). Segundo ele, o monitoramento do corpo realizado pelos núcleos da medula espinhal, pelo tronco encefálico e pelo diencéfalo é capaz apenas de satisfazer as necessidades endógenas através de ajustes internos autonômicos. Na medida em que uma ação no meio externo é necessária, os reflexos se transformam em pulsões, ou seja, os detectores de necessidades interoceptivos disparam, além das respostas fisiológicas autonômicas, os sentimentos de fome, sede etc., os quais levarão a comportamentos de busca por satisfação. O desejo que se torna consciente e, então, é satisfeito viabiliza a aprendizagem por meio das experiências, tornando previsíveis as relações entre as necessidades e seus respectivos objetivos e objetos de satisfação.

Solms (2019) questiona como surge a própria homeostase e propõe que sistemas auto-organizados como o organismo humano devem resistir à entropia, ou seja, manterem-se em estados que evitem sua dispersão e dissipação. A energia livre fornece a condição para que os

seres vivos sejam guiados por estados sensitivos e funcionem de modo a minimizá-la. Deste modo, os estados homeostáticos são recuperados e mantidos. Portanto, a subjetividade é constituída graças à consciência de si que resulta do monitoramento contínuo dos estados internos que visa à preservação da vida, em contraposição às forças dissipativas (da entropia). A transição de estados inconscientes (proto-mentais) de regulação vital para estados dotados de consciência (realmente mentais) tem relação com o aumento da complexidade, que é resultante da multiplicidade dos subsistemas que devem funcionar de modo coordenado e organizado (digestório, respiratório, imunológico etc.). O sistema nervoso pode ser considerado um meta-sistema que desempenha funções meta-homeostáticas, orquestrando vários subsistemas. As sensações e sentimentos servem para eleger as prioridades e ordenar as ações, em função do que é percebido como prazer ou desprazer e qualificado como “bom” ou “ruim”. Como no universo biológico as mudanças dos meios interno e externo são a regra, um estado de constância, como de Nirvana, não é possível.

Situações imprevistas, que geram emoções e comportamentos adaptativos, representam a possibilidade de se aprender com as experiências e, assim, transcender as respostas inatas automáticas. Porém, para a otimização das respostas do indivíduo, o que é aprendido e se mostra confiável é automatizado através da consolidação nos sistemas de memória procedural (não declarativa). Os sistemas corticais de memória declarativa podem prontamente recuperar os traços de memória de longo prazo e transformá-los em memória de trabalho consciente (de curto prazo) para atualizá-los, selecionando-os em função da saliência de suas representações determinada, por sua vez, pelos afetos homeostáticos (sensórios e emocionais). “A função essencial do córtex é então revelada como sendo a estabilização dos processos executivos não declarativos – elevando-os assim a um nível mais alto de catexia (isto é, o estado ligado) – o qual é a essência do que chamamos (por uma boa razão) de memória de trabalho” (Solms, 2019, p. 14, tradução nossa). O processo de consolidação pode ser revertido e os traços de memória de longo prazo podem se tornar lábeis para permitir sua alteração (reconsolidação) baseada em novos sentimentos e novas qualidades atribuídas a eles cognitivamente.

A perspectiva neuropsicanalítica sobre o consciente e o inconsciente permite repensar esses aspectos do Eu e do Id. Solms (2017, p. 01, *itálicos do autor*, tradução nossa) diz o seguinte:

. . . a parte do cérebro que realiza as funções que Freud atribuiu ao id – o que significa dizer, a parte do cérebro que gera impulsos e instintos e funciona de acordo com o princípio do prazer – é consciente. Na verdade, ela é a fonte de toda consciência: a base do ser consciente. Na minha visão, o material fundamental da consciência não é a *percepção* (como Freud afirmou), mas sim

a *excitação [arousal]*. . . o que Freud denominou “ego” – ou a parte do cérebro que realiza as funções que Freud atribuiu ao ego – atualmente é considerado intrinsecamente inconsciente; e (eu argumentarei aqui) as funções do ego só se tornam conscientes quando elas são ativadas pelo id.

Essa visão é consoante com as explicações que Damásio oferece sobre a consciência e o papel das emoções e sentimentos para sua existência. As necessidades do organismo, que funcionam sob o crivo da homeostase, geram estados de excitação que são sentidos conscientemente por meio dos sentimentos. Isto é, são as demandas do corpo que fazem a mente trabalhar. Inclusive, é possível distinguir três tipos de afetos: os que podem ser denominados homeostáticos (impulsos), os afetos emocionais (instintos) e os reflexos (sensoriais); os dois últimos são ligeiramente mais complexos que os primeiros, pois não fazem somente o registro do estado corporal, mas não são menos importantes para a sobrevivência.

Portanto, de acordo com Solms (2017), o sujeito dotado de consciência é acima de tudo um sujeito afetivo, pois esta é a condição para que ele seja capaz de experienciar as representações perceptuais e cognitivas. “O sujeito da consciência é primário. A forma secundária de consciência (perceptual e cognitiva) é alcançada somente quando o sujeito da consciência *sente* seu caminho em suas percepções e cognições, os quais são por si mesmos inconscientes” (Solms, 2017, p. 3, *itálico do autor*, tradução nossa).

De acordo com Solms (2017), as funções do Id são inatas, regulam as necessidades biológicas do organismo e cada necessidade coincide com um sentimento diferente. O Ego, ao contrário, aprende pela experiência, construindo representações. Ele está fundamentalmente vinculado à memória, a qual não faz um registro passivo e permanente das experiências, mas é flexível, maleável, de modo a permitir que o Ego aprenda como satisfazer as demandas vitais e reprodutivas do Id no mundo exterior, ou seja, que o Ego aprenda a lidar com seus sentimentos (homeostáticos e emocionais) que são os representantes psíquicos de suas necessidades. Portanto, a função fundamental do Ego é fazer predições (planos de ação) de como poderá satisfazer suas necessidades no ambiente externo. Essas predições devem ser periodicamente atualizadas a partir das experiências vivenciadas. O processo de atualização das predições que não são efetivas requer a ocorrência da reconsolidação da memória, por meio da qual ela é reeditada. A reconsolidação da memória exige sua evocação, evidentemente um processo cognitivo consciente, que adentra o âmbito da memória de trabalho, permitindo ao ego repensar seus planos de ação. No entanto, a memória de trabalho é um recurso limitado, por isso existe certa resistência à reconsolidação e preferimos confirmar nossas predições. Elas são repetidas, porque são executadas automaticamente, até que o sujeito se depara com um erro de predição.

Então, uma necessidade não satisfeita ativa o psiquismo para trabalhar em prol de sua satisfação e evitar o desprazer ocasionado.

O objetivo final da aprendizagem é solucionar permanentemente nossos problemas. Na medida em que esse objetivo é alcançado, as predições podem ser automatizadas, principalmente nos sistemas de memórias procedurais e emocionais, os quais não têm caráter representacional, não têm associações “pensáveis”; são não declarativos. Ou seja, não há um sujeito para fazer a atualização da memória de trabalho. Essas memórias são indelévels e caracterizam o que Freud chamou de processo primário, no qual A dispara B, sem que exista algo entre eles, sem que um sujeito reflita sobre isso, sem que ocorra o processo secundário. Contudo, o fato de que estes processos sejam automáticos, sem mediação e não declarativos não impede que suas causas e consequências sejam sentidas conscientemente.

Como foi exposto, Solms e outros pesquisadores da Neuropsicanálise repensaram a metapsicologia freudiana a partir de dados provenientes das neurociências, principalmente de sua vertente conhecida como Neurociência Afetiva. Nessa área de intersecção, Solms (2018) estabelece os pressupostos do funcionamento da mente emocional:

1) nós nascemos com necessidades inatas, que são sentidas e expressadas como emoções. Ele menciona as emoções básicas descritas por Panksepp e Watt (2011a, 2011b): *instinto de busca* (ou forrageamento), sentido como gostar de algo, ter interesse, curiosidade; *necessidade de ter parceiros sexuais*, sentida como desejo sexual; *necessidade de escapar de situações perigosas*, sentida como medo; *necessidade de destruir objetos que frustram* ou que impedem a satisfação, sentida como raiva; *necessidade de estabelecer vínculos* com aqueles que cuidam de nós, cuja separação nos causa pânico e cuja perda é sentida como desespero; *necessidade de cuidar dos outros*, o chamado instinto materno; e a *necessidade de brincar*, por meio da qual são formadas hierarquias sociais e as fronteiras entre os grupos são mantidas. Essas emoções básicas disparam comportamentos instintivos, que são planos de ação inatos que nós desempenhamos para atender às nossas necessidades.

2) o principal objetivo do desenvolvimento mental é aprender quais são os melhores planos de ação para atender às necessidades num determinado ambiente, pois os programas inatos precisam ser ajustados às experiências reais. Além disso, podem entrar em conflito um com o outro (ex: curiosidade x medo). Muitas vezes, é preciso encontrar modos indiretos de obter satisfação, por meio de substitutos ou pela imaginação. Como nossas necessidades são sentidas como emoções, planos de ação bem-sucedidos contribuem para a regulação emocional.

3) a maioria de nossos planos de ação são executados de forma inconsciente. Pelo fato de que nossa consciência, que corresponde à memória de trabalho, é um recurso limitado, as soluções aprendidas para os problemas da vida são consolidadas e automatizadas, para serem mais eficientes. Porém, não apenas os planos de ação bem-sucedidos são automatizados. Alguns deles que são automatizados de forma prematura ou ilegítima, por exemplo, aqueles realizados na infância que, na época, foram o melhor que a criança poderia fazer. Para que esses planos sejam revisados e atualizados, é preciso que sejam reconsolidados, ou seja, é necessário que voltem à consciência para que os registros na memória de longo prazo possam se tornar lábeis novamente. Isso não é fácil, uma vez que o mecanismo da repressão implica em resistência para a reconsolidação.

A seguir, apresentaremos noções psicanalíticas sobre a constituição do Eu, enfocando principalmente o narcisismo primário e o secundário, o papel da relação com aquele que exerce função materna nas fases iniciais do desenvolvimento e o percurso que vai desde a onipotência infantil, passa pela constatação de sua impotência e culmina no desenvolvimento de uma percepção mais realista de suas potencialidades. Esse processo tem implicações para a predisposição à depressão, caso não seja percorrido em companhia do exercício empático da função materna.

Para essa discussão, incluiremos a perspectiva da psicanálise afetiva, segundo a denominação de Andrade (2017) para a moderna terapia psicanalítica, que se fundamenta na intersubjetividade e nas relações objetais e se sustenta na reprodução da relação mãe-bebê virtualmente no *setting* analítico por meio da transferência. Este psicanalista oferece uma leitura acerca do narcisismo pertinente às nossas proposições interdisciplinares, percorrendo sobre o narcisismo primário e o secundário, segundo uma temporalidade que, se num primeiro olhar, pode parecer uma visão desenvolvimentista, na verdade não se opõe à atemporalidade do inconsciente dinâmico. O desenvolvimento do Eu requer tempo para que o sujeito tenha suas experiências, mas conteúdos psíquicos e modos de funcionamento psicodinâmicos persistem ao longo da vida e podem se sobressair conforme ele se defronte com novas vivências com potencial para reativá-los e trazê-los à tona. De acordo com este autor, a psicanálise do século XXI é amparada, progressivamente, em elementos neurocientíficos (sobre a afetividade, a memória etc.), que permitem novas compreensões teóricas e aprimoramentos técnicos. Nesta vertente, as estruturas afetivas inconscientes adquirem maior relevância e protagonismo, para além dos elementos cognitivos-ideativos, alvos de interpretações, principalmente daquelas direcionadas à libido reprimida.

5 A MENTE *INTRA* E *INTERSUBJETIVA*

*It's a fragile thing, this life we lead,
If I think too much, I can't get over
When by the grace, by which we live
Our lives with death over our shoulders
(Sirens / Pearl Jam)⁵*

5.1 O EU EM CONSTRUÇÃO: NARCISISMO, IDENTIFICAÇÕES E IDEAIS

O narcisismo é um dos conceitos mais relevantes da literatura psicanalítica para a compreensão da constituição do psiquismo e da depressão. Freud (1914/2010a, p. 17) considera a existência de um narcisismo primário e um secundário: “Formamos assim a ideia de um originário investimento libidinal do Eu, de que algo é depois cedido aos objetos, mas que persiste fundamentalmente, relacionando-se aos investimentos de objeto”. A definição de narcisismo primário é um tanto controversa, de acordo com Laplanche e Pontalis (2000), por se referir a uma fase do desenvolvimento sexual supostamente anobjetal, difícil de determinar cronologicamente, em que a libido da criança estaria investida no próprio Eu e que seria caracterizada pela onipotência de seus pensamentos. Divergências à parte, ficamos com a proposição desses autores, que designam pelo termo narcisismo primário uma fase inicial do desenvolvimento que se caracteriza pelo surgimento de um esboço do Eu investido pela libido, sendo que o predomínio do investimento em si mesmo não impede que existam investimentos objetais concomitantemente.

Embora o narcisismo remeta a uma relação consigo mesmo, trata-se na verdade de um processo em que a presença do outro é fundamental. A princípio, não existe de fato o reconhecimento da outra pessoa como tal, pois o sujeito em constituição está identificado com ele. No entanto, o Eu se origina a partir dessa relação primordial. A constituição do Eu como unidade psíquica sobrevém da imagem que o sujeito adquire de si mesmo de acordo com o modelo do outro, isto é, ele se define através da identificação com essa imagem. Portanto, ressaltamos a presença do elemento intersubjetivo nesse processo:

⁵ É uma coisa frágil, esta vida que levamos / Se eu penso demais, não consigo superar / Quando pela graça, pela qual nós vivemos / Nossas vidas com a morte sobre os nossos ombros (*Sirens / Pearl Jam*)

. . . o narcisismo – mesmo ‘primário’ – não é um estado do qual estaria ausente toda e qualquer relação intersubjetiva, mas a interiorização de uma relação. É essa justamente a concepção que ressalta de um texto como *Luto e melancolia* (*Trauer und Melancholie*, 1916), onde Freud parece não ver no narcisismo nada mais do que uma ‘identificação narcísica’ com o objeto (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 288).

Roudinesco e Plon (1998, p. 531) também escrevem que o narcisismo primário pode ser considerado “contemporâneo da constituição do eu”, pois corresponderia à unificação das pulsões sexuais parciais. Quanto ao narcisismo secundário, explicam que não se restringe à retirada dos investimentos em objetos externos, pois os investimentos libidinais do Eu e dos objetos coexistem em todos os seres humanos. Freud (1914/2010a) questiona por que é preciso que a psique invista libido em objetos externos, ultrapassando o narcisismo inicial. Ele mesmo responde que o investimento do Eu não pode ultrapassar certa medida, pois “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar” (p. 29).

No narcisismo, encontra-se o princípio do ideal do Eu. Os conceitos de ideal do Eu e de Eu ideal ora convergem, ora são diferenciados na literatura psicanalítica. Porém, Freud não distinguiu *Idealich* (Eu ideal) e *Ichideal* (ideal do Eu), de acordo com Laplanche e Pontalis (2000). Em “O Eu e o Id”, Freud (1923/2011a) fala do Super-eu (ou superego) e do ideal do Eu como sinônimos. Tendo em vista a função do ideal como atribuição de uma instância psíquica diferenciada pertencente ao Super-eu, vamos entender esses termos pautados em suas semelhanças, no que se referem a ideais narcísicos marcados pela onipotência infantil, sem considerar as distinções feitas por autores posteriores a Freud. Tais ideais, moldados a partir do narcisismo, participam tanto da consciência moral (da qual pode se originar sentimento de culpa) quanto da configuração de modelos almejados (dos quais pode resultar sentimento de inferioridade). Portanto, optamos por utilizar os termos ideal do Eu e Eu ideal de maneira equivalente como Freud, mantendo um ou outro de acordo com a sua utilização na literatura consultada. De todo modo, a noção essencial é a de que o sujeito tem ideias sobre si mesmo – e de como deveria ser – que são construídas a partir de suas primeiras relações interpessoais.

Segundo Freud (1914/2010a, p. 40), aquilo que o indivíduo “projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal”. Assim, diante de obstáculos para a satisfação narcísica, é possível obtê-la por meio do ideal do Eu. O sujeito faz uma escolha narcísica do objeto de amor, ou seja, ama o que foi no passado e não é mais ou aquilo que gostaria de ser. Essa é uma estratégia importante no caso dos neuróticos que se encontram incapazes de atingir o ideal, devido aos investimentos excessivos

em objetos e o conseqüente empobrecimento do Eu. Desse modo, eles podem escolher objetos narcísicos nos quais reconhecem méritos inalcançáveis para si mesmos.

Embora possamos considerar o narcisismo secundário como a superação normal do narcisismo primário ao longo do desenvolvimento, outra definição de narcisismo secundário se refere ao retorno ao Eu da libido que estava investida em objetos, por meio de identificações. Esse processo remete à neurose narcísica, caracterizada pela retirada da libido dos objetos e seu investimento no Eu, que corresponderia às psicoses e estaria em oposição às neuroses de transferência. No entanto, Laplanche e Pontalis (2000, p. 313) elucidam que, em 1924, Freud restringe seu uso “às afecções do tipo melancólico, diferenciando-as quer das neuroses de transferência, quer das psicoses”.

Seguindo com Freud (1920/2010e), encontramos a noção de ferida narcísica, que pode ser instaurada em idade precoce, na ocasião do declínio da sexualidade infantil, em função da incompatibilidade entre desejos e a realidade, deixando um dano permanente na autoestima. Em função dos limites de seu desenvolvimento físico, as pesquisas sexuais da criança e seus laços amorosos culminam em desilusão e insatisfação, gerando a ideia de: “‘Não consigo realizar nada, nada dá certo pra mim’. . . palavras sérias e um eventual castigo lhe revelaram enfim todo o *desdém* de que era alvo” (Freud, 1920/2010e, p. 180, *itálico do autor*).

Outros dois conceitos fundamentais em Psicanálise intimamente relacionados ao narcisismo são os de regressão e de identificação. No que se refere à regressão narcísica, é preciso compreender primeiramente que o termo regressão pode ser considerado no sentido tópico – sendo um retorno, ao longo de sistemas psíquicos, em direção inversa àquela que a excitação transita normalmente; no sentido temporal – que corresponde a um retorno a fases anteriores do desenvolvimento libidinal e de relações objetais; ou no sentido formal – em que “a regressão designa a passagem a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação” (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 440). Freud (1923/2011a), na obra “O Eu e o Id”, escreve:

O Eu, inicialmente ainda frágil, toma conhecimento dos investimentos objetais, aprova-os ou procura afastá-los mediante o processo da repressão. Se um tal objeto sexual deve ou tem de ser abandonado, não é raro sobrevir uma alteração do Eu, que é preciso descrever como o estabelecimento do objeto no Eu, como sucede na melancolia; ainda não conhecemos as circunstâncias exatas dessa substituição. Talvez, com essa introjeção que é uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, o Eu facilite ou permita o abandono do objeto. Talvez essa identificação seja absolutamente a condição sob a qual o Eu abandona seus objetos (p. 35-36).

Em uma nota de rodapé na mesma obra (Freud, 1923/2011a) compreende-se que a libido que aflui para o Eu por meio de identificações constitui o narcisismo secundário. Com relação

à identificação narcísica, vejamos a definição de Laplanche e Pontalis (2000) sobre identificação: “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (p. 226), sendo, portanto, “a operação pela qual o sujeito humano se constitui” (p. 227). Além disso, de acordo com Laplanche e Pontalis (2000), Freud considera que, na melancolia, “o sujeito se identifica de modo oral com o objeto perdido, por regressão à relação de objeto característica da fase oral” (p. 228), lembrando que a denominada identificação primária é correlacionada à incorporação oral (que é marcada pela ambivalência), sendo que a secundária se estabelece consecutivamente a uma relação de objeto propriamente dita. A modalidade de identificação que nos interessa especialmente para a compreensão dos transtornos depressivos é a definida por Laplanche e Pontalis (2000) como um “substituto regressivo de uma escolha de objeto abandonada” (p. 229), pois, como veremos, muitos autores consoantes com Freud fazem referência à identificação com o objeto de amor que foi perdido que ocorre nos casos de depressão.

5.2 AMBIVALÊNCIA E PULSÕES DE VIDA E MORTE

A ambivalência se refere, principalmente, à coexistência de amor e ódio por um mesmo objeto. Entretanto, não se restringe à afetividade, pois é possível que se manifeste em contradições em um nível intelectual, com a formulação de proposições contraditórias pelo mesmo sujeito, ou em atitudes opostas. Por isso, Laplanche e Pontalis (2000) enunciam a amplitude desse conceito que serve “para designar as ações e os sentimentos resultantes de um conflito defensivo em que entram em jogo motivações incompatíveis. . . [que] constituem uma oposição não dialética, insuperável para o sujeito que diz ao mesmo tempo sim e não” (p. 18). Corradi (2013) considera essencial o entendimento da ambivalência para a compreensão e o tratamento psicodinâmico dos transtornos mentais. No caso das depressões, ressalta o papel da agressividade reprimida associada à perda, que é dirigida ao *self* com a cumplicidade do superego.

Em “Os instintos e seus destinos”, Freud (1915/2010c) aborda a ambivalência encontrada no par de opostos atividade-passividade, que é um dos pares primordiais da vida psíquica. As pulsões são essencialmente ativas, embora possam existir pulsões de meta passiva,

como no masoquismo em que o sujeito quer ser maltratado. Nesse caso, o Eu passivo (masoquista) “responde à reivindicação pulsional por uma atividade, a fim de se colocar na situação de satisfação” (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 43), ou seja, o Eu reassume o lugar cedido ao outro sujeito (ativo/sádico) por meio da fantasia, amparada em sua identificação com ele. Segundo Freud (1915/2010c), uma organização narcísica do Eu permite a conversão da pulsão ativa em passiva. Acerca do sadismo e do masoquismo, considerando-se a sua indissociabilidade, podemos falar em sadomasoquismo, pois eles têm íntima correlação em sua origem e em suas manifestações, de acordo com a definição de Laplanche e Pontalis (2000). No âmbito intrapsíquico, uma relação sadomasoquista pode ocorrer entre as instâncias psíquicas: “A função intrassubjetiva do par sadismo-masoquismo foi descoberta por Freud principalmente na dialética que contrapõe superego sádico e ego masoquista” (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 468).

Outros dois conceitos fundamentais em nossas discussões são os de pulsão de vida e pulsão de morte (também traduzidos como instintos), que foram introduzidos na obra “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920/2010e). Lembramos que, em “Introdução ao narcisismo” (Freud, 1914/2010a) e em “Os instintos e seus destinos” (Freud, 1915/2010c), Freud ainda propõe apenas a existência de dois grupos de pulsões: as de autoconservação e as sexuais, estabelecendo uma oposição entre as pulsões do Eu e as sexuais, que são voltadas para o objeto. Freud (1920/2010e) explica em uma nota de rodapé que posteriormente identificou que uma parte das pulsões do Eu são também libidinais e tomam o próprio Eu como objeto. Por isso, as pulsões de autoconservação narcísicas foram incluídas entre as pulsões sexuais libidinais. Assim, constituiu-se uma nova oposição: entre as pulsões libidinais (do Eu e do objeto) e as pulsões de morte (de destruição). Segundo Freud (1920/2010e, p. 202, *itálico do autor*), “*Um instinto seria um impulso, presente em todo organismo vivo, tendente à restauração de um estado anterior, que esse ser vivo teve de abandonar por influência de perturbadoras forças externas*”, ou seja, tem natureza conservadora. Ele prossegue com sua argumentação: “Portanto, se todos os instintos orgânicos são conservadores, historicamente adquiridos e orientados para a regressão, o restabelecimento de algo anterior, temos de por os êxitos do desenvolvimento orgânico na conta de influências externas, perturbadoras e desviantes” (p. 203-204). Então, conclui que “todo ser vivo morre por razões *internas*, retorna ao estado inorgânico, então só podemos dizer que *o objetivo de toda vida é a morte*, e, retrospectivamente, que *o inanimado existia antes que o vivente*” (p. 204, *itálicos do autor*). Assim, distingue “duas espécies de

instintos, aqueles que pretendem conduzir a vida à morte e os sexuais, que sempre buscam e efetuam a renovação da vida” (p. 214).

5.3 NARCISISMOS: DA ONIPOTÊNCIA ÀS POTENCIALIDADES REAIS

Essas noções metapsicológicas da constituição do Eu e de seu ideal, do narcisismo e das pulsões de vida e morte são essenciais para a compreensão do psiquismo e do adoecimento psíquico. Na sequência, abordamos a releitura dessas concepções freudianas realizada por Victor Manoel Andrade, psicanalista didata da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, sob a perspectiva da psicanálise afetiva. Ele apresenta algumas ideias em que convergem elementos da Psicanálise e das Neurociências, importantes para nossas construções interdisciplinares. Daqui em diante, adentramos mais nos quadros melancólicos e/ou depressivos.

De acordo com Andrade (2014), a partir da unificação realizada por Freud das pulsões sexual e do Eu como pulsão de vida, em oposição à de morte, o narcisismo pode passar a ser concebido como um estado original do *trieb* de vida. A partir da identificação do Eu com o objeto que realiza a função materna, ele é investido por este *trieb*. Portanto, o narcisismo não se trata de um direcionamento da libido sexual para o Eu. Segundo Andrade (2017) o Eu tem uma energia própria, o que leva a reconhecer o narcisismo de modo dessexualizado, ou seja, não mais como um tipo de investimento libidinal.

O narcisismo primário se configura por meio da fusão sujeito-objeto. Dessa forma, as funções que garantem sua sobrevivência, mas são exercidas pelo outro, são vivenciadas como desempenhadas por si próprio, o que leva o sujeito à própria onipotência. Ela é confrontada com a realidade à medida que o sujeito reconhece o objeto como separado de si mesmo. Isso ocorre conforme o bebê vive experiências de satisfação e frustração de suas necessidades, considerando-se que a mãe (ou quem exerça seu papel) tenha capacidade empática. Frente ao reconhecimento de sua impotência, o sujeito introjeta o objeto para assegurar a potência do outro para si mesmo. Esse processo leva ao narcisismo secundário, no qual é possível reconhecer suas próprias potencialidades, evitando os extremos da onipotência ou da impotência. Ao longo do processo evolutivo, o narcisismo primário é atenuado e se constitui o narcisismo secundário, o qual configura o Eu ideal que deve estar em equilíbrio com as relações objetais das quais depende sua sobrevivência, segundo Andrade (2014).

Em condições favoráveis, o sujeito chegará ao narcisismo secundário e haverá a constituição de uma autoestima adequada. Esta se origina dos resquícios da onipotência inicial, das realizações condizentes com os ideais internalizados e das relações objetais. Como na melancolia estão presentes uma baixa autoestima e um sentimento de impotência, pode-se supor que houve problemas no movimento que vai do narcisismo primário ao secundário (onipotência – impotência – potência). Nesse caso, compromete-se a constituição do Eu e seu cuidado e amor por si mesmo, havendo um desequilíbrio entre o *trieb* investido em si e nos objetos com quem estabelece suas relações. É importante lembrar que, em circunstâncias potencialmente geradoras de feridas narcísicas, como frustrações e perdas, o narcisismo primário poderá eclodir, pois permanece na mente de todas as pessoas. De acordo com Andrade (2014, p. 187): “além de falhas estruturais, a internalização desse tipo de objeto [pouco empático] propicia que o narcisismo secundário seja impregnado pelo primário, de modo a estruturar um superego com ideal de perfeição inatingível”.

Conforme explica Andrade (2014), a introjeção do objeto que ocorre no narcisismo secundário serve também para a formação do ideal do Eu, cujo desdobramento será o Super-eu. O objeto visto como onipotente se torna o ideal a ser alcançado pelo Eu original. Contudo, ele é concomitantemente invejado e idealizado. Dependendo do sucesso da transição do narcisismo primário para secundário, o sujeito apresentará uma relação saudável ou patológica entre o Eu e Super-eu, em maior ou menor medida. Um Eu bem desenvolvido é menos submisso ao Super-eu e capaz de anexar parcelas do Id. Nos quadros melancólicos, podemos dizer que houve o desenvolvimento de um Super-eu crítico, perante o qual o Eu se vê impotente e não consegue utilizar os impulsos instintuais (*triebe*) do Id a seu favor, o que o torna desvitalizado.

Caso o objeto que exerceu a função materna (que prestou os cuidados necessários à sobrevivência em fases precoces) tenha sido insuficientemente empático e oferecido demasiadas frustrações, o processo de transição entre o narcisismo primário (em que há onipotência absoluta por identificação com o objeto, sem que este seja percebido como um outro separado) e o secundário (em que há a noção de objeto, perda da onipotência e tentativa de recuperação por meio da introjeção) é prejudicado. Andrade (2014) explica que a constituição do Eu depende da qualidade da internalização do objeto, pois a criação do Eu ideal resulta desse processo (lembrando que não diferenciamos esse conceito de ideal do Eu, importando mais a função do ideal no psiquismo). O Eu ideal, subsequentemente, participará da estruturação do Super-eu que, caso tenha caráter protetor, irá garantir autoestima adequada para que o Eu possa se desenvolver de modo independente, ciente de suas potencialidades e

limitações. Seguindo o curso esperado do desenvolvimento, caso o objeto exerça adequadamente suas funções (havendo equilíbrio entre satisfações e frustrações / prazer e desprazer), o sujeito parte da onipotência do narcisismo primário, passa pela impotência diante da “perda” do objeto (por vê-lo separado de si mesmo) e chega à potência do narcisismo secundário, recuperando-o por meio da introjeção. Esse processo seria um precursor para se lidar com perdas significativas posteriormente.

Alinhados ao pensamento de Andrade (2014), podemos supor que, na melancolia, o indivíduo não desenvolveu adequadamente o narcisismo secundário; que houve o registro mnêmico (implícito) de sensações predominantemente desprazerosas, desconfortáveis, angustiantes, sentidas, possivelmente, como ameaça à vida, diante da qual o sujeito se vê vulnerável e impotente. Por isso, perdas significativas ao longo da vida são potencialmente traumáticas, pois excedem a capacidade do sujeito de lidar com elas. Então, caso predominem frustrações ao longo do desenvolvimento psíquico, a potência e a autoestima percebidas pelo Eu ficarão comprometidas. Desse modo, existirão falhas na constituição do Eu e nas suas relações intrapsíquicas (com seu ideal / Super-eu) e intersubjetivas (com seus objetos de amor). Isso pode levar ao desenvolvimento de personalidades psicóticas, *borderline* ou melancólicas.

Na melancolia, as relações objetais são muito ambivalentes. O objeto que gera frustrações também decepciona. O Eu tem que enfrentar sua vulnerabilidade e ameaça à sua vida com um objeto que se mostra incapaz ou indiferente. O objeto internalizado que se mostra decepcionante, não deixa de ser severo e ameaçador. Assim, o sujeito pode odiá-lo e odiar a si mesmo. O ideal que não demonstra compaixão e não oferece acolhimento, lança o sujeito numa situação de desamparo interno e externo. Nessa situação, ele não crê na possibilidade de alívio ao seu sofrimento nem que possua valor e seja amado pelo outro. O Eu se vê frente a um ideal inalcançável e seu amor próprio é abalado. Do mesmo modo, suas relações objetais não se consolidam de modo a lhe prover o amor que necessita, pois são comprometidas pela persistência do narcisismo primário. Isso também priva o Eu de outra fonte que nutre a autoestima: as relações com objetos de amor. A perda de um objeto de amor que contribui para a manutenção de uma imagem de si próxima do ideal pode desencadear quadros melancólicos, quando não há a internalização dos aspectos bons do objeto perdido, os quais poderiam preservar a potência do Eu e a sua autoestima.

A partir das ideias de Andrade (2014), temos que o bebê é, originalmente, impotente diante dos desafios da sobrevivência e da manutenção da vida. Sua impotência, vulnerabilidade e desamparo são amenizados através do cuidado materno. A Psicanálise nos ensina que o estado

inicial é de indiferenciação e de identificação entre o bebê e a mãe (ou quem exerça a maternagem) e disto decorre sua onipotência narcísica (primária). À medida que o bebê se diferencia da mãe, ele é confrontado com sua impotência e vulnerabilidade. Gradualmente, internaliza aspectos da mãe para garantir sua potência. Uma mãe empática garantirá a satisfação das necessidades da criança e frustrações na medida certa. Haverá predomínio de aspectos bons internalizados. Faltando-lhe empatia, haverá demasiadas frustrações e o universo mental infantil será povoado por aspectos maus. Resultará difícil ascender ao narcisismo secundário que garantiria suas potencialidades e sua autoestima. Caso isto aconteça, o sujeito pode ter dificuldade em estabelecer relações em que os outros sejam efetivamente vistos como sujeitos que contribuem para seu desenvolvimento afetivo e que não representam apenas objetos de sustentação de um narcisismo deficitário. A perda desses objetos significa a perda do amor próprio, da segurança, da potência e o sujeito se vê vulnerável e desamparado.

Nesse cenário, o que acontece com os *triebe* (de nutrição, sexual e agressivo) considerados por Andrade (2015)? Tornam-se enfraquecidos e o sujeito fica desvitalizado. A repetição de experiências frustrantes imprime a marca da impotência, do “não importa o que eu faça”, da desesperança. Compromete o desejo. Leva ao isolamento, à avolia, à anedonia e, mesmo, ao apragmatismo. Há alterações do sono, do apetite, da libido. As funções cognitivas (atenção, concentração, raciocínio lógico etc.) também são comprometidas e pensar se torna difícil. Vem à tona o processo primário, em que o tecido de associações entre representantes psíquicos não dá conta de conter as quotas de afeto e há prejuízo do pensamento lógico.

Seguindo com Andrade (2015), além do enfraquecimento dos *triebe* (como uma atrofia), o *trieb* agressivo, cujo objetivo original é a autopreservação (por ex. a autodefesa), dirige-se de forma destrutiva ao próprio Eu. Isso permite uma analogia com as doenças autoimunes, nas quais o sistema imunológico se volta contra o próprio organismo ao identificá-lo como elemento estranho e potencialmente nocivo (objeto internalizado?). A relação com o objeto é ambivalente por um misto de amor e submissão (por dependência visando à sobrevivência) e ódio decorrente das frustrações por falta de empatia e, assim, do reconhecimento das reais necessidades do sujeito. Lembrando que o Super-eu se constituiu pela introjeção de um objeto que decepcionou no sentido de não ser (oni) potente como esperado, ou seja, embora crítico por representar leis, regras e padrões a serem seguidos e, de qualquer modo, prover o necessário para a sobrevivência, falhou em empatia. Portanto, o Eu diante de suas falhas estruturais e consequentes sentimentos de impotência e menos-valia, torna-se seu crítico severo, havendo diminuição da autoestima. Falta-lhe autocompaixão. Não se constituiu adequadamente um Eu

ideal, que pudesse nortear as aspirações e ações do sujeito. Impotente e sem um modelo a seguir, com sentimentos de raiva, frustração e angústia, fica paralisado. A agressividade é, de certo modo, desvirtuada para a destrutividade. O objeto interno (contido no Eu) é atacado, porque é visto como nocivo. Entretanto, é uma tentativa (falha) de defesa, em que o próprio sujeito é (auto) atacado.

De acordo com Andrade (2015), a irritabilidade é sinal de raiva pelos registros de desprazer (frustrações e de ameaça à vida). A impotência gera sensação de vulnerabilidade. Há agressividade disfuncional, sem haver ameaça real proporcional à reatividade emocional do sujeito. Explosões de raiva/agressividade são, às vezes, catárticas. O *trieb* de agressão só é reprimível em parte por ser fundamental para o exercício de funções vitais; só a parte reprimível é passível de sublimação; a irreprimível requer reorientação catártica. Os sinais e sintomas depressivos não podem ser compreendidos somente como sintomas no sentido de formações de compromisso de algo recalcado. Cabe uma observação: o *trieb* de nutrição é irreprimível e o sexual pode ser completamente sublimado por ser o único passível de repressão e supressão. Portanto, o *trieb* agressivo pode estar sujeito a processos repressivos, sublimatórios e catárticos (descargas diretas). O *trieb* sexual só atinge a plenitude na adolescência, quando a mente já está mais desenvolvida para conter seu ímpeto. O *trieb* agressivo, já está presente e se manifesta desde o princípio da vida, quando ainda não houve desenvolvimento suficiente para dar conta da agressividade (assim é mais fácil se transformar em destrutividade).

A partir do pensamento de Andrade (2015), adotamos uma hipótese acerca do desenvolvimento da melancolia de modo análogo àquela proposta por ele sobre os casos *borderline*, que são explicados por uma expressão anômala do *trieb* agressivo, devido à deficiência da empatia materna. De acordo com o psicanalista, pode existir uma tendência à destrutividade e a ações agressivas impulsivas ou “haver uma passividade indefesa diante de agressões externas, situações em que o *trieb* agressivo costuma ser alocado no superego, voltando-se contra o próprio ego” (p. 157). Falhas estruturais do Eu originárias de fases primordiais do desenvolvimento psíquico predispõem o sujeito a patologias narcísicas, exemplificadas pelas do tipo *borderline*, por Andrade (2017), mas que supomos que estejam presentes também na melancolia, considerada uma neurose narcísica. Nessa patologia, podemos considerar que o *trieb* agressivo mune o Super-eu contra o Eu, adquirindo um caráter destrutivo e, portanto, desvirtuado, indo de encontro ao propósito original da preservação do indivíduo.

Schalkwijk (2018) propõe uma nova conceituação do Super-eu como um sistema de regulação psíquica para a autoavaliação, englobando a capacidade empática, a inclinação para

experienciar emoções relacionadas ao *self* como vergonha, orgulho e culpa e, ainda, a capacidade para o raciocínio moral. Sua concepção acerca do Super-Eu permite a integração de elementos da neurociência afetiva ao funcionamento da consciência (no sentido ético e moral) e, assim, que esta instância mental hipotética seja pensada como um sistema regulatório que resulta da interação de fenômenos mentais originados em diferentes regiões cerebrais. O autor utiliza o termo *superego* quando se refere ao modelo estrutural e dinâmico de Freud e às teorias de relações objetais e o termo *consciência* quando aborda o superego baseado na denominada virada relacional (quando a Psicanálise se voltou para as relações e vínculos) e na Neuropsicanálise.

Os processos de regulação do *self* começam a se desenvolver já no primeiro ano de vida por meio da interação da criança com seu cuidador. Tais processos podem ser adaptativos ou disfuncionais. Além disso, são implícitos e pertencem ao inconsciente não reprimido e, por isso, seu conteúdo pode ser sentido, mas não pode ser traduzido em palavras ou símbolos, de acordo com Schalkwijk (2018). Portanto, não é alcançado por interpretações, mas se torna visível nas atuações que acontecem na relação analítica via transferência. A partir do desenvolvimento da consciência, o *self* é continuamente avaliado com relação às representações objetais e do próprio *self*. Essa avaliação contínua não pode ser desativada, ela apenas permanece em *stand-by* até que uma emoção negativa sinalize alguma ameaça à autoestima. A função da consciência é assegurar que o *self* permaneça estável.

Segundo Schalkwijk (2018), a consciência resulta da interação de três subsistemas: 1) da empatia – que tem lugar na relação com outras pessoas (*intersiquicamente*) e na interação com objetos internalizados (*intrapiquicamente*); 2) das emoções relacionadas ao *self* como vergonha, culpa, constrangimento e orgulho, que são sinais de que a autoavaliação foi ativada e que a consciência está tentando restaurar a homeostase do *self*; 3) e da capacidade cognitiva para ter conhecimento e raciocinar de forma lógica e ponderada sobre questões morais. A empatia é modelada através das experiências vinculares e de regulação emocional, vividas entre o cuidador e a criança, que constituem um *self* implícito que é basicamente relacional. A empatia não é uma emoção ou sentimento, é uma atividade mental específica que fornece uma síntese do conhecimento acerca da perspectiva do outro e um sentimento de compaixão que leva a ajudar a outra pessoa. As emoções relacionadas ao *self* (*self-conscious emotions*) surgem da reflexão sobre si mesmo, tomando o *self* como objeto (*self-as-object*). Já o raciocínio moral se dá baseado nas crenças apresentadas pelo sujeito, a partir das quais avalia o próprio *self*

tomando-o como objeto. Para esse autor, essa nova conceituação do superego aproxima a prática clínica, a metapsicologia psicanalítica e a pesquisa empírica.

No capítulo seguinte, vamos expor o modelo cognitivo desenvolvido por A. Beck, que contribui para a compreensão do funcionamento mental e das psicopatologias de modo geral para, posteriormente, enfocarmos o modelo cognitivo unificado, em que integra aspectos clínicos, biológicos e evolutivos da depressão.

6 O MODELO COGNITIVO DE AARON BECK

*'Cause I've drawn regret
 From the truth
 Of a thousand lies
 So let mercy come
 And wash away
 What I've done
 (What I've Done / Linkin Park)⁶*

6.1 O PERCURSO DA PSICANÁLISE À TERAPIA COGNITIVA

A Terapia Cognitiva (TC) desenvolvida por Aaron Beck é uma dentre várias abordagens psicoterapêuticas denominadas, genericamente, de terapias cognitivo-comportamentais (TCC). Entram nesse rol, por exemplo, a Terapia de Solução de Problemas, a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC), a Terapia Construtivista, a Terapia do Esquema, a Terapia Comportamental Dialética (DBT – *Dialectical Behavior Therapy*) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT – *Acceptance and Commitment Therapy*). Tais abordagens têm o pressuposto de que a cognição desempenha um papel mediador entre eventos internos e externos aos indivíduos e as suas respostas a eles. Isto é, há a intermediação do processamento cognitivo entre os estímulos e as respostas fisiológicas, emocionais e comportamentais, por meio de interpretações e atribuições de significados. Nessa perspectiva, os sintomas também são mediados cognitivamente e, portanto, intervenções terapêuticas que promovem mudanças cognitivas podem gerar mudanças nos sentimentos e atitudes dos sujeitos, resultando na melhora clínica dos quadros psicopatológicos. Terapias que visam mais estritamente à modificação do comportamento não entram no grupo das terapias cognitivo-comportamentais. Por outro lado, quando se utiliza uma técnica comportamental dentro de um plano de tratamento em uma TCC, o objetivo é a alteração dos pensamentos disfuncionais, ou seja, a reestruturação cognitiva, além da modificação comportamental por si mesma (Dobson & Dozois, 2001; Knapp & Beck, 2008; Thoma, Pilecki & McKay, 2015).

⁶ Pois eu tenho me arrependido / Da verdade / De mil mentiras / Então deixe a misericórdia vir / E lavar / O que eu fiz (*What I've Done* / Linkin Park)

Um dado complementar é fornecido por Dobson (2013), referindo-se às terapias cognitivas de forma mais ampla. Segundo ele, “o campo da TCC pode estar alcançando uma mudança na ênfase na avaliação e nas intervenções cognitivas para metacognitivas” (p. 224), ou seja, enfocando o pensar sobre os pensamentos. O autor reconhece que as TCC’s sempre tiveram aspectos metacognitivos. No entanto, a ênfase tem sido transferida da transformação para a aceitação de pensamentos e sentimentos. “Recentemente, entretanto, existe uma perspectiva metacognitiva alternativa que emergiu. Esta abordagem foca no reconhecimento de pensamentos e experiências, mas, então, foca na *aceitação*, mais do que na mudança” (p. 226, itálico do autor). Essas novas concepções e práticas terapêuticas estão na chamada terceira onda da TC. Thoma, Pilecki e McKay (2015) explicam que elas integram à TC princípios de aceitação, meditação e não julgamento de pensamentos e sentimentos. Um exemplo é a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (ou Atenção Plena), que integra práticas meditativas (sem cunho religioso) às técnicas psicoterapêuticas. Outra abordagem também considerada como pertencente à terceira onda da TC é a Terapia Comportamental Dialética que incorpora princípios de *mindfulness* e aceitação, que são considerados, nesse caso, mais essenciais do que a promoção de mudanças.

Nesta pesquisa, utilizamos como referência teórica a Terapia Cognitiva beckiana, que possui seus próprios fundamentos metodológicos, princípios, protocolos de tratamento e técnicas terapêuticas. Para evitar confusões com outras terapias cognitivo-comportamentais, padronizamos a designação Terapia Cognitiva (TC) em nosso estudo. Aaron Beck iniciou seus trabalhos no campo psicanalítico e, buscando a validação científica de alguns postulados acerca da depressão (como a agressividade voltada ao próprio sujeito), identificou dados divergentes que o levaram a questioná-los e a elaborar um novo modelo explicativo (Beck, 2008; Beck & Alford, 2011). Assim, na década de 1960, ele iniciou o desenvolvimento do modelo cognitivo, que parte da premissa de que as emoções e os comportamentos são influenciados pelos pensamentos, os quais, no caso dos transtornos mentais, estão sujeitos a distorções que enviesam negativamente a interpretação das situações de vida (Beck, 2008; Beck & Haigh, 2014).

No artigo em que relata como desenvolveu um novo sistema de psicoterapia, Beck (2006) explica que optou por pesquisar a depressão por ser o transtorno mais frequente em sua prática e, por sua formação psicanalítica, decidiu analisar os sonhos dos pacientes, em busca da validação da noção de hostilidade voltada contra o próprio eu. Ele diz que se surpreendeu ao encontrar menos hostilidade em sonhos de pacientes deprimidos do que naqueles de pacientes

não deprimidos. Assim, tentando confirmar a proposição psicanalítica, ele encontrou algo anômalo. Os sonhos dos pacientes os retratavam como sendo vítimas das ações de outras pessoas ou de circunstâncias, sendo rejeitados ou frustrados. Dessa forma, Beck notou que havia semelhanças entre o conteúdo dos sonhos e a maneira como os pacientes descreviam a si mesmos. A partir disso, elaborou a hipótese de que a forma como os pacientes veem a si mesmos não deriva de forças inconscientes, mas de um processo cognitivo acessível à consciência. Portanto, “um modelo baseado nas representações internas dos pacientes sobre si mesmos, suas experiências e seu futuro poderia explicar não somente os sonhos, mas também os sintomas” (p. XIII).

Em outro artigo, Beck (2008) também descreve que encontrou menos hostilidade nos sonhos dos pacientes com depressão do que ele esperava partindo da hipótese psicanalítica. Os conteúdos retratavam temas como: perda, derrota, rejeição e abandono, e o sujeito era representado como defeituoso ou doente. Por esse motivo, ele descartou o pressuposto de que os conteúdos negativos dos sonhos expressavam uma necessidade de punição ou masoquismo. Inclusive, o autor observou que os pacientes se tornavam mais deprimidos quando eram incentivados a expressar hostilidade. De acordo com Beck (2008) o que, de fato, levava à diminuição e à remissão dos sintomas depressivos eram a reavaliação e a correção dos erros e distorções presentes nas interpretações que os pacientes faziam das suas experiências.

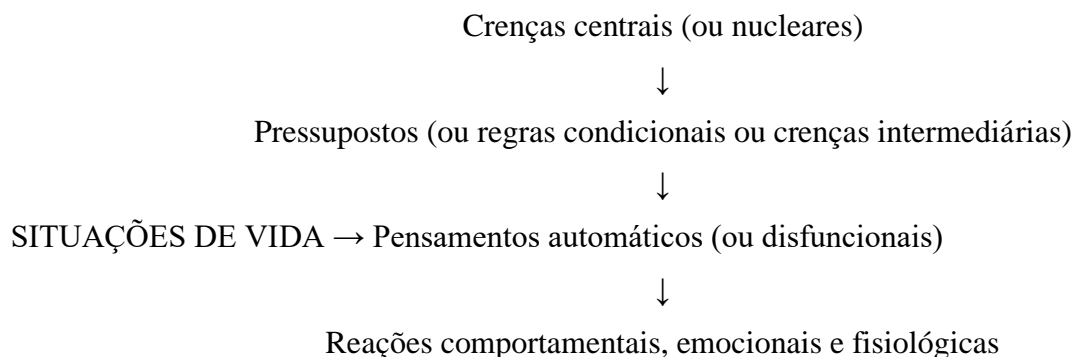
Beck (2006) relata que identificou os pensamentos automáticos (que, posteriormente, foram denominados pensamentos disfuncionais), seu papel nas alterações de humor e descobriu como modificá-los a fim de promover melhora dos sintomas depressivos. Ele descobriu, por exemplo, que sentimentos de tristeza ou frustração eram precedidos por pensamentos rápidos e involuntários, dos quais os pacientes não pareciam estar muito conscientes. Tais pensamentos automáticos eram interpretações enviesadas negativamente sobre eventos e autoavaliações depreciativas. “Eu descobri, para minha surpresa, que quando eu podia guiar os pacientes para examinar e avaliar a validade das suas distorções cognitivas, eles podiam interpretar as experiências deles mais realisticamente – e sua tristeza e outros sintomas começavam a diminuir” (p. XIV).

Korman (2013) afirma que muitas características da TC são provenientes de reformulações que A. Beck fez da teoria psicanalítica: “mais do que uma ruptura com o modelo psicanalítico o caso Beck implica uma continuidade mediada pelas mudanças na investigação em psicoterapia” (p. 481). Essas mudanças foram motivadas tanto por uma crise no campo comportamental em prol da inclusão das cognições nas pesquisas, quanto por uma crise no

campo psicanalítico, em função da necessidade de sua validação por métodos científicos. Além disso, elas foram favorecidas por investimentos governamentais. Outro fator importante foi a formação psicanalítica de Beck, que ocorreu sob influência de mestres com tendência ao pragmatismo e à integração de abordagens diferentes. Segundo Korman (2013), mesmo nos escritos do período em que Beck se dedicava à Psicanálise, percebe-se que ele tendia à resolução de problemas em curto prazo e à redução de sintomas, ou seja, tinha enfoque integrador e pragmático, o qual se mantém até a atualidade. Inclusive, Rosner (2014) considera a TC beckiana em uma zona neutra, sem tomar partido nem da ciência experimental biomédica nem da Psicanálise, dizendo que: “a história de Beck ilustra que elementos psicológicos – mesmo psicanalíticos – continuam a ter expressão na psiquiatria apesar das vitórias do biológico e do experimental” (p.758).

6.2 O MODELO COGNITIVO

O modelo cognitivo desenvolvido por Beck pode ser explicado, simplifcadamente, do seguinte modo: a maneira como cada indivíduo interpreta (cognitivamente) determinada situação influencia as suas reações comportamentais, emocionais e fisiológicas. Os pensamentos disfuncionais representam o resultado da ativação de crenças intermediárias e centrais, como descreve Judith Beck (2013), filha de Aaron Beck, conforme é demonstrado a seguir:



O modelo cognitivo é constituído por níveis de cognição que variam desde os mais superficiais (pensamentos disfuncionais), no sentido de serem mais conscientes, até os que podem ser considerados mais profundos, mas que também podem ser acessados conscientemente (pressupostos e crenças). Lembrando que também é possível considerar

processos mentais inconscientes sob a perspectiva cognitiva, respaldada pela existência de memórias implícitas (ou não declarativas), como as de procedimento, e explícitas (ou declarativas), como as semânticas ou as autobiográficas (Callegaro, 2011). Para exemplificar, vamos considerar a seguinte situação: a pessoa tem um relatório importante para fazer no trabalho; seu pensamento disfuncional é: “eu não vou dar conta de fazer isso direito”; os pressupostos são os seguintes: “se eu tentar fazer algo importante, vou errar e me frustrar” e “se eu evitar fazer coisas importantes, não vou errar nem me frustrar”; e isto é decorrente de uma crença central: “sou incapaz”. Pensamentos disfuncionais derivados desta crença de incapacidade poderiam aparecer em diversas situações de vida, gerando emoções negativas e levando a pessoa a agir de forma condizente, ou seja, evitando assumir tarefas consideradas mais difíceis ou procrastinando.

A possibilidade de acessar, identificar, avaliar e reelaborar os pensamentos que estavam relacionados de forma causal aos sintomas levou Beck a uma nova concepção do funcionamento mental, divergente da psicanalítica, no que diz respeito a não considerar necessário investigar e interpretar o inconsciente dinâmico, tal como proposto pela Psicanálise. No artigo de Beck e Dozois (2011), encontramos a definição de alguns conceitos. Os autores explicam que os esquemas cognitivos são estruturas de armazenamento de informações, que determinam “as percepções do indivíduo sobre o *self* e os outros, objetivos, expectativas e memórias. Estes elementos são organizados em uma estrutura cognitiva e influenciam a triagem, codificação, categorização e interpretação dos estímulos recebidos e a recordação da informação armazenada” (p. 398, tradução nossa).

Os pensamentos automáticos, os pressupostos e as crenças podem ser adaptativos e funcionais, quando garantem um processamento eficiente de informações, contribuindo para a saúde mental. Porém, também podem ser disfuncionais e levar a problemas psicológicos subclínicos ou a quadros psicopatológicos, quando se tornam enviesados negativamente, rígidos e se autoperpetuam. Nesses casos, um evento precipitante ativa o esquema mal adaptativo e desencadeia um fluxo de pensamentos negativos. Os pensamentos são chamados de automáticos, porque invadem a consciência involuntariamente, sem deliberação consciente. Contudo, podem ser objeto de reflexão e reavaliados em um segundo momento. Esta possibilidade abre espaço para uma reelaboração do pensamento tanto espontaneamente por parte do sujeito, quanto por meio da psicoterapia.

Os esquemas cognitivos enviesados negativamente funcionam como processadores *automáticos* de informação. O processamento enviesado automático é rápido, involuntário e poupa recursos. O domínio deste sistema (eficiente, mas mal adaptativo) na depressão poderia explicar os vieses

de atenção e de interpretação. Em contraste, o papel do sistema cognitivo de controle (que consiste em funções executivas, solução de problemas e reavaliações) está enfraquecido durante a depressão. A operação deste sistema é deliberada, reflexiva e requer esforço (demanda recursos), pode ser reativada em terapia e, então, pode ser usada para avaliar as más interpretações depressivas e atenuar a saliência do modo depressivo (Beck, 2008, p. 971, *italico do autor, tradução nossa*).

Assim, o modelo cognitivo considera a existência de dois tipos de processamento mental, sendo que Beck (2008) atribui a Freud a origem do conceito por sua teoria sobre processo primário e secundário. Beck (1993) conclui o artigo em que fala sobre o passado, o presente e o futuro da Terapia Cognitiva, dizendo que pode parecer óbvio aos leitores que a TC incorporou intervenções da terapia comportamental ao tratamento das psicopatologias, ao passo que alguns conceitos provenientes da Psicanálise não são discernidos tão prontamente, como a ênfase na identificação dos significados dos eventos patogênicos e a conceituação de modos distintos de processamento cognitivo – o racional reflexivo e o automático irracional – que correspondem, parcialmente, às noções freudianas de processamento primário e secundário. Knapp e Beck (2008, p.57) escrevem que:

. . . uma contribuição importante para os fundamentos da TC foi dada pela formulação freudiana de estruturação hierárquica da cognição em processo primário (isto é, fora da consciência e baseada em fantasias e desejos) e processo secundário (isto é, acessível à consciência e baseado nos princípios de realidade objetiva), bem como o conceito de que os sintomas são baseados em ideias patogênicas.

Os esquemas cognitivos influenciam a formação, o fluxo e o conteúdo dos pensamentos e podem ser compreendidos de forma análoga ao leito de um rio que determina o curso das águas. A sua constituição ocorre desde a infância e pode ser reforçada ao longo do desenvolvimento na medida em que ocorram eventos estressores, em um processo no qual cada experiência pode ser interpretada a luz das crenças disfuncionais e utilizada como um dado para a sua confirmação. Conforme aumenta sua rigidez, informações novas divergentes da crença são simplesmente desconsideradas, em função do enviesamento do processamento cognitivo. Como escrevem Beck e Dozois (2011, p. 399, *tradução nossa*): “acredita-se que os esquemas cognitivos mal adaptativos se desenvolvam durante períodos precoces da vida e se tornem cada vez mais consolidados e organizados conforme novas experiências são assimiladas na estrutura de crenças existente”.

A TC se baseia no modelo diátese-estresse para a explicação do desenvolvimento de transtornos mentais. Este modelo considera que quanto maior a vulnerabilidade do indivíduo menor o estresse necessário para desencadear um quadro psicopatológico e vice-versa. Além disso, a formulação do caso realizada segundo o modelo cognitivo engloba os fatores de vulnerabilidade ou predisposições, os incidentes críticos (eventos desencadeadores do quadro

clínico), os denominados gatilhos (situações cotidianas que ativam os sintomas) e os modificadores (elementos que modulam a intensidade dos sintomas) (Beck, 2013).

6.3 O MODELO COGNITIVO GENÉRICO

Mais recentemente, A. Beck propôs novos elementos teóricos e os sistematizou no que denominou de modelo cognitivo genérico (MCG) (Beck & Haigh, 2014). Um de seus postulados é que os problemas psicológicos cotidianos e os distúrbios clínicos são uma acentuação de funções adaptativas normais. Portanto, a diferença entre o que é adaptativo e o que é patológico é apenas quantitativa, sendo este último resultado do exagero de vieses comuns no processamento normal de informações. O que transforma reações adaptativas normais em distúrbios é o processamento defeituoso de informações, causado por esquemas enviesados negativamente por meio de um processo complexo que envolve a interação de fatores genéticos, foco seletivo da atenção e armazenamento na memória de eventos adversos. Seguindo essa proposição, temos uma interação dinâmica entre os gatilhos ambientais (situações de vida que atuam como disparadores de pensamentos disfuncionais e emoções negativas) e a predisposição genética, a hiperatividade fisiológica e os vieses de atenção, memória e interpretação dos estímulos.

O conceito de modo, presente na teoria beckiana desde a década de 1990, foi ampliado no modelo cognitivo genérico. Os modos são “redes [*networks*] de componentes cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais, projetados para lidar com demandas específicas [e] representam uma organização complexa de esquemas relevantes para as expectativas, autoavaliações, regras e memórias” (Beck & Haigh, 2014, p. 2, tradução nossa), sendo que os transtornos mentais podem ser organizados em função deles, como o modo depressivo, modo ansioso etc.

A teoria dos modos passou a englobar outros dois conceitos: o modo de expansão do *self* (*self-expansive mode*) e o modo de proteção do *self* (*self-protective mode*). O primeiro se refere ao fato de que as pessoas não apenas reagem aos estímulos ambientais, mas também estabelecem objetivos e obrigações para si e está relacionado ao desejo de aumentar o valor que o sujeito atribui a si mesmo, por meio do status social ou da condição financeira, por exemplo. Quando a expansão do *self* é positiva, há um aumento da autoestima; quando é negativa, há diminuição da autoestima e sofrimento. Este modo compreende crenças avaliativas que

refletem a autoimagem, a autoestima e a estima dos outros que o indivíduo percebe com relação a si mesmo. Geralmente, essas crenças são representadas por ideias com “eu deveria. . .”, “eu tenho que. . .”. No caso da depressão endógena (não reativa a um evento), uma falha do sujeito leva a uma diminuição dos investimentos e desvalorização. Já o modo de proteção do *self* está relacionado à identificação de situações perigosas e reações de defesa e, em caso de funcionamento mal adaptativo, pode produzir ansiedade ou paranoia.

Nesse modelo, é mantido o conceito de esquemas como sendo “estruturas cognitivas complexas que processam os estímulos, fornecendo significado e ativando os sistemas psicobiológicos relacionados” (Beck e Haigh, 2014, p. 2, tradução nossa). Entretanto, esta ideia é expandida no que se refere à energia necessária para sua ativação dos esquemas. Segundo Beck e Haigh (2014), eles são reforçados pela “exposição a eventos adversos severos ou experiências estressoras repetidas. Os esquemas podem permanecer latentes ou se tornar ativos por eventos de vida potentes. . . . esquemas cognitivos totalmente ativados controlam o processamento cognitivo e levam à sintomatologia psicológica” (p. 6, tradução nossa). A carga ou energia necessária para a ativação dos esquemas pode variar. Esquemas mais energizados têm um baixo limiar para ativação. Eles também podem apresentar diferentes graus de permeabilidade e possibilidade de acomodação de novas informações, podendo ser mais rígidos ou mais flexíveis.

Prosseguindo com o modelo genérico apresentado por Beck e Haigh (2014), encontramos reiterada a concepção de que o processamento de informações depende da interação de dois sistemas: um primário ou automático e outro secundário ou reflexivo. O sistema automático processa rapidamente os estímulos e é disparado por eventos que representam ameaças, ganhos ou perdas e está sujeito a erros. O sistema reflexivo processa as informações de forma mais lenta, deliberada, controlada e refinada. Dessa forma, suas interpretações podem ser mais objetivas, realistas e ponderadas do que aquelas produzidas automaticamente. Ambos os sistemas interagem e as ideias originadas no sistema automático podem ser reavaliadas e modificadas por meio da reflexão. Mais uma vez, os autores reconhecem que este conceito de dois tipos de processamento mental tem suas raízes na teoria de freudiana.

Kahneman (2012), ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 2002, também considera a existência de dois sistemas gerais de pensamento. O Sistema 1 é predominantemente inconsciente, automático e intuitivo e utiliza associações e metáforas para produzir respostas rapidamente. Esse sistema está mais sujeito a vieses e erros, porém, é

altamente adaptativo. O Sistema 2 é consciente, deliberativo, analítico e é guiado por avaliações baseadas em crenças explícitas. Ele permite a reavaliação da resposta automática dada pelo Sistema 1.

Beck e Haigh (2014) acrescentam a noção de que, inicialmente, os estímulos são processados por protoesquemas que fornecem uma primeira avaliação através do sistema automático. Os protoesquemas são “estruturas cognitivas básicas que detectam, avaliam e mobilizam a resposta a estímulos vitais para a sobrevivência” (p. 2, tradução nossa), ou seja, abstraem dados do ambiente e de experiências subjetivas referentes a preocupações vitais, atribuem a eles significados mais brutos e menos refinados e ativam sistemas afetivos e comportamentais. Na sequência do processamento cognitivo, o sistema reflexivo reavalia e corrige os significados produzidos pelo automático, por contar com conceitos de lógica e razoabilidade, promovendo atitudes favoráveis à resiliência e ao alcance de objetivos.

Os esquemas denominados primordiais (ou primitivos) são “estruturas cognitivas complexas referentes a objetivos evolucionários como a sobrevivência e a procriação” (p. 3, tradução nossa) e as chamadas crenças primordiais são “representações de abstrações do conteúdo do esquema primordial (isto é, expectativas sobre sobrevivência, saúde, identidade e relações)” (p. 6, tradução nossa). Estas crenças podem ser diferenciadas das crenças mundanas que, caso estejam incorretas, podem ser corrigidas com informações adequadas. As “crenças primordiais são caracterizadas por várias dimensões, incluindo acessibilidade, convicção, condicionalidade ou absolutismo, atribuição e viés” (p. 6, tradução nossa). Delas derivam os pensamentos automáticos que permeiam o pensamento consciente. Por exemplo, diante de uma tarefa no trabalho, involuntariamente surgem as ideias: “não vou conseguir”; “sou incompetente”; “sou um fracasso”. À medida que um distúrbio se agrava, há uma escalada de uma crença condicional para uma absoluta. Por exemplo: “se eu não for amado, não tenho valor” para “não tenho valor” ou “se eu não for capaz de fazer isso, ficarei desamparado” para “sou desamparado”. Com a piora do quadro psicopatológico, aumentam a pervasividade e o extremismo das crenças. O enviesamento negativo também pode variar entre menos ou mais disfuncional, de subclínico a clínico, na medida em que ocorra uma situação compatível com a crença de vulnerabilidade existente. Em resumo:

Cada componente do MCG tem uma função adaptativa específica. Em nossa formulação atual, a sequência começa com a ativação de um esquema por uma situação estímulo interna ou externa. O esquema ativado aplica um modelo (crença) para extrair significado dos dados e põe em ação processos de pensamento mal adaptativos (por exemplo, ruminação ou preocupação) e respostas afetivas, motivacionais, fisiológicas e comportamentais. A sequência é transformada em uma rede interativa por múltiplos veículos de *feedback*, e uma vez formada, funciona como

uma unidade. A situação estímulo fornece informação relacionada às circunstâncias requerendo uma resposta adaptativa. Os protoesquemas fornecem uma avaliação e interpretação preliminares, as quais podem ser submetidas a um processamento mais elaborado pelos esquemas do sistema reflexivo a fim de organizar informações contextuais relevantes e promover uma reinterpretação (Beck & Haigh, 2014, p. 8, tradução nossa).

O MCG engloba também o papel dos afetos (ansiedade, tristeza, raiva, prazer etc.) na produção de reações adaptativas ou não, pois serviriam como um sinal subjetivo para reforçar a interpretação de uma situação como vital (perda, fracasso, perigo, sucesso, ofensa etc.). Dependendo da intensidade da emoção são desencadeadas reações funcionais ou disfuncionais. Por exemplo, a ansiedade pode servir de alerta para perigos ou, caso seja exagerada, levar ao desenvolvimento do transtorno de ansiedade generalizada, síndrome do pânico, dentre outros; o prazer pode motivar para atividades recompensadoras ou, na forma exagerada, desencadear sintomas maníacos (Beck & Haigh, 2014). Por sua vez, o foco da atenção também pode servir para respostas adaptativas, facilitando o processamento reflexivo, ou não, quando é direcionado de forma inapropriada ou inflexível. Do mesmo modo, os comportamentos podem servir para o enfrentamento e a resolução de situações difíceis e estressoras, mas também servir como mantenedores de problemas e queixas. Por isso, a TC visa alterar os pensamentos disfuncionais para reduzir o estresse emocional e os comportamentos desadaptativos, por meio da reestruturação cognitiva, da modificação da atenção e de intervenções comportamentais.

Beck e Haigh (2014) consideram que os problemas emocionais ou distúrbios clínicos podem ser compreendidos no contexto da adaptação e de suas possíveis falhas. Argumentam que quando há adaptação adequada às situações de vida, é preservada a habilidade de interagir sem erros de interpretações, o estresse emocional é proporcional aos problemas reais e os comportamentos favorecem o alcance de objetivos. Por outro lado, quando a ativação de esquemas, que originalmente serviram à função adaptativa, é desproporcional aos eventos, o sujeito vivencia problemas psicológicos que podem culminar em um transtorno mental. A depressão, por exemplo, representa uma exacerbação de funções adaptativas normais. Tais funções se transformam em distúrbios psicológicos devido a um processamento de informações defeituoso, isto é, quando as informações são interpretadas de maneira errônea, os outros sistemas alimentados por essas informações entram em funcionamento de forma inadequada, levando a emoções excessivas ou inapropriadas, a comportamentos mal adaptativos e a outras distorções cognitivas, envolvendo atribuições de sentido, foco de atenção e evocação de memórias.

Beck e Dozois (2011) contribuem com esta discussão com outros dois aspectos fundamentais: a importância do processamento de informações para a preservação do indivíduo

e da espécie humana e sua inter-relação dinâmica com os sistemas que controlam afetos e comportamentos. Sobre o primeiro, afirmam que a TC se baseia no pressuposto de que o processamento de informação é crucial para a sobrevivência e a adaptação: “Sem a habilidade de processar informação do ambiente, sintetizá-la e formular um plano para lidar com ela, nós não sobreviveríamos” (p. 398, tradução nossa). Além disso, o processamento cognitivo está intrinsecamente relacionado aos sistemas afetivos e comportamentais. A avaliação cognitiva de estímulos internos e externos influencia e é influenciada por outros sistemas.

Na literatura científica, há discussões acerca da primazia ou não do pensamento lógico no processamento cognitivo. Embora a TC seja considerada, algumas vezes, como uma abordagem com ênfase na racionalidade e na lógica, suas intervenções e sua eficácia terapêutica comprovam que, mesmo com esse foco, sua técnica provavelmente atinge outros níveis de processamento. Acerca desse tema, é esclarecedora a explicação de Hoffman, Asmundson e Beck (2013) de que o modelo cognitivo considera que as cognições influenciam de modo causal as emoções e os comportamentos. No entanto, trata-se de uma relação bidirecional, porque as emoções também podem levar a alterações nas cognições. O foco das intervenções técnicas são as cognições, devido ao fato de que as emoções são influenciadas pela forma como os eventos são percebidos e interpretados. Por essa via é possível promover mudanças nos componentes fisiológicos, emocionais e comportamentais, cujo papel também é reconhecido como fundamental. Outro aspecto importante a ser elucidado é o objetivo das intervenções terapêuticas no que tange às emoções e aos pensamentos, pois não se trata de evitar ou eliminar emoções (como tristeza, medo, raiva) e pensamentos negativos, “. . . o objetivo é promover as habilidades dos pacientes para fornecer a si mesmos avaliações mais realistas e acuradas das situações que eles enfrentam. As técnicas cognitivas não pedem aos pacientes que pensem positivamente, mas sim mais realisticamente” (Hoffman, Asmundson & Beck, 2013, p. 201, tradução nossa).

A TC traz em seus modelos teóricos alguns aspectos coerentes com os psicanalíticos e os neurocientíficos. Uma dimensão essencial do funcionamento mental é a cognição, que engloba processos conscientes (pensamentos propriamente ditos) e inconscientes. O modelo cognitivo elaborado por Beck e Haigh (2014) estabelece que o processamento cognitivo de informações ocorra de dois modos: o mais automático (por vezes, desproporcional, ilógico, disfuncional), e o mais reflexivo (ponderado, lógico, funcional). Os processos conscientes estão sujeitos a distorções, mas também ao teste de realidade, ao raciocínio lógico etc. podendo ser transformados em pensamentos mais reflexivos e elaborados. Os inconscientes não são

diretamente acessíveis à consciência; mas podem ser conhecidos por meio de seus derivados, isto é, da manifestação de afetos correspondentes, de padrões de comportamentos e da associação de ideias, por exemplo. O modelo cognitivo beckiano também considera que o processamento de informações adequado visa à adaptação dos indivíduos e à otimização das suas ações em prol de seu desenvolvimento e bem-estar. Nessa perspectiva, o sistema cognitivo é indissociável do fisiológico, emocional e comportamental. À medida que o sujeito pode transformar o primeiro tipo em um pensamento mais ponderado e realista, ele passa a agir de modo mais saudável e mais apropriado para si mesmo.

Outro elemento fundamental da mente humana é o fato de que a sua constituição ocorre através da inter-relação com outras pessoas. A interação do sujeito com outros indivíduos e com o mundo se dá por meio de processos mentais cognitivos e afetivos, que participam da atribuição de significados às experiências (Beck, 2013; Beck & Haigh, 2014). Estes, por sua vez, são inseparáveis de seus aspectos históricos e culturais, isto é, são influenciados pelo contexto social do sujeito. Os esquemas cognitivos seriam como leitos de rios que direcionam o fluxo dos conteúdos dos pensamentos, podendo enviesá-los de modo a distorcê-los em maior ou menor medida. No decorrer dos anos, podem se consolidar e enrijecer, o que prejudica sua atualização e adaptação a novas situações de vida. Os esquemas são construídos ao longo do desenvolvimento infantil, por meio do processo de aprendizagem a partir das experiências da criança. Assim, o ambiente familiar e as relações parentais, situações de estresse, eventos potencialmente traumáticos, entre outros, podem representar fatores de vulnerabilidade para o adoecimento psíquico futuro. A TC se baseia na possibilidade de promover a reestruturação cognitiva, mudando as crenças e pressupostos dos pacientes.

Na sequência, enfocaremos mais especificamente os aspectos biológicos e cognitivos da depressão, chegando ao modelo unificado elaborado por Beck. Prosseguindo com nossa pesquisa, poderemos apontar suas convergências com a Psicanálise e as Neurociências e fazer correlações para o entendimento da depressão.

7 A CONFIGURAÇÃO BIOLÓGICA E COGNITIVA DA DEPRESSÃO

*All the love gone bad
Turned my world to black
Tattooed all I see
All that I am
All that I'll be, yeah
(Black / Pearl Jam)⁷*

7.1 FATORES GENÉTICOS, ANATÔMICOS E NEUROQUÍMICOS

A depressão tomada sob a perspectiva biológica enseja estudos genéticos, neuroquímicos e anatômicos. Vamos expor um panorama geral dessas pesquisas. Sadock, Sadock e Ruiz (2017) definem o humor como “uma emoção ou um tom de sentimento difuso e persistente que influencia o comportamento de uma pessoa e colore sua percepção de ser no mundo” (p. 347). A depressão é um transtorno de humor. Acerca da etiologia desse tipo de transtorno, estes autores explicam que:

Muitos estudos relataram anormalidades biológicas em pacientes com transtornos do humor. Até recentemente, os neurotransmissores monoaminérgicos – norepinefrina, dopamina, serotonina e histamina – eram o centro das teorias e da pesquisa sobre a etiologia desses transtornos. Tem ocorrido uma mudança progressiva do foco nos distúrbios de sistemas de um único neurotransmissor em favor do estudo de sistemas neurocomportamentais, circuitos neurais e mecanismos neurorreguladores mais complexos. Os sistemas monoaminérgicos, portanto, são agora considerados sistemas neuromodulares, mais amplos, e os distúrbios tendem a ser efeitos tanto secundários ou epifenomenais quanto relacionados direta ou causalmente com a etiologia e a patogenia (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 349).

Com relação aos fatores etiológicos psicossociais da depressão, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) mencionam que é observado que eventos estressores precedem os primeiros episódios. No entanto, os sujeitos podem desenvolver episódios posteriormente, mesmo sem a ocorrência de um estressor ambiental. Uma hipótese explicativa para isso é a de que o primeiro evento provoque mudanças duradouras no cérebro, que resulta na alteração do funcionamento de neurotransmissores e dos sinalizadores intraneuronais.

⁷ Todo o amor deu errado / Tornou o meu mundo negro / Tatuou tudo o que vejo / Tudo que eu sou / Tudo o que eu serei (*Black / Pearl Jam*)

No que se refere a fatores genéticos, existem estudos de famílias, de gêmeos e de ligação. Os de gêmeos são os mais significativos para diferenciar fatores genéticos de ambientais, sendo que os estudos evidenciaram que os genes têm participação de 50 a 70% na etiologia dos transtornos do humor. “Considerando os transtornos unipolar e bipolar juntos, esses estudos encontram uma taxa de concordância para transtorno do humor nos gêmeos monozigóticos (MZ) de 70 a 90%, comparada com a de gêmeos dizigóticos (DZ) do mesmo sexo de 16 a 35%” (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 353).

Acerca dos estudos de ligação, pode-se dizer que uma doença é geneticamente ligada quando um marcador é identificado com doenças em famílias. Estudos de mapeamento genético da depressão unipolar encontraram evidência muito forte de ligação ao *locus* para a proteína ligadora do elemento de resposta a cAMP (CREB1) no cromossomo 2. Outras 18 regiões genômicas também eram ligadas; algumas delas exibiam interações com o *locus* de CREB1. Outro estudo relatou evidência de uma interação gene-ambiente no desenvolvimento de depressão maior. Foi demonstrado que indivíduos com eventos de vida adversos em geral tinham risco aumentado para depressão. Destes, entretanto, aqueles com uma variante no gene transportador de serotonina apresentavam o maior aumento no risco. Esse é um dos primeiros relatos de uma interação gene-ambiente específica em um transtorno psiquiátrico (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 354).

De acordo com Fries, Kunz e Kapczinski (2011), a transmissão genética dos transtornos de humor ocorre de forma complexa, provavelmente envolvendo a interação de vários genes de vulnerabilidade com o ambiente. Assim, fatores genéticos são predisponentes a esses transtornos, mas mutações de único gene não são capazes de levar ao seu desenvolvimento. A predisposição genética a transtornos de humor, como o bipolar e a depressão, é necessária, mas não suficiente para causá-los, como evidenciam estudos com gêmeos. Os principais genes relacionados à depressão são o transportador de serotonina (5-HTT e 5-HTR2A), o BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro – do inglês *brain-derived neurotrophic factor*, que participa da neurogênese e da manutenção dos neurônios) e o TPH2 (triptofano hidroxilase 2, que se expressa principalmente nos neurônios serotoninérgicos). Inclusive, Guilloux et al. (2012) encontraram evidências de redução da função do BDNF na amígdala de mulheres com depressão, lembrando que elas são duas vezes mais suscetíveis ao desenvolvimento deste transtorno do que os homens e estão mais sujeitas a terem episódios recorrentes.

Fries, Kunz e Kapczinski (2011) também citam pesquisas genéticas que passaram a investigar como os genes interagem com ambiente e, mais especificamente no caso dos

transtornos mentais, tais estudos enfocaram como os genes influenciam a suscetibilidade aos fatores estressores ambientais. Um exemplo significativo é uma alteração do gene transportador de serotonina (5-HTT) que é capaz de moderar a influência de fatores estressores na depressão. Sujeitos com duas cópias do alelo curto do 5-HTT apresentaram mais sintomas depressivos e suicídio após eventos estressores do que aqueles com duas cópias do alelo longo.

Para Andreasen e Black (2009), a transmissão genética dos transtornos de humor deve ser olhada com ressalvas, porque fatores sociais e ambientais compartilhados por familiares também podem influenciar seu surgimento. Além disso, é tênue a linha que delimita o que seria uma reação normal a uma experiência de vida estressora e o que caracterizaria uma depressão clínica.

Um modelo plausível para o papel dos eventos de vida estressantes é que eles induzem uma reação biológica (p. ex., uma efusão de cortisol). Depois de iniciada, essa reação biológica é difícil de ser detida e pode desencadear ou exacerbar uma síndrome depressiva, de modo particular em indivíduos que já foram predispostos devido a uma diátese genética ou a experiências que os tornaram especialmente vulneráveis ao estresse. Na verdade, uma tendência a ser supersensível aos efeitos do estresse psicossocial do ponto de vista neurobiológico pode ser um dos fatores genéticos transmitidos nas famílias. Da mesma forma, eventos de vida precoces, como estilos de criação severos ou abusivos durante a infância, podem gerar uma diátese ao tornarem a pessoa mais psicologicamente sensível a rejeição e mais biologicamente sensível a estresse (Andreasen & Black, 2009, p. 180-181).

Rot, Mathew e Charney (2009), em seu artigo de revisão sobre os mecanismos neurobiológicos da depressão, reafirmam as hipóteses encontradas na literatura de que este transtorno é causado pela soma de fatores genéticos, eventos adversos da infância e por estressores da vida atual. Portanto, a interação entre os genes e o ambiente pode prever com mais precisão se uma pessoa vai desenvolver depressão do que sua carga genética ou o ambiente isoladamente. Segundo esses pesquisadores, anormalidades funcionais e estruturais do cérebro em pacientes com este transtorno podem estar associadas a baixos níveis de BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*), alterações do eixo HPA (hipófise-pituitária-adrenal) e toxicidade mediada por glutamato. A recorrência de episódios depressivos e sua cronicidade podem ser atribuídas a estas anormalidades. Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017), alterações da regulação hormonal também podem estar implicadas nos transtornos de humor, principalmente as que envolvem as atividades do eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal (HHS; ou eixo HPA), que leva ao aumento excessivo dos níveis de cortisol em resposta a situações estressoras. Outro dado apresentado por Andreasen e Black (2009) se refere a estudos de neuroimagem que identificaram reduções de volume do córtex pré-frontal subgenual, que tem projeções para o hipotálamo, influenciando diretamente o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HPA). Bear,

Connors e Paradiso (2002) também apontam o papel difuso dos sistemas modulatórios do encéfalo e do eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal) no desenvolvimento da depressão.

A respeito das áreas anatômicas envolvidas nos distúrbios do humor, as pesquisas neurocientíficas têm focado quatro regiões cerebrais importantes para a regulação das emoções: o córtex pré-frontal (CPF), o cíngulo anterior, o hipocampo e a amígdala. “O CPF é considerado a estrutura que contém representações de objetivos e as respostas adequadas para alcançá-los. Essas atividades são particularmente importantes quando respostas comportamentais múltiplas e conflitantes são possíveis ou quando é necessário superar a excitação afetiva” (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 351-352). O córtex cíngulo anterior (CCA) provavelmente funciona como uma área de integração da atenção e da emoção. “Foi proposto que a ativação do CCA facilita o controle da excitação emocional, sobretudo quando a realização do objetivo foi frustrada ou quando problemas novos foram encontrados” (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 352). As outras duas áreas participantes da regulação emocional são o hipocampo e a amígdala:

O hipocampo está mais claramente envolvido em várias formas de aprendizagem e memória, incluindo o condicionamento do medo, bem como na regulação inibitória da atividade do eixo HHS. A aprendizagem emocional ou contextual parece estar relacionada com uma conexão direta entre o hipocampo e a amígdala. A amígdala parece ser um local crucial para o processamento de estímulos novos de significado emocional e para a coordenação e organização de respostas corticais (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p. 352).

Baseados em evidências de várias pesquisas, Bear, Connors e Paradiso (2002) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017) apontam a norepinefrina e a serotonina como os neurotransmissores mais relacionados aos distúrbios de humor. De acordo com estes últimos, também existem teorias que pressupõem a participação de outros neurotransmissores, como a dopamina, a acetilcolina e o ácido aminobutírico (GABA). Além disso, estudos têm considerado os processos que ocorrem a nível intracelular após a ligação de neurotransmissores com terminais pós-sinápticos, que regulam a utilização de energia e o funcionamento dos canais iônicos.

Outro aspecto investigado em pesquisas foi o fato de que os efeitos terapêuticos de medicações antidepressivas geralmente demoram algumas semanas para serem observados, embora seu mecanismo de ação seja imediato. Isto levou à proposição de que ocorrem adaptações neurológicas de longo prazo. Uma hipótese é a de que as medicações promovam mudanças nas vias de sinalização intracelular, gerando alterações da expressão dos genes.

Os efeitos clínicos dos antidepressivos são, obviamente, causados por suas habilidades de induzir mudanças adaptativas na neurotransmissão, sobretudo na serotonérgica e na noradrenérgica. No entanto, as mudanças nos níveis desses neurotransmissores não são suficientes para explicar a origem dos transtornos do humor ou o mecanismo de ação dos

antidepressivos e dos estabilizadores do humor. Acredita-se que os responsáveis pelos efeitos terapêuticos finais sejam os processos intracelulares que levam à ativação do fator de transcrição, chamado proteína de ligação ao elemento responsivo ao AMPc (CREB), e, consequentemente do aumento na expressão gênica do BDNF e do seu receptor tirosina quinase B (TrkB) (Fries, Kunz & Kapczinski, 2011, p. 188).

Outra hipótese é a de que antidepressivos produzam mudanças adaptativas a longo prazo no eixo HPA. Neste sistema, convergem influências genéticas e ambientais predisponentes aos transtornos, sendo que sua hiperatividade é observada em pacientes deprimidos, cujos níveis de cortisol são muito elevados na corrente sanguínea.

. . . a ativação dos receptores glicocorticóides hipocâmpais pelo cortisol normalmente leva a uma retroalimentação negativa do eixo HPA. Nos pacientes deprimidos, esta retroalimentação não funciona, o que explica por que a função do HPA encontrava-se hiperativa. A base molecular para a diminuição da resposta hipocâmpal ao cortisol é a diminuição do número de receptores para glicocorticóides. Mas o que regula o número dos receptores para glicocorticóides? Em um paralelo fascinante com os fatos transtornos do humor, a resposta é: os genes, as monoaminas e as experiências da infância (Bear, Connors & Paradiso, 2002, p. 690).

Rot, Mathew e Charney (2009) também abordam o fato de que, embora os antidepressivos que aumentam os níveis dos neurotransmissores monoaminérgicos (serotonina e norepinefrina) representem um dos tratamentos indicados para depressão, eles não exercem benefícios clínicos imediatos ou, em certos casos, não trazem benefício algum. Os autores sinalizam que os próximos passos das pesquisas nesta área seguirão o caminho da medicina personalizada, por meio de estudos sobre genótipos visando à variabilidade individual nos mecanismos de ação das medicações. Cipriani et al (2018) realizaram uma ampla revisão de literatura sobre a eficácia e a aceitabilidade de 21 antidepressivos para o tratamento de adultos com transtorno depressivo maior. Os pesquisadores concluíram que todos os antidepressivos são mais eficazes do que placebos e apresentaram resultados comparativos entre vários medicamentos que podem servir para guiar tratamentos baseados em evidências acerca dos méritos de cada um deles.

Alguns estudos investigaram o papel da neurogênese em casos de depressão. Petrika, Lagaceb e Eischa (2012) explicam a hipótese da neurogênese acerca da depressão: supõe-se que a formação de novos neurônios em regiões do hipocampo tem relação com a etiologia e com a eficácia do tratamento deste transtorno. No entanto, os autores afirmam que o postulado de que um decréscimo da neurogênese leva à depressão não condiz com as evidências da literatura. Por outro lado, consideram que é preciso esclarecer a relação existente entre a formação de neurônios na fase adulta com a regulação do estresse e da ansiedade. Além disso, apresentam como um postulado ainda válido o fato de que a neurogênese é necessária para a ação dos antidepressivos. Assim, se os níveis de estresse e de resiliência influenciam a

neurogênese e, ao mesmo tempo, podem ser influenciados por ela, eles representam fatores dinâmicos a serem levados em conta em pesquisas sobre a eficácia das medicações. Surget et al. (2011) buscaram entender como neurônios formados na idade adulta influenciam a resposta a antidepressivos. Eles sugerem que estes neurônios facilitam a resposta ao estresse e que o aumento da neurogênese durante um estresse crônico ou um episódio depressivo, permite que o hipocampo recupere o controle sobre os sistemas responsáveis pela resposta ao estresse, permitindo a recuperação do indivíduo.

Miller e Hen (2015) discutem a teoria que afirma que a depressão resulta de problemas na neurogênese adulta e que sua restauração levaria à recuperação. Embora reconheçam que estudos de *follow-up* obtiveram resultados frequentemente inconsistentes, os autores falam em prol da aceitação dessa teoria, argumentando que modelos animais de ansiedade e depressão apresentam defeitos na neurogênese. Além disso, relatam que a neurogênese é acelerada por antidepressivos quando os animais estão sob estresse, que a ablação da neurogênese prejudica funções cognitivas relevantes para a depressão (mas não a causa diretamente) e que estudos de neuroimagem e *post-mortem* em humanos são consistentes com essa teoria, embora sejam indiretos.

Também têm sido realizadas pesquisas que podem contribuir para a identificação de biomarcadores para os transtornos mentais, os quais poderão fornecer critérios para diagnóstico e acompanhamento dos resultados de diversos tratamentos. Abi-Dargham e Horga (2016) referem que é um desafio para a Psiquiatria a identificação de biomarcadores que permitam a otimização do cuidado individualizado a portadores de transtornos mentais, pois esta área ainda se baseia predominantemente em descrições de comportamentos, sem que existam testes objetivos para diagnosticar pacientes. Eles apontam a tomografia por emissão de pósitron e a ressonância magnética funcional como meios para trazer a Psiquiatria da era da classificação descritiva e subjetiva dos transtornos para um era em que isto poderá se basear em medidas objetivas e tangíveis do cérebro. Linden (2012) aborda os desafios e promessas da neuroimagem na Psiquiatria. Ele defende que com este recurso será possível provar a existência de circuitos biológicos definidos geneticamente subjacentes aos distúrbios mentais e, ainda, verificar como tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos exercem seus efeitos.

Hasler e Northoff (2011) investigaram uma possível definição fenotípica do transtorno depressivo maior, baseada em medidas de neuroimagem, cujos avanços passaram a permitir a identificação de anormalidades mais sutis do funcionamento, das conexões e das estruturas neurais de pacientes deprimidos e de pessoas saudáveis que têm risco familiar de apresentar

depressão. Godsila, Kiss, Spedding e Jaya (2013) propõem a disfunção do circuito hipocampal-pré-frontal como um elemento comum na fisiopatologia de transtornos em que apresentam vários graus de prejuízo cognitivo e desregulação emocional, como a depressão, a esquizofrenia e o transtorno de estresse pós-traumático. Lisiecka et al. (2011) identificaram correlatos neurais dos resultados de tratamento com antidepressivos. Estes pesquisadores demonstraram mudanças na conectividade funcional do córtex órbito-frontal que podem ser úteis como marcadores da resposta terapêutica ao tratamento com venlafaxina e mirtazapina.

Zeng et al. (2012) pesquisaram o cérebro em estado de repouso de sujeitos deprimidos e de um grupo controle, por meio de imagens de ressonância magnética. A partir disso, apresentaram a conectividade funcional do cérebro como um todo em estado de repouso como um biomarcador efetivo para o diagnóstico clínico de depressão. Considerando que a exposição a estresse em fases precoces do desenvolvimento (ELS – *early life stress*) é um fator de risco para depressão, Cisler et al. (2013) estudaram os padrões de organização das redes neurais de mulheres com história de ELS, mas não de depressão; com história de ELS e depressão; e que não apresentavam nenhum dos dois, utilizando também a ressonância magnética funcional do cérebro em repouso. Eles identificaram padrões de conectividade funcional específicos de quem foi exposto a estresse precocemente, mas apresentava resiliência, e de quem apresentava suscetibilidade aos efeitos depressogênicos da exposição a ELS.

Kandel (2018) comenta o estreitamento da separação entre os distúrbios psiquiátricos e neurológicos, à medida que surgem evidências de que os primeiros também emergem de anormalidades no cérebro. Os transtornos psiquiátricos decorrem de neurônios e de circuitos aos quais eles pertencem que são hiperativos, inativos ou não se comunicam de modo eficiente. Ele acredita que, conforme as pesquisas avançarem, provavelmente será observado que, na verdade, não existem profundas diferenças entre distúrbios neurológicos e psiquiátricos, mas sim muitas similaridades. O neurocientista afirma que “os transtornos de humor são doenças do cérebro que afetam a integridade do *self* – aquela coleção de emoções vitais, memórias, crenças e comportamentos que modela cada um de nós como seres humanos únicos” (p. 58). Ele ressalta o papel da amígdala, que coordena nossas emoções e está conectada ao hipotálamo, responsável pela regulação da frequência cardíaca, da pressão sanguínea, do ciclo sono-vigília e também ao córtex pré-frontal, centro das funções executivas e da autoestima, que influencia os pensamentos e a memória.

Além disso, Kandel (2018) explica que a depressão, assim como o estresse, ativa o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal levando a glândula adrenal a liberar cortisol, que interfere no

apetite, no sono e na energia. Concentrações excessivas de cortisol destroem conexões sinápticas entre os neurônios do hipocampo, responsável pelo armazenamento da memória, e do córtex pré-frontal, que regula o desejo de viver e a tomada de decisão. Os antidepressivos promovem o crescimento de sinapses no hipocampo e no córtex pré-frontal. O autor também afirma que tratamentos psicoterápicos promovem mudanças anatômicas no cérebro, podendo ser considerados tratamentos biológicos, pois produzem alterações detectáveis e duradouras no cérebro. Assim, pessoas com depressão podem reconquistar e manter o equilíbrio emocional com tratamento adequado. Segundo Kandel (2018), com a compreensão da família e dos amigos, tanto da experiência do paciente quanto da ciência da patologia, prejuízos às relações podem ser evitados ou reparados.

Como veremos no item seguinte, a TC integra em seu modelo teórico certos fatores biológicos, englobando os genéticos e epigenéticos (resultado da interação gene-ambiente), bem como os neuroquímicos e anatômicos. Elementos que, posteriormente, também observaremos nas contribuições da Neuropsicanálise.

7.2 O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

Vamos retomar o modelo da Terapia Cognitiva para compreender a depressão, apresentando o que essa abordagem traz mais especificamente sobre este tema e como integra em sua teoria elementos de outras disciplinas científicas. Primeiramente, vejamos em detalhes como Beck e Alford (2011, p.195-198) descrevem as pessoas com depressão:

Pacientes deprimidos interpretam as vivências de modo seletivo ou inadequado, julgando que os denigrem de forma significativa. . . são peculiarmente sensíveis a quaisquer impedimentos a suas atividades dirigidas a um objetivo. . . . são propensos a interpretar eventos relativamente banais como uma perda substancial. . . . tendem a interpretar como insulto, zombaria ou depreciação o que as outras pessoas lhes dizem. . . . se desvalorizam . . . tendem a generalizar um determinado comportamento para um traço de caráter. Qualquer desvio de um alto nível de desempenho é tomado como. . . uma grande fraqueza. . . . Têm expectativas negativas com relação ao futuro, estas são uma extensão do que veem como seu atual estado. . . . Parecem incapazes. . . de considerar a possibilidade de qualquer melhora.

Nesta transcrição fica evidente a ocorrência de um processamento cognitivo enviesado negativamente, isto é, a interpretação que a pessoa faz dos eventos, a visão que tem sobre si mesma e sobre os outros, a maneira como antevê o futuro têm conotação negativa, mesmo que existam evidências contrárias. O sujeito tende a interpretar fatos, a evocar lembranças e a focar a atenção sendo guiado por vieses cognitivos e, assim, chega a supostas constatações que levam

a emoções e sentimentos também negativos e a comportamentos condizentes. Quanto mais consolidadas e rígidas forem as crenças do indivíduo, mais elas serão impermeáveis a novas experiências e informações que possam contradizê-las. O sujeito enfocará justamente aquilo que serve para confirmá-las.

Beck e Alford (2011) consideram que os fatores de vulnerabilidade à depressão se constituem em fases iniciais do desenvolvimento, em que a predisposição genética se inter-relaciona com experiências de vida, levando à formação das crenças individuais. Em fases precoces do desenvolvimento, a criança gradualmente forma ideias e atitudes com relação a si mesma e ao mundo. Se os conceitos que ela desenvolve nesse processo forem predominantemente baseados na realidade eles favorecerão uma adaptação saudável. Caso eles se desviem muito da realidade, o indivíduo ficará mais vulnerável a transtornos mentais. Eventos adversos precoces podem criar atitudes e vieses negativos sobre o *self* que são integrados na organização cognitiva do indivíduo na forma de esquemas, os quais são ativados quando eventos adversos atingem sua vulnerabilidade específica. Portanto, de acordo com o modelo beckiano, o desenvolvimento da depressão está baseado na vulnerabilidade individual associada a eventos de vida estressores. Quando o sujeito enfrenta experiências precoces geradoras de concepções e atitudes disfuncionais que são assimiladas em estruturas cognitivas (os esquemas) temos a denominada vulnerabilidade cognitiva, porque, posteriormente, elas influenciarão as interpretações de novas experiências. Quando eventos de vida são capazes de ativar os esquemas, estes enviesam a atenção e os pensamentos negativamente e geram sintomas depressivos, isto é, há maior reatividade cognitiva.

Na depressão, os esquemas disfuncionais estão ativados e isto influencia a maneira como a pessoa vê a si mesma, como compreende os fatos, onde foca sua atenção e o tipo de recordações que tem. Por outro lado, quando há remissão do episódio depressivo, os esquemas são desativados e os indivíduos voltam a filtrar informações e a conceber os fatos de modo semelhante ao que fazia antes, baseado em crenças e pressupostos mais funcionais e saudáveis, de acordo com Beck e Dozois (2011).

As distorções cognitivas, que são os vieses de interpretação negativa, constituem a tríade cognitiva da depressão: visão negativa de si mesmo, dos outros e do futuro (Beck & Alford, 2011). Estes três elementos operam simultaneamente para determinar o significado e o valor dos eventos e gerar respostas apropriadas. Portanto, a vulnerabilidade ou propensão à depressão é atribuível ao conjunto de crenças e atitudes negativas sobre si mesmo (por ex.: amável ou não), sobre o mundo (amigável e acolhedor ou não) e sobre o futuro (com ou sem esperança

etc.). As distorções mais comuns em casos de depressão, segundo Powell et al. (2008, p. S75), são: “inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstração seletiva (. . . escolher evidências de seu mau desempenho), supergeneralização (. . . considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo)”.

Segundo Beck (2008), a tendência a interpretações e avaliações negativas é prontamente acessível à observação, pois se encontra em um nível superficial e explica as manifestações de desesperança, perda de motivação, autocrítica e desejos suicidas. “O próximo nível parecia ser um *viés cognitivo sistemático* no processamento de informação levando à atenção seletiva a aspectos negativos das experiências, interpretações negativas e ao bloqueio de eventos e de memórias positivas” (p. 970, *itálico do autor, tradução nossa*). Ele concluiu que os sintomas depressivos são originados por crenças e atitudes disfuncionais, que sistematicamente enviesam o foco da atenção e a seletividade das recordações. As atitudes disfuncionais provêm de estruturas cognitivas, ou esquemas, nos sistemas de atribuição de significado e têm qualidades como estabilidade, densidade, limiar e nível de ativação. “O nível de saliência (ou ‘energia’) dos esquemas depende da densidade da experiência negativa e do limiar de ativação em determinado momento (experiências estressoras sucessivas, por exemplo, podem baixar o limiar)” (p. 970, *tradução nossa*). O modelo cognitivo da depressão pode ser descrito, resumidamente, da seguinte forma:

Quando os esquemas são ativados por um evento ou por uma série de eventos, eles enviesam o sistema de processamento de informações, o qual então direciona os recursos da atenção aos estímulos negativos e traduz uma experiência específica em uma interpretação negativa distorcida. A hipersaliência desses esquemas negativos leva não apenas a uma percepção negativa global da realidade, mas também a outros sintomas da depressão, como tristeza, desesperança, perda de motivação e comportamento regressivos como isolamento social e inatividade. Estes sintomas também estão sujeitos a avaliações negativas. . . . Então, a constelação depressiva consiste em um ciclo de *feedback* contínuo com interpretações negativas e vieses da atenção, com sintomas subjetivos e comportamentais que reforçam um ao outro (Beck, 2008, p. 970, *tradução nossa*).

O modelo cognitivo foi expandido por Beck com o desenvolvimento do conceito de modo, que é uma: “rede [*network*] de esquemas cognitivos, afetivos, motivacionais, comportamentais e fisiológicos, para explicar o profundo retardo, a anedonia e o distúrbio do sono e do apetite, bem como as anomalias cognitivas. A ativação desse modo produz os vários fenômenos da depressão” (Beck, 2008, p. 971, *tradução nossa*). Acerca da formação e ativação do modo da depressão, ele explica que na medida em que o sujeito interpreta eventos de forma negativa os esquemas vão sendo fortalecidos. Quando a pessoa passa por uma situação estressora, principalmente do tipo que representa uma perda, os esquemas são ativados e

disparam reações afetivas, fisiológicas, comportamentais etc. Estando completamente ativado, o modo adquire certa autonomia e não reage a estímulos externos. Dessa forma, mesmo eventos positivos não conseguem amenizar o humor negativo. “Recursos de atenção são desproporcionalmente alocados do ambiente externo para experiências internas como cognições negativas e tristeza, manifestadas clinicamente como ruminação. Também, recursos são retirados dos esquemas adaptativos como os de enfrentamento e de resolução de problemas” (Beck, 2008, p. 971, tradução nossa).

Um aspecto importante a ser considerado é que apenas uma parte dos indivíduos submetidos a experiências traumáticas desenvolve depressão. Os sujeitos que se tornam deprimidos provavelmente também apresentam vulnerabilidade genética. As “variações genéticas e seu impacto no funcionamento neural desempenham um papel fundamental na hiper-reatividade às experiências negativas levando à depressão” (Beck, 2008, p. 972, tradução nossa). Um correlato neurobiológico da noção de vulnerabilidade cognitiva é a presença da variante curta do gene 5-HTTLPR, relacionado ao transporte de serotonina, cuja transcrição não é tão efetiva como a de sua forma longa. De acordo com Beck (2008), muitos estudos indicaram que o processamento cognitivo enviesado negativamente pode ser associado à presença do alelo curto 5-HTTLPR. Ele cita outras pesquisas que identificaram que pessoas portadoras deste gene apresentam respostas elevadas de cortisol, vieses cognitivos e ativação da amígdala. Eventos adversos e sua avaliação cognitiva ativam o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que ocasiona a secreção de cortisol, o hormônio do estresse, e culmina na hipercortisolemia característica dos indivíduos com sintomas depressivos. Outro correlato neurofisiológico do modelo cognitivo é a “formulação de que durante a depressão do sistema cognitivo de controle, o processamento de cima para baixo (*top-down*) está desregulado, enquanto que o processamento esquemático de baixo para cima (*bottom-up*) é predominante” (p. 974, tradução nossa). Por exemplo, há evidências de que há redução do funcionamento pré-frontal e aumento da atividade da amígdala em pessoas deprimidas. Para integrar os componentes cognitivos e neurofisiológicos da depressão, Beck (2008) apresenta uma formulação pragmática, partindo da vulnerabilidade genética:

O polimorfismo do 5-HTTLPR leva a uma reatividade excessiva da amígdala. A reatividade límbica aumentada a eventos emocionalmente significativos dispara o desenvolvimento de recursos da atenção para esses eventos, manifestado pelo viés negativo da atenção e da recordação (reatividade cognitiva). O foco seletivo nos aspectos negativos da experiência resulta nas distorções cognitivas familiares como o exagero, a personalização e a generalização e, conseqüentemente, na formação de atitudes disfuncionais com relação à adequação pessoal, aceitabilidade e valor. Reiteraões frequentes das interpretações negativas modelam o conteúdo dos esquemas cognitivos (não amável, inadequado, sem valor). Ao mesmo tempo, as

interpretações negativas da experiência têm um impacto no eixo HPA e iniciam o ciclo descrito previamente envolvendo a reação exagerada do sistema serotoninérgico e conseqüentemente levando à depressão (p. 975, tradução nossa).

A. Beck discute juntamente com outros colegas (Forgeard et al., 2011) a proposta de uma taxionomia da depressão baseada em seu processamento psicobiológico e não apenas em sintomas, como ocorre no DSM e que considera insatisfatória, pois um mesmo sintoma pode ser causado por uma variedade de diferentes fatores. Por isso, propõe que os vieses cognitivos comuns nesse quadro clínico, bem como os seus correlatos neurobiológicos, sejam levados em consideração no diagnóstico e na escolha de intervenções terapêuticas.

Dozois e Dobson (2001) investigaram o processamento de informação e a organização cognitiva na depressão. Os autores examinaram os mecanismos cognitivos específicos desse quadro, devido ao fato de, em muitos casos clínicos, existir uma sobreposição de sintomas depressivos e ansiosos, gerando dúvidas se realmente se tratam de entidades clínicas distintas. Comparando grupos de pacientes depressivos e ansiosos, puramente depressivos e indivíduos controle que nunca apresentaram depressão ou ansiedade, eles concluíram que “indivíduos deprimidos tendem a endossar e a recordar menos informações positivas e a organizá-las de forma menos integrada e interconectada do que pacientes ansiosos” (p. 244, tradução nossa). Segundo os mesmos pesquisadores, quadros depressivos apresentam baixos níveis de cognições e afetos positivos. A característica específica da depressão seria uma visão positiva de si mesmo menos organizada, enquanto que uma estrutura interconectada de informações negativas sobre o *self*, evidenciada em quadros depressivos, também aparece em outros quadros psicopatológicos, como os ansiosos. Portanto, a depressão e a ansiedade compartilham a codificação e a organização de informações negativas sobre o *self*, o que as diferencia é a estruturação de conteúdos positivos, que são mais deficitários na depressão.

Os quadros depressivos parecem ir de encontro aos princípios fundamentais de preservação da vida, opondo-se à manutenção de sua existência psíquica e física, muitas vezes levando a atitudes extremas como o suicídio. Sobre isso, Beck (2008) comenta: “Este transtorno apareceu para violar os cânones da natureza humana consagrados pelo tempo: o instinto de autopreservação, o instinto materno, o instinto sexual e o princípio do prazer. Todos estes anseios humanos normais são embotados ou revertidos” (p. 969, tradução nossa).

No modelo unificado que expomos na sequência, Beck e Bredemeier (2016) propõem uma nova concepção acerca desses fenômenos observados na depressão. Os autores consideram, por exemplo, o valor evolutivo de emoções e comportamentos, aproximando-se das ideias de A. Damásio que também são utilizadas pela Neuropsicanálise e, juntamente com

a Psicanálise, eles compartilham o papel fundamental atribuído a perdas significativas na precipitação dos quadros depressivos (como veremos no próximo capítulo).

7.3 UNIFICAÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS, COGNITIVOS, BIOLÓGICOS E EVOLUTIVOS

De acordo com o modelo unificado proposto por Beck e Bredemeier (2016), a depressão pode ser compreendida como uma adaptação para conservar energia após a perda percebida de um investimento num recurso vital, como um relacionamento ou a identidade grupal. Segundo essa visão, os sintomas depressivos (retraimento social, anedonia, avolia etc.) foram adaptativos ao longo da história evolutiva, mas deixaram de ser e se tornaram disfuncionais na contemporaneidade. Dessa forma, as emoções e os comportamentos resultantes, mesmo em uma psicopatologia, são compreendidos em função de seu valor biológico e de seu papel para preservação do indivíduo. Noção que é semelhante à defendida por neurocientistas como António Damásio e Joseph LeDoux acerca das emoções e dos sentimentos de forma geral. Portanto, na TC a depressão é concebida como algo que remete ao valor evolutivo de emoções e comportamentos por levar o indivíduo à economia e à preservação de recursos, mas que se torna disfuncional em função das exigências da vida no contexto socioeconômico atual, isto é, compromete a adaptação do sujeito às demandas sociais determinadas pelo modo de produção vigente.

Segundo esse modelo que teve o objetivo de integrar aspectos clínicos, cognitivos, biológicos e evolutivos da depressão, os fatores predisponentes desse quadro são os seguintes (Beck & Bredemeier, 2016):

a) Fatores distais de vulnerabilidade (história de vida): experiências traumáticas, como a perda dos pais, abuso ou adversidades durante a infância, considerando-se que experiências precoces podem perturbar o desenvolvimento neural.

b) A vulnerabilidade genética: que é certamente poligênica e deve ser analisada a partir de sua interação com fatores ambientais. Fatores de risco genéticos e ambientais se influenciam mutuamente, sendo que experiências pessoais podem alterar a expressão de genes relevantes.

c) Vieses do processamento de informação: pessoas deprimidas prestam atenção seletivamente a informações negativas e ignoram as positivas, são mais sensíveis a *feedbacks*

negativos, mostram prejuízos no sistema de recompensas, recordam informações negativas mais prontamente. Estes vieses parecem mediar os efeitos dos fatores de risco genéticos e ambientais.

d) Reatividade ao estresse: a reatividade biológica ao estresse parece desempenhar um papel crítico no caminho da predisposição genética e cognitiva até a depressão. Exemplos: desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), aumento da reatividade da amígdala etc.

e) Vulnerabilidades pessoais específicas: as pessoas têm vulnerabilidades que são disparadas por eventos específicos. Por exemplo: aquelas com altos níveis de dependência são mais sensíveis a um estresse interpessoal, que envolva sentimento de rejeição e abandono.

A predisposição não é suficiente para causar a depressão. É preciso que algo dispare o conjunto de sintomas, ou seja, que existam os fatores precipitantes. Como foi mencionado, um elemento crítico é a perda percebida do investimento em um recurso vital. O estresse também é um precursor comum: geralmente, representa uma ameaça que pode impactar negativamente em objetivos evolutivos, como ter relacionamentos interpessoais próximos, sucesso reprodutivo, aceitação por um grupo, entre outros. As avaliações ou interpretações também desempenham um papel importante. A depressão surge quando o sujeito vivencia uma perda de algo que considera vital, avalia essa perda como fora de seu controle e, portanto, como irreversível. O impacto do evento depende do significado pessoal que lhe é atribuído. Além disso, o evento estressor é capaz de ativar um esquema quando ele é congruente com as crenças dele que, por sua vez, influenciam o processamento de informações subsequente, enviesando as mesmas e, assim, fortalecendo o esquema, que se torna cada vez mais dominante, denso e impermeável a novas informações, principalmente àquelas que o contradizem.

Beck e Bredemeier (2016) propõem a existência de um “programa de depressão” (*depression program*) desenvolvido e preservado evolutivamente. Eles dizem que “a aparente disfuncionalidade da depressão severa, representada por sintomas como profunda anergia [astenia] e anorexia, é mais bem compreendida considerando-se cuidadosamente o potencial evolutivo destes sintomas” (p. 8). Inclusive apresentam dados de pesquisas com animais que exibem reações depressivas diante de eventos semelhantes aos que desencadeiam a depressão em seres humanos, como perda de um cuidador ou de *status* grupal. Segundo os autores, vários sintomas depressivos visam à conservação de energia, limitando as atividades que não são essenciais à sobrevivência, como as relacionadas à sexualidade, à fome, à parentalidade, por exemplo. Eles explicam que as estratégias para a conservação de recursos podem ser

consideradas adaptativas dependendo das situações ambientais. No entanto, se no passado garantiam melhor adaptação, talvez atualmente não atinjam esse objetivo ou atinjam apenas em casos moderados. Sintomas como aumento da vigilância, com agitação e insônia, podem atender à necessidade de monitorar o ambiente com relação a possíveis ameaças. A irritabilidade e a ansiedade presentes em quadros depressivos também podem ter essa finalidade, bem como o isolamento social pode servir para proteção e conservação de energia.

O grau de ativação do “programa de depressão” depende da magnitude da perda percebida e da predisposição individual. Pessoas predispostas à depressão apresentam maior sensibilidade ao estresse e menores limiares para ativação, pois geralmente exacerbam a magnitude da perda devido à avaliação que fazem da importância de certos recursos e da sua capacidade de enfrentamento da situação. O modelo unificado pode ser explicado da seguinte forma:

A progressão ou sequência começa com o risco genético, fatores protetivos e traumas infantis, os quais (sozinhos ou combinados) levam à reatividade ao estresse e aos vieses cognitivos negativos, refletidos em alterações cerebrais estruturais e funcionais. Em última análise, isto pode levar ao desenvolvimento de crenças negativas sobre o *self*, o mundo e o futuro (a tríade cognitiva negativa). Por sua vez, estas crenças acentuam o impacto de experiências de vida negativas ou estressores, moldando a avaliação do indivíduo do significado deles. Quando há a percepção de uma perda em um investimento vital (frequentemente em resposta a um evento ou estressor), o “programa de depressão” é iniciado. Especificamente, pensamentos negativos disparam emoções consistentes (por ex., tristeza, culpa) assim como respostas comportamentais (por ex., isolamento, inatividade, vigilância). Além disso, ativações dos sistemas imune e nervoso autônomo promovem “comportamentos de doença” (por ex., perda de apetite, anedonia). A função abrangente deste programa é promover a conservação de energia, em resposta à perda percebida. A ativação prolongada deste programa pode resultar na consolidação e no reforço de crenças depressivas acompanhadas de atrofia neural em estruturas cerebrais chave, exacerbando então o risco futuro (Beck & Bredemeier, 2016, p. 13-14, tradução nossa).

As estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais desenvolvidas ao longo da vida para enfrentar dificuldades, situações de estresse etc., ou seja, as estratégias compensatórias das vulnerabilidades e incapacidades individuais podem ter sido o melhor que o sujeito foi capaz de realizar e, mesmo, ter sido úteis em um primeiro momento. No entanto, com o passar do tempo, tornam-se disfuncionais e trazem mais prejuízos do que benefícios, intensificando cada vez mais o sofrimento e comprometendo o desempenho individual nas atividades cotidianas, o funcionamento fisiológico do organismo, as relações pessoais, a autoestima e a saúde como um todo, ou seja, afetando o sujeito em seus aspectos biopsicossociais. Não obstante, o programa de depressão pode ser encerrado se os recursos forem restaurados, seja por mudanças situacionais ou por solução dos problemas por parte do sujeito. Há ainda a possibilidade de que os erros de interpretação sejam corrigidos espontaneamente pelo indivíduo baseado em novas informações. Outro caminho para a remissão de sintomas é a utilização de intervenções

psicoterapêuticas. Os autores mencionam, por exemplo, a Terapia de Aceitação e Compromisso e as terapias baseadas em *Mindfulness*, dizendo que “qualquer intervenção que vise fatores predisponentes, precipitantes ou de resiliência podem reduzir o risco ou aliviar os sintomas” (Beck & Bredemeier, 2016, p. 14, itálico dos autores).

Belzung, Willner e Philippot (2015) apresentam uma tentativa de integração das contribuições da psicologia cognitiva e da psiquiatria biológica acerca da psicopatologia e da fisiopatologia da depressão. Eles enfocam os processos relacionados ao estresse atual e às predisposições que participam da precipitação de um episódio depressivo. Eles mencionam o pressuposto básico do modelo cognitivo de A. Beck de que indivíduos depressivos têm representações implícitas de seu próprio *self*, denominados esquemas, que envolvem temas de perda, fracasso, rejeição, desvalor e desesperança. A partir disso, traçam correlações entre estruturas e circuitos neurológicos e os vieses de processamento de informação postulados pelo modelo cognitivo. Segundo os autores, a ativação de um esquema referente ao *self* requer dois sistemas: uma rede que é ativada durante o funcionamento em um modo referencial ao *self* e um sistema que fornece um rótulo negativo para esta rede. Processos autorreferenciais como a atenção voltada para pensamentos e sentimentos estão associados ao recrutamento da rede de modo padrão (*default mode network* –DMN), que fica ativa no modo de repouso do cérebro e é desativada durante processos orientados externamente, como na execução de tarefas orientadas para objetivos. Em pacientes deprimidos, há uma falha na desativação deste circuito e isto interfere no desempenho em tarefas que demandam cognitivamente. O córtex frontal ventro-lateral esquerdo e córtex cingulado anterior (ACC – *anterior cingulate cortex*) também apresentam atividade diminuída, o que favorece o aumento da autoimagem negativa apresentada pelos pacientes deprimidos. “Os esquemas enviesam o processamento de informações favorecendo informações congruentes com seu conteúdo. Estes vieses contribuem para a instalação e manutenção do humor depressivo” (Belzung, Willner & Philippot, 2015, p. 24-25, tradução nossa), gerando o denominado bloqueio depressivo (*cognitive interlock*). O córtex medial órbito-frontal (OFC – *medial orbitofrontal cortex*) está associado com o processamento de estímulos negativos que são congruentes com o estado depressivo. A ativação da informação congruente com o esquema aumenta a ativação do esquema depressivo através de um *feedback loop* e, além disso, aumenta o viés do processamento de informação congruente com o esquema. “A mente ficaria presa então num *loop* depressivo, completando e reforçando o padrão de informação preparado pelo esquema” (p. 25, tradução nossa). Outro fator

apresentado por Belzung, Willner e Philippot (2015) é o desequilíbrio dos processos implícitos e explícitos de memória. De acordo com eles,

Os esquemas ativam automaticamente o processamento implícito de informações congruentes com eles e isto mantém ou exacerba o humor deprimido. Em pessoas que não estão deprimidas, mas apresentam eventualmente alterações do humor, o processamento explícito e voluntário é capaz de reequilibrá-lo, utilizando informações incongruentes com o esquema. Na depressão, entretanto, existe uma falha dos processos explícitos que contrabalançam o processo implícito enviesado pelo esquema depressivo (Belzung, Willner & Philippot, 2015, p. 27).

Belzung, Willner e Philippot (2015) também mencionam que estudos de neuroimagem funcional evidenciam atividade exagerada da amígdala em pacientes com depressão em resposta a estímulos negativos. A evocação de memórias negativas está associada a um aumento da atividade da amígdala nessas pessoas e pode ser correlacionada com sua severidade. O enviesamento da memória na depressão também envolve um decréscimo de recordação de eventos positivos. Acerca da ruminação característica desses quadros clínicos, os autores falam que há evidências de que ela é sustentada por prejuízos cognitivos básicos, como “dificuldades na inibição de informação negativa no nível da atenção e especialmente a incapacidade de se desvencilhar da informação negativa. Estes prejuízos do controle da atenção fornecem uma explicação mais ampla para os vieses de percepção, julgamento e memória” (p. 27, tradução nossa). Eles concluem que a convergência entre as alterações neurobiológicas demonstradas em redes cerebrais específicas relacionadas às proposições teóricas apresentadas apoia o modelo cognitivo dessa psicopatologia.

A princípio, o modelo cognitivo pode parecer divergente do pensamento psicanalítico (que abordaremos mais detidamente no próximo capítulo), seja por sua história que se inicia com Aaron Beck questionando seus pressupostos sobre a depressão, seja por sua ênfase nos processos conscientes e na confrontação de pensamentos com evidências factuais. No entanto, existem diversos elementos de convergência, que vão sendo elucidados na medida em que são identificadas as possíveis correlações entre elementos cognitivos e psicanalíticos, que esboçaremos posteriormente. Desde já, podemos chamar a atenção do leitor para aspectos que podem subsidiá-las: 1) os diferentes tipos de processamento mental, incluindo o inconsciente no sentido descritivo; 2) os esquemas cognitivos que levam a interpretação de fatos enviesada por registros de experiências precoces que ocorreram nas relações com figuras parentais; 3) a inseparabilidade dos afetos e cognições, embora existam críticas sobre ênfase da TC nos pensamentos, ela engloba aspectos emocionais e visa à melhora do humor; 4) a indissociabilidade entre mecanismos fisiológicos orgânicos e a constituição subjetiva, lembrando que a metapsicologia psicanalítica também não ignora as bases biológicas da mente.

Evidentemente, cada campo oferece explicações próprias a certos fenômenos que, se em um primeiro momento, parecem ainda mais distanciadas umas das outras, logo podem ser aproximadas. Alguns elementos teóricos descritos no modelo cognitivo unificado oferecem explicações sobre a depressão que podem ser correlacionadas, em maior ou menor medida, com proposições psicanalíticas, principalmente com aquelas desenvolvidas no campo neuropsicanalítico que, por sua vez, também encontram algum amparo em estudos neurocientíficos. No capítulo seguinte, abordamos algumas ideias da Psicanálise e da Neuropsicanálise sobre a depressão para, depois, chegarmos a possíveis interações interdisciplinares.

8 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE E DA NEUROPSICANÁLISE

*There's something inside me
That pulls beneath the surface
Consuming, confusing
This lack of self-control I fear is never ending
Controlling, I can't seem
To find myself again
My walls are closing in
(Crawling /Linkin Park)⁸*

8.1 MELANCOLIA: ENTRE A NEUROSE E A PSICOSE

Falar sobre depressão sob a perspectiva da Psicanálise com a proposta de se apresentar uma visão geral enfrenta algumas dificuldades. Quando se recorre a Freud em busca de esclarecimentos sobre esse assunto, encontra-se, por um lado, certa indefinição, porque ele não explicou especificamente o que se denomina genericamente de depressão hoje em dia ou o conjunto de sintomas que atendem aos critérios psiquiátricos estabelecidos nos manuais de diagnóstico. Por outro lado, o leitor se depara com elucidações importantes sobre os transtornos depressivos dispersas na obra freudiana, que são relevantes no contexto atual. Outra dificuldade é a reconhecida pluralidade de perspectivas teóricas que existe no meio psicanalítico, motivada tanto pela existência de várias escolas, correntes e teorias, quanto por olhares particulares dos autores. Portanto, com o intuito de esclarecer termos como melancolia, luto e estados depressivos vamos percorrer os textos freudianos e de alguns pesquisadores contemporâneos. Optamos pela exposição de um panorama geral, na medida em que isto é possível considerando-se a polifonia do campo psicanalítico, e, sem a pretensão de esgotá-lo, visamos apenas fornecer um esboço das ideias principais.

Como veremos ao longo desta exposição, S. Freud considera a existência de estados depressivos, que podem ser encontrados em vários quadros clínicos, como na histeria e no transtorno obsessivo-compulsivo, e também podem compor o cenário necessário para a

⁸ Há algo dentro de mim / Que puxa para baixo da superfície / Consumindo, confundindo / Essa falta de autocontrole eu temo que nunca acabe / Eu não consigo me encontrar novamente / Minhas paredes estão se fechando (*Crawling* /Linkin Park)

elaboração de lutos. Por outro lado, o fundador da Psicanálise descreve a melancolia como um quadro psicopatológico, cujos sinais e sintomas se aproximam de casos diagnosticados atualmente como depressão. Portanto, não é possível falar deste transtorno sob a perspectiva psicanalítica como um fenômeno clínico único em que se agrupam certos sintomas, por determinado tempo, tal como se faz em Psiquiatria.

Quando se fala em diagnóstico ou são mencionados sintomas depressivos, é necessário ter em vista o que é um sintoma, lembrando que ele tem conexão com as noções de formação de compromisso e de retorno do recalcado. Na verdade, os sintomas são indícios do retorno do recalcado por meio da formação de compromisso. O recalcado, que estava no sistema Inconsciente, reaparece na consciência de maneira deformada pelas defesas, tornando-se assim irreconhecível (Laplanche & Pontalis, 2000). Há um compromisso entre desejo e defesas, em que ambos podem ser satisfeitos, ao menos parcialmente. Portanto, o sintoma é resultado de uma elaboração psíquica e manifesta-se em alterações patológicas de funções do Eu. Ele pode ser diferenciado da inibição, que designa uma “limitação das funções normais do Eu” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 328), que pode estar presente na depressão.

Quando falamos sobre a etiologia da melancolia, não podemos esquecer a noção freudiana de séries complementares. Ela foi desenvolvida por Freud (1917/1996) principalmente na “22ª Conferência introdutória”. O modelo de séries complementares considera aspectos etiológicos inversamente proporcionais, isto é, quanto maior a rigidez das fixações libidinais (fatores constitucionais predisponentes) menor é a intensidade das frustrações (fatores acidentais) necessária para desencadear sintomas. A equação etiológica proposta por Freud pressupõe que várias causas sejam inter-relacionadas: condição (fator hereditário), causa específica, causas concorrentes e causas precipitantes ou desencadeantes (Winograd, 2007a; 2007b; 2011).

Winograd (2007a) explica que existem dois níveis na formulação de Freud: no primeiro, a constituição mais as experiências infantis originam a predisposição; no segundo nível, a predisposição somada às experiências da vida adulta desencadeia a neurose. Freud considerava a participação de aspectos herdados e adquiridos do psiquismo, incluindo a participação de fatores orgânicos nos quadros depressivos. Sobre o fator etiológico genético, Andrade (2017) reafirma a influência decisiva das experiências de vida para que se desenvolva uma psicopatologia, pois a predisposição biológica, isoladamente, não é suficiente para levar ao adoecimento. Por outro lado, se não existir a predisposição genética, o meio por si só também não desencadeará a condição patológica. “O problema é que a psicanálise tem descuidado dessa

tendência, achando que, por ser biológica, não lhe diz respeito. Trata-se de um equívoco lamentável, pois esses elementos são inseparáveis” (Andrade, 2017, p. 83).

Em nossa revisão de literatura, vimos que existem entendimentos diferentes acerca do lugar ocupado pelos transtornos depressivos entre a neurose e a psicose e encontramos certo consenso acerca do fato de que os sintomas depressivos se manifestam em diversas psicopatologias, sem que exista uma nosologia psicanalítica específica para a depressão. Rodrigues (2000), por exemplo, fala sobre o diagnóstico de depressão na Psiquiatria e na Psicanálise e conclui que, para Freud, os fenômenos depressivos são próprios do existir humano e não correspondem a um único fator etiológico, podendo se manifestar em diferentes categorias diagnósticas, sendo relativamente comuns em todas as neuroses. Por sua vez, a melancolia se refere a um quadro psicopatológico específico e psicótico, explicado segundo o modelo do luto, mas como um luto patológico, no qual recriminações e acusações se voltam contra o próprio eu por meio da identificação por regressão narcísica com o objeto perdido. Segundo esse autor, a melancolia é considerada finalmente na obra de Freud como “a única forma de neurose narcísica” (p. 171).

Seguindo na mesma direção, Coser (2003) afirma que a categoria depressão não existe na nosologia de Freud e que ele apresenta duas acepções: “uma referida à noção mecanicista da depressão como uma queda, um decréscimo numa função psíquica qualquer, queda atribuída a uma insuficiência da libidinização. . . e outra, quando relacionada a um estado de sofrimento psíquico” (p. 107), de caráter narcísico, fato que leva à perturbação do sentimento de si e que diferencia a melancolia do luto normal. Portanto, a melancolia é decorrente da perda de um objeto narcísico: “o que o sujeito perde não é um objeto qualquer, mas sim um objeto cuja função era a de completar o ego, torná-lo inteiro, e, desse modo, um objeto que agia como caução contra a castração” (p. 112). E, sendo uma neurose narcísica, a melancolia ocupa um “lugar intermediário entre neurose e psicose” (p. 112).

Mendes, Viana e Bara (2014), a partir da perspectiva freudiana, explicam que a melancolia é uma psiconeurose narcísica e seu fator predisponente é a fixação da libido na fase do narcisismo. Nesse caso, diante de uma perda, o sujeito regride a esse estágio, “no qual houve uma ferida narcísica, ficando paralisado, impossibilitado de realizar o luto, uma vez que há uma retração da libido de volta ao eu. O melancólico se identifica com o objeto perdido” (p. 426). Os autores também elucidam que, para Freud, os estados depressivos podem ser observados em diversos quadros clínicos e permitem a superação de perdas, sendo possível sua adequada elaboração, por meio de um redirecionamento da libido: “na depressão, o sujeito se desinteressa

do mundo externo em função de um acontecimento real, traumático, como o luto, dificuldades profissionais, separações, etc. O desinteresse pelo mundo externo é necessário para a elaboração do acontecimento traumático” (p. 428).

Outros pesquisadores que ajudam a compreender a relação da melancolia com as chamadas depressões são Costa e Medeiros (2015). Eles mencionam a perturbação da autoestima como uma característica que diferencia o luto e a melancolia, estando presente apenas na segunda, como nas autoacusações dos melancólicos. Concluem que a depressão pode ser vista como um estado mais leve, tratando-se de uma neurose de angústia decorrente de inibição sexual, e que a melancolia é um estado depressivo mais acentuado encontrado nas psicoses. Por sua vez, Ferrari e Pena (2012), seguindo os escritos de Freud e Lacan, também afirmam que a melancolia é uma psicose.

Segundo Jiménez (2007, p. 672, tradução nossa), “para a Psicanálise moderna, a depressão é uma síndrome variada e complexa, associada a diferentes sinais e sintomas, os quais podem se manifestar como transtornos bem definidos que se encaixam nos sistemas de classificação atuais”. Por isso, o principal objetivo do diagnóstico é descobrir o modo particular como cada paciente se torna deprimido. Carvalho e Lemos (2012) dizem que não há uma concepção homogênea da depressão no campo psicanalítico. Entretanto, sua peculiaridade é não a compreender como uma patologia isoladamente, mas implicar o sujeito e seu discurso em seu sofrimento e, a partir disso, em suas possibilidades de superação. De acordo com Monteiro e Lage (2007), o tratamento da depressão deve se basear na singularidade do sujeito e não somente num conjunto de sintomas, levando-se em conta que nem toda manifestação de tristeza é uma manifestação patológica e que o luto pode ser superado à medida que a libido pode ser reinvestida em novos objetos.

Para Teixeira (2005) a maior contribuição de Freud é estabelecer que o cerne da depressão e da melancolia é a dificuldade em elaborar perdas e lutos, sendo que a melancolia se refere a uma psicopatologia específica e a depressão descreve “estados, afetos e sintomas de natureza penosa, envolvendo tristeza, desgosto, preocupação e inibição geral” (p. 53). Siqueira (2007), baseada em sua compreensão das palavras de Freud (1926/2014) em “Inibição, sintoma e angústia”, afirma que a depressão é uma inibição generalizada, considerando que a inibição é “a expressão da restrição de uma função do eu, através da qual este evita entrar em conflito com o isso [id], ou seja, com algo que lhe escapa. Dessa forma, o eu empobrece funcionalmente” (p. 74). A depressão seria, portanto, uma reação do Eu frente ao conflito com o Id e em face da ameaça de castração, que o leva à deslibidinização e perda do prazer, que a autora refere como

uma “disjunção entre o sujeito e o prazer da libido” (p. 74). Já Arantes-Gonçalves (2011) levanta algumas hipóteses sobre correlações de constructos psicanalíticos acerca do luto e da depressão com descobertas neurocientíficas, tanto no que se refere a alterações de neurotransmissores, quanto fundamentado em pesquisas com neuroimagem. Por exemplo, o autor sugere que a hipoatividade do córtex pré-frontal dorso-lateral corresponderia à base neurobiológica da diminuição do investimento libidinal no mundo externo que ocorre em estados depressivos.

Pinheiro, Verztman e Viana (2016) fazem uma comparação entre depressão e melancolia, baseada na análise de relatos de sujeitos deprimidos acerca dos temas: desejo, vergonha e autoimagem. Os autores identificaram que existem diferenças no desejo nos dois quadros. Na depressão, há um imediatismo, não são tolerados atrasos, mas o desejo pode esvanecer-se rapidamente se não há satisfação instantânea; por outro lado, na melancolia, parece nem sequer haver desejo. Quanto à vergonha, na depressão geralmente está relacionada ao desempenho do indivíduo, as suas possíveis falhas, e na melancolia é como se não houvesse interioridade, como se o sujeito estivesse exposto ao olhar crítico do outro.

O luto apresenta várias faces na obra freudiana, segundo Amorim e Viana (2003). As autoras abordam o luto como um afeto, ao qual atribuem estatuto de normalidade e que possui expressão quantitativa (energia a ser desinvestida do objeto perdido e reinvestida em outros objetos) e qualitativa (impacto emocional e impressão subjetiva). Fleischer (2015) discorre sobre a teorização de Charles Brenner sobre o afeto depressivo e sua diferenciação entre afeto, sinal de afeto e doença, a qual apresenta implicações a respeito da interação entre tratamentos psicológicos e biológicos. O autor enfatiza o afeto depressivo relacionado à castração, o qual, segundo ele, Brenner considera um componente universal das formações de compromisso. Fleischer (2015) tece uma crítica à Brenner apontando a necessidade de uma adequada distinção entre afeto e patologia depressiva e de uma compreensão da interação entre ambos. O autor explica que Brenner define a depressão como “um sentimento de desprazer acompanhado da ideia de que algo terrível aconteceu” (p. 272, tradução nossa), a qual auxilia na diferenciação da ansiedade, em que também há desprazer, mas associado à ideia de que “algo terrível vai acontecer” (p. 272, tradução nossa). De acordo com Fleischer (2015), Brenner recusa o significado da depressão como patologia, considerando-a um afeto e discordando do foco da psiquiatria no afeto consciente e no humor dos pacientes. Entretanto, o primeiro autor defende que se tenha uma diferenciação clara na prática clínica do que é afeto depressivo e um estado patológico de humor, alinhada à teoria psicanalítica que considera os conflitos inconscientes e

“reconhece o papel do trauma, do ambiente, da constituição e da experiência subjetiva da criança no desenvolvimento psíquico” (p. 277, tradução nossa).

Há autores que propõem outras classificações diagnósticas, como Gomes de Matos, Gomes de Matos e Gomes de Matos (2006), que diferenciam depressão melancólica e depressão atípica baseados na reatividade do humor diante de estímulos positivos. Na primeira, o paciente não reage; na segunda, reage, pelo menos temporariamente. Com relação a aspectos psicodinâmicos, consideram que na melancólica há regressão para fases mais primitivas, em que a separação da mãe foi sentida como irreparável, sendo que na depressão atípica tal separação não ocasionou consequências tão nefastas. Os autores propõem ser fundamental para o trabalho do analista “a compreensão dos mecanismos psicodinâmicos, subjacentes à depressão melancólica – cuja moeda de troca é cunhada pela alteração do juízo da realidade, desesperança e (auto e hétero) agressividade – e à depressão atípica – pelo desamparo, dependência e voracidade oral” (p. 179). Outra proposta de diferentes critérios de diagnóstico é a de Bleichmar (2010a, 2010b) que diferencia subtipos de luto patológico, que abordaremos com mais detalhes posteriormente.

Ao se falar em sintoma no campo psicanalítico é necessário considerar a sua inserção numa estrutura clínica específica, com um funcionamento psicodinâmico próprio. Rocha (2008) apresenta essa abordagem estrutural ao discorrer sobre a depressão, lembrando que o sintoma esconde um sentido, que pode ser entendido em sua relação tanto com a estrutura psíquica subjacente quanto com a história de vida do sujeito. Dessa forma, os sintomas depressivos podem ter significados diferentes se o indivíduo apresentar uma estrutura de personalidade neurótica, psicótica ou *borderline*. De acordo com esse autor, na depressão neurótica, observa-se sua relação com traumas ocasionados por frustrações afetivas, experiências de perdas e medo de abandono, lembrando que mais do que uma reação a eventos traumáticos, os transtornos depressivos são também a expressão de conflitos intrapsíquicos. Já as depressões melancólicas se caracterizam por um esvaziamento do ego, podendo chegar a delírios de inferioridade, sendo que na exibição de culpa e indignidade, o sujeito pode encontrar satisfação. Isto ocorre pelo fato de que as autoacusações são, na verdade, dirigidas ao objeto de amor perdido, devido ao caráter narcísico e ambivalente de sua vinculação a ele. Por meio da identificação narcísica, o sujeito lida consigo mesmo como lidava com o objeto. Contudo, essa tentativa de recuperar o objeto através da identificação tem a característica de uma incorporação oral e, portanto, em vez de ser preservado no interior do sujeito, ele é destruído pelo sadismo típico da ambivalência da oralidade. Em casos de depressão em estruturas *borderline*, observa-se uma angústia

diferente das que se apresentam nas depressões neurótica (angústia de castração) e psicótica (angústia de fragmentação ou aniquilamento). Trata-se de uma dupla angústia, segundo Rocha (2008): o medo de ser abandonado pelo objeto amado e o de ser sufocado por ele.

8.2 PERDAS E EXCESSOS TRAUMÁTICOS

Uma obra em que Freud condensa algumas ideias fundamentais para o nosso tema é “Luto e Melancolia” (1917/2010d). Segundo ele, na melancolia se observa “um abatimento doloroso, uma cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e diminuição da autoestima, que se expressa em recriminações e ofensas à própria pessoa” (p. 128). Essas recriminações voltadas contra si mesmo são entendidas por Freud como resultado de uma identificação do Eu com o objeto amado (de forma ambivalente) e que foi perdido, de modo real ou ideal. Isto pode ocorrer em função de ter havido uma escolha narcísica de tal objeto.

Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu, e a partir de então este pôde ser julgado por uma instância especial como um objeto, o objeto abandonado. Desse modo, a perda do objeto se transformou numa perda do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada, numa cisão entre a crítica do Eu e o Eu modificado pela identificação (Freud, 1917/2010d, p. 133-134).

Na sequência da mesma obra, Freud (1917/2010d, p. 130) relata, em linhas gerais, o discurso do paciente melancólico sobre si mesmo:

O doente nos descreve seu Eu como indigno, incapaz e desprezível; recrimina e insulta a si mesmo, espera rejeição e castigo. Degrada-se diante dos outros; tem pena de seus familiares, por serem ligados a alguém tão indigno. Não julga que lhe sucedeu uma mudança, e estende sua autocrítica ao passado; afirma que jamais foi melhor. O quadro desse delírio de pequenez — predominantemente moral — é completado com insônia, recusa de alimentação e uma psicologicamente notável superação do instinto que faz todo vivente se apegar à vida.

Roudinesco e Plon (1998) auxiliam na diferenciação do luto e da melancolia, clarificando que, no primeiro, o sujeito consegue se desvincular do objeto gradualmente, porém, na melancolia, ele “se supõe culpado pela morte ocorrida, nega-a e se julga possuído pelo morto ou pela doença que acarretou sua morte. . . se identifica com o objeto perdido, a ponto de ele mesmo se perder no desespero infinito de um nada irremediável” (p. 507). Trevisan (2004) sintetiza os elementos fundamentais na melancolia: perda de objeto de natureza ideal; regressão para fase oral ainda narcisista da libido; identificação do ego com o objeto perdido; ambivalência prévia na relação com o objeto; tendência ao sadismo que se volta contra o ego.

As concepções freudianas sobre o luto e a melancolia podem subsidiar teoricamente a investigação da depressão na atualidade. Com o objetivo de apresentar um entendimento destas noções vamos expor a análise conceitual da obra “Luto e Melancolia” realizada por Desmet (2013). Esse autor observou que são formuladas questões e hipóteses inapropriadas e simplistas em pesquisas que visam testar as ideias freudianas empiricamente, as quais geralmente não dão conta de sua complexidade. Ele também considera problemático o fato de enfocarem associações isoladas entre depressão e variáveis como perda, narcisismo, ambivalência, entre outros, argumentando que nas suas expressões singulares elas não podem ser pensadas como típicas da depressão, pois o que Freud “ênfatiza é a ocorrência destas diferentes características numa constelação específica” (Desmet, 2013, p. 01, tradução nossa).

O primeiro aspecto teórico discutido por Desmet (2013) é a perda do objeto de amor: “a perda é primeiramente experienciada no nível *interpessoal* e é, num segundo momento, repetida no nível *intrapessoal*” (p. 02, itálicos do autor, tradução nossa). O que é vivido como decepção ou menosprezo (desconsideração) por parte do objeto perdido transforma parte do amor por ele em ódio e constitui a ambivalência. O autor traz contribuições de sua experiência clínica, dizendo que tal decepção é vivida passivamente. “O objeto de amor falhou ao agir quando o paciente estava numa situação em que precisava de ajuda” (p. 02, tradução nossa). Desmet (2013) observou nos atendimentos aos pacientes deprimidos uma descrição polarizada dos pais, em que um deles é descrito como um tirano que oprimiu o paciente e outro membro do casal, enquanto este último é descrito como vítima, incapaz de se defender. O pai ou a mãe que é visto como a vítima fraca demais para intervir é geralmente o objeto de amor e o outro, como alguém que causou grande injustiça.

Desmet (2013) também considera importante a distinção entre o que ocorre no nível consciente e inconsciente. No primeiro, encontra-se certa injustiça infligida pelo tirano e, no nível inconsciente, a passividade da vítima. Ele explica que, segundo Freud, a decepção com o objeto de amor não é a causa da depressão. A causa se refere à forma como a pessoa responde às decepções. Quem é vulnerável à depressão reage a tal decepção retirando a libido do objeto para o ego e reinvestindo-a de duas formas: por um lado, estabelecendo uma identificação narcísica com o objeto e, por outro, investindo em impulsos sádicos superegóticos que atacam essa identificação no ego por meio de autoacusações e reprovações. Por fim, “o sadismo prevalece e os investimentos libidinais das representações do objeto no ego são abandonados. Esta é a segunda perda, a perda intrapessoal, que é a perda de libido no ego” (p. 02). Portanto,

o que ocorre na depressão é a identificação com o próprio objeto, ou seja, o ego se torna o objeto de amor para lidar com a sua perda.

Nesse ponto, mais uma vez Desmet (2013) compartilha suas observações clínicas para complementar o pensamento de Freud, relatando que sua hipótese é que há identificação com os aspectos decepcionantes do objeto, principalmente com a passividade, o que explicaria a profunda recusa a reagir aos estímulos da vida presente nos estados depressivos. O sadismo do superego também ataca “. . . a identificação com o objeto antes da decepção, quando a relação era predominantemente satisfatória. Naquele período, o paciente instalou identificações narcísicas com os aspectos afetuosos, amáveis e atenciosos do objeto amado” (p. 02-03, tradução nossa). De acordo com Desmet (2013), no nível intrapessoal, são perdidas as identificações com os aspectos positivos do objeto e as que permanecem são as identificações com os seus aspectos maus. Na concepção freudiana, de acordo com o autor citado, a depressão está intimamente relacionada ao sadismo, pois “não estando bem, o paciente depressivo tenta torturar o objeto amado, punindo-o por suas falhas” (p. 03, tradução nossa). O sadismo depressivo funcionaria por meio da comiseração, ou seja, a pessoa deprimida sabe que se sofrer o objeto amado vai sofrer com ele. Outra diferenciação entre os níveis consciente e inconsciente se refere às queixas depressivas. No nível consciente, elas são direcionadas à opressão agressiva do tirano. No inconsciente, à passividade de quem foi vítima. Quanto à agressão do superego, no consciente é dirigida aos aspectos passivos do ego (ideia de não ser capaz de fazer nada por quem ama) e, no inconsciente, é voltada aos aspectos positivos (afetuosos) do objeto, havendo recusa de oferecer amor e cuidado.

Segundo Desmet (2013), Freud não define se está se referindo a um objeto de amor da infância ou da época em que o paciente deprime. O autor conclui que ele se refere aos dois, pois no futuro o depressivo poderá amar aqueles que se encaixam nas suas representações de objeto de amor, até que a repetição se acabe ao encontrar alguém que o convença de que há outra forma de existir e amar. Acerca da evolução do processo terapêutico, Desmet (2013) explica que “as queixas depressivas vão diminuir. . . no momento que ele [o paciente] substituir as identificações com os aspectos passivos/destrutivos do objeto de amor por identificações com os aspectos ativos/construtivos do objeto de amor” (p. 04, tradução nossa). E conclui dizendo que a depressão é uma tentativa de existir para o outro, mesmo que infringindo sofrimento a ele, pois sua indiferença é insuportável ao sujeito. O caminho terapêutico a seguir é reintegrar o sadismo em uma experiência subjetiva que resgate suas raízes no amor.

Como vimos, nas publicações consultadas foram encontrados elementos como a desesperança, a impotência e a diminuição da autoestima; perdas e o luto decorrente; a alteração do desejo – que possui uma faceta inconsciente que se manifesta nos sintomas; sentimento de culpa acompanhado de autopunição e autorrecriminação – que também podem não ser conscientes para o sujeito; e o desamparo, intrinsecamente relacionado à angústia. Como escrevem Laplanche e Pontalis (2000, p. 112) “. . . o estado de desamparo torna-se o protótipo da situação traumática”, no qual o sujeito pode submergir ao excesso de excitações. Não vamos abordar o trauma de forma mais extensa por sua complexidade, porém, como alguns autores o enfatizam em seu entendimento da depressão, é necessária a compreensão de que “o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações” (Laplanche & Pontalis, 2000, p. 522).

Leuzinger-Bohleber (2015) apresenta uma contribuição significativa ao relacionar a depressão ao trauma. Ela propõe que a depressão é uma tentativa de lidar com a dor psíquica insuportável decorrente de algo traumático. De forma consoante com a maioria dos autores já mencionados, a autora considera a depressão como um processo individual e único, que não representa uma categoria estática e claramente circunscrita. Na revisão de literatura que expõe, também esclarece que na depressão prevalecem sentimentos de desamparo e desesperança; o *self* se percebe impotente e disto decorrem a passividade, a apatia e a inibição. As autoacusações apresentadas pelos sujeitos podem servir para atenuar o sentimento de culpa e reaver o amor do superego por meio de autopunição. Além disso, podem estar presentes sentimentos de vergonha e sofrimento narcísico. Também pode haver identificação com pais depressivos ou, ainda, déficits no ego que dificultam a internalização de relações objetais satisfatórias, o que aumenta a probabilidade de deprimir. Vários caminhos podem levar ao senso de desesperança e impotência, mas nenhum se mostra uma condição obrigatória. A autora considera que o papel central do trauma na gênese da depressão severa tem sido subestimado.

Portanto, Leuzinger-Bohleber (2015) afirma que a “traumatização severa pode levar à depressão crônica se ela não for reconhecida e tratada” (p. 622, tradução nossa). Ela define sua concepção de trauma da seguinte forma: “representa uma experiência avassaladora [excessiva], que coloca o ego numa situação de extrema desesperança e impotência, ligada ao medo da morte e ao pânico. Isto leva ao colapso do senso básico de confiança num *self* ativo e autônomo” (p. 622, tradução nossa). Em função disto, a autora propõe que sejam feitos ajustes na técnica empregada no tratamento desses pacientes, a fim de se estabelecer uma relação acolhedora,

continente e compreensiva e de se construir a confiança num objeto capaz de oferecer ajuda e suporte, de maneira que o analisando possa lidar com a reativação do trauma, sem que isto leve a sua re-traumatização, e possa se engajar num processo de transformação psíquica.

Bleichmar (2010a, 2010b) propõe alguns subtipos de luto patológico que requerem intervenções terapêuticas apropriadas a cada um deles. Segundo ele, é necessário avaliar se houve fixação no objeto perdido relacionada a ansiedades narcísicas, se a condição para a fixação no objeto foi uma idealização secundária após a perda, construída pelo fenômeno do *après-coup* ou *Nachträglichkeit* (que permite a reconstrução de memórias baseada no presente) ou se houve fixação motivada por ansiedades persecutórias. Assim, o diagnóstico deve abranger dois aspectos: o conteúdo temático – culpa, sofrimento narcísico, medo etc., e o nível de organização do ego – a capacidade de separar processos primários e secundários, o tipo do superego, tolerância a impulsos etc. Acrescenta também que é preciso identificar se a agressividade e o ódio ao objeto impedem a reconciliação com o objeto perdido e a aceitação de novos objetos.

De acordo com Bleichmar (2010b), os sentimentos de desamparo e desesperança de alcançar o que é desejado são um denominador comum no luto patológico, mas as suas causas podem ser diferentes em cada caso, dependendo da função que o objeto amado e perdido desempenhava para o sujeito, por exemplo, suprimindo desejos, amenizando ansiedades, isto é, significando proteção, segurança ou satisfação. Deste modo, a perda do objeto acarreta um desequilíbrio psíquico ao perturbar as funções que exercia para o indivíduo. A ocorrência da depressão clínica a partir do luto patológico depende, segundo o autor, da tendência a se sentir desamparado e sem esperanças que algumas pessoas apresentam diante de frustrações ou adversidades. As origens desses sentimentos estariam em experiências passadas em que eles foram vivenciados ou na identificação com figuras importantes que também enfrentaram esses sentimentos. Portanto, sugere que sejam diferenciados 1) os pacientes que bloqueiam seus afetos relacionados a conflitos presentes ou a reativação de conflitos passados, com o intuito de não enfrentar ansiedades desencadeadas por eles, 2) daqueles pacientes que se identificaram com pais com baixos níveis de excitação (ativação) e afetividade e nos quais isto se tornou um traço de personalidade. Outros aspectos a serem diferenciados são: 1) se a fixação e a dependência do objeto resultam da descrença do sujeito em seus próprios recursos, mesmo tendo tais recursos, mas atribuindo-os ao objeto; ou b) se o sujeito de fato tem déficits reais e mantém uma simbiose com o objeto para obter o que lhe falta e completar sua estrutura psíquica.

Sobre o tratamento psicoterapêutico, Bleichmar (2010b) alerta que não se pode generalizar o pressuposto de que é preciso elaborar perdas do passado para que seja possível elaborar uma perda atual. Por causa da tendência da nossa mente de reconstruir o passado, memórias podem ser criadas retrospectivamente (*après-coup*) e o sujeito pode sentir falta de algo que nunca existiu. Portanto, algumas vezes é a elaboração de uma condição presente que ocasiona sentimentos de desamparo, que favorece a atribuição de novos significados para as perdas anteriores. O autor também aborda o fato de que a agressividade e a ambivalência estão presentes nas origens e na manutenção do luto patológico em alguns casos. Os pacientes podem apresentar sentimento de culpa, por exemplo, por não ter cuidado o suficiente do objeto e não ter evitado a perda ou lhe causado algum dano, e assim, parar de pensar nele ou de sofrer por ele, substituí-lo por outro objeto, pode ser visto como falta de lealdade ou de sensibilidade, pois continuar sofrendo por ele significa que ainda é amado e poupa o sujeito de se sentir mal e culpado. Quando a perda representa um dano narcísico, o objeto pode ser depreciado e este ódio impede que o sujeito se liberte dele. Além disso, odiá-lo, mesmo com esse propósito defensivo, pode intensificar a culpa.

8.3 NEUROPSICANÁLISE: SEPARAÇÃO, PÂNICO E DESESPERANÇA

Prosseguindo rumo a uma produção interdisciplinar, adentramos nos campos de articulação entre a Psicanálise e as Neurociências. Pesquisadores da Neuropsicanálise desenvolveram explicações sobre a depressão, baseadas principalmente em dados neurocientíficos sobre as emoções, que ajudam a compreender alguns de seus sinais e sintomas. De acordo com Panksepp e Watt (2011a) e suas pesquisas com modelos animais, as emoções básicas são as seguintes: BUSCA, MEDO, RAIVA, DESEJO sexual, CUIDADO maternal, PÂNICO/LUTO (estresse de separação) e BRINCAR alegremente (mantivemos as letras maiúsculas, como propõem os autores). Estas emoções são descritas por eles assim: BUSCA – desejo de encontrar e obter os frutos do mundo que representa uma capacidade adaptativa vital para combinar necessidades internas com oportunidades ambientais. MEDO – esta emoção nos protege de perigos e ameaças. RAIVA – é ativada na competição por recursos e quando há repressão ou frustração de desejos. DESEJO SEXUAL – o que permite que indivíduos se apaixonem. CUIDADO – relacionado ao instinto maternal e de cuidarmos uns dos outros. PÂNICO/LUTO – quando jovens indivíduos são separados dos seus cuidadores eles entram em pânico, choram e têm sentimentos de solidão e estresse. São os protótipos dos sentimentos de

tristeza e luto mediante perdas. Estas emoções estão relacionadas ao apego e aos vínculos afetivos que os sujeitos têm entre si. BRINCAR – indivíduos brincam uns com os outros de modo a explorar possibilidades de interação social de forma alegre.

Watt e Panksepp (2009), numa publicação na revista *Neuropsychoanalysis*, propõem que a depressão é um mecanismo conservado evolutivamente no cérebro dos mamíferos, selecionado como um modo de desligamento para finalizar o estresse ocasionado por uma separação prolongada que, caso fosse persistente, seria perigoso para o indivíduo em idade precoce. Esse mecanismo permanece disponível em idades maduras, principalmente naqueles dotados com determinados polimorfismos genéticos e outros fatores predisponentes, como traumas precoces de perda e separação, que podem promover sua ativação em face de estressores crônicos. O mecanismo de desligamento pode se tornar hipertrofiado e produzir todo o espectro dos quadros depressivos. Os autores explicam a baixa autoestima observada na depressão em função da dor psíquica enfrentada pelo sujeito, associada pela hiperativação do sistema separação-estresse/PÂNICO e hipoativação ou desregulação do sistema de BUSCA. Assim, a baixa autoestima pode ser um derivado estrutural de várias formas de estresse de separação, associado a falhas recorrentes de empatia, em períodos críticos do desenvolvimento. Isso condiz com a ênfase psicanalítica em fatores de vulnerabilidade como exposição a negligência e abandono, rejeição materna, excessiva indução de vergonha e culpa. Johnson e Mosri (2016) reiteram as ideias desses autores, considerando que “a combinação de alto PÂNICO e baixa BUSCA parece levar a um sentimento de desesperança. A exaustão resultante pode levar ao desejo de morrer em pacientes severamente deprimidos, produto de relações de BUSCA desprazerosas e destrutivas intermináveis” (p. 7, tradução nossa).

Interessa-nos também o que Watt e Panksepp (2009) dizem acerca da compulsão à repetição, tecendo uma crítica à metapsicologia psicanalítica que a entende associada ao controverso instinto de morte, em vez de considerá-la simplesmente como sistemas cérebro-emocionais de hábitos. Eles afirmam que o conceito de compulsão à repetição “sublinha como todos nós estamos, num certo sentido, tentando vencer as batalhas que perdemos há muito tempo e que os eventos presentes que recapitulam os traumas do passado vão mobilizar poderosamente os afetos negativos mais dolorosos (p. 42)”.

Kernberg (2009) discute a publicação de Watt e Panksepp (2009), dizendo que é condizente com o pensamento psicodinâmico atual, principalmente no que diz respeito aos “. . . mecanismos intrapsíquicos que determinam a experiência de perda de suporte não apenas de objetos externos, mas também como uma consequência da internalização patológica de relações

de objeto precoces e de seu papel na regulação disfuncional da autoestima” (p. 76). Por outro lado, esse autor aponta o risco de se incorrer em uma atitude reducionista, visando associar funções psíquicas a estruturas neurológicas, pois a disposição afetiva de um sujeito está atrelada ao desenvolvimento do pensamento simbólico e não depende diretamente das estruturas neurobiológicas subjacentes.

Além disso, Kernberg (2009) considera razoável a proposição de que a depressão é determinada por um conjunto complementar de fatores etiológicos. Quanto aos fatores biológicos, em situações de separação e perda do objeto em idade precoce, a ativação do afeto depressivo é neuroquímica e geneticamente controlada. Em circunstâncias traumáticas em fases iniciais do desenvolvimento, ocorre uma reação desproporcional de estresse e se constitui uma disposição para ativação excessiva de afetos negativos posteriormente.

Com relação aos fatores psicológicos, Kernberg (2009) diz que quando a ansiedade é ativada e o indivíduo busca uma resposta materna, mas não a encontra, surge o afeto depressivo diante da perda do estado ideal anterior. Posteriormente, quando houver rejeição por um objeto ideal, isto irá ressoar com as estruturas superegóicas internalizadas e não será percebida como um ataque externo. Ambientes hostis, abusivos e de privação ativam afetos agressivos que levam à formação de estruturas egóicas e superegóicas patológicas, que ameaçam o predomínio normal de relações objetais investidas libidinalmente. Essa configuração da constituição psíquica determina o potencial para a depressão patológica. Por fim, Kernberg (2009) expõe seu ponto de vista sobre a interação de fatores biológicos e intrapsíquicos predisponentes à depressão:

... o impacto psicológico de uma grave perda de suporte social pode disparar toda a constelação da neurobiologia da depressão, quanto, igualmente, uma forte disposição genética refletida na ativação dos sistemas neurobiológicos correspondentes pode disparar toda a complexa sintomatologia psicológica da depressão, psicodinamicamente estruturada, incluindo auto ataques severos e não realistas e auto desvalorização (p. 80, tradução nossa).

Por sua vez, Blatt e Luyten (2009) sinalizam o fato de que eventos de separação e perda estão presentes apenas em parte dos casos de depressão, sendo necessário existir maior ênfase na integração de dados provenientes de pesquisas acerca de dimensões neurobiológicas das psicopatologias, principalmente as que enfocam o estresse. Os autores lembram a relação entre o estresse, mediado pelo eixo HPA (hipófise-pituitária-adrenal), e a depressão. Além disso, apontam evidências de que a depressão atípica, caracterizada pela sensibilidade à rejeição interpessoal, está associada à hipoatividade do eixo HPA, enquanto que a depressão melancólica, mais caracterizada por irritabilidade e hostilidade, está ligada à sua hiperatividade.

Blatt e Luyten (2009) também enfatizam a necessidade de se levar em consideração o sistema de significados desenvolvido pela criança, isto é, o impacto que abusos em fases precoces do desenvolvimento infantil têm sobre o senso de confiança e autovalorização da criança. Por isso, qualquer modelo de estresse de separação deve abranger fatores inter e intrapessoais e suas influências nas respostas ao estresse. Esses esquemas cognitivos e afetivos são mencionados nas abordagens psicodinâmicas como representações mentais, objetos internos bons ou maus, ou relações de objeto internalizadas. Portanto, de acordo com estes autores, é preciso incluir a estrutura cognitiva dos sistemas de significados em modelos biopsicossociais compreensivos da depressão, ou seja, representações mentais dos esquemas cognitivos e afetivos interpessoais, do próprio *self* e dos outros. O modelo cognitivo beckiano que apresentamos pode contribuir para isso, com suas noções de esquemas, crenças e pressupostos, que influenciam as interpretações dos eventos e experiências de vida.

Blatt e Luyten (2009) comentam que a sugestão de Watt e Panksepp (2009) de que a depressão seria um mecanismo evolutivo com valor adaptativo, teria sido antecipada por George Engel, pai do modelo biopsicossocial, que considerava as reações depressivas observadas na prática clínica como indicativas mais de uma desistência do que de culpa ou agressão voltadas contra o próprio sujeito. Segundo Panksepp e Watt (2011b):

. . . a depressão está intimamente relacionada 1) à hiperatividade continuada do sistema de PÂNICO por separação-estresse que pode, se prolongada, levar a uma cascata descendente para o desespero psicológico. . . . 2) à fase de desespero, que segue a resposta aguda de PÂNICO e é caracterizada pela atividade anormalmente baixa do sistema de BUSCA. Em termos de modelos animais, a depressão reflete a agitação comportamental do estresse de separação seguida por um desligamento (*shutdown*) emocional. O estado de pânico com agitação comportamental pode incluir a ativação da BUSCA, seguida por uma BUSCA dramaticamente reduzida durante a “fase de desespero”. Desta perspectiva, a depressão pode ter vantagens evolutivas, como a conservação de recursos após um estresse de separação que não obteve alívio (p. 5, tradução nossa).

Panksepp e Watt (2011b) respondem à questão do título de seu artigo (por que a depressão dói?) pelo fato de que os sistemas de estresse por separação criam a dor psicológica. Este sistema capaz de gerar a dor psíquica possivelmente evoluiu por ser capaz de promover a coesão e a solidariedade social, forjar laços entre crianças e seus cuidadores, fortalecer amizades e relacionamentos sexuais. “As consequências afetivas da ativação prolongada deste sistema são experienciadas como dolorosas. Este tipo de sofrimento psicológico, que a maioria dos humanos tentará a evitar a todo custo, é o caminho para a maioria das formas de depressão” (p. 8).

Panksepp e Watt (2011b) defendem a ideia de que a fase de desespero resulta de uma diminuição das necessidades e impulsos do sistema de BUSCA. Frente ao estresse de separação, o indivíduo em PÂNICO reage com manifestações de protesto, que são atenuadas por meio da diminuição da atividade de BUSCA, e entra num estado de lassidão e desespero. Estes afetos negativos contribuem para a sua desistência, mediante sua incapacidade de recrutar energia mental para melhorar o humor através da BUSCA por recompensas reais ou imaginadas. “A dor da depressão – emergindo principalmente de perdas e derrotas sociais – pode ser o preço que nós mamíferos pagamos pelas vantagens evolutivas dos laços sociais que enriquecem nossas vidas e promovem a procriação e a sobrevivência” (p. 10, tradução nossa).

Conforme Zellner, Watt, Solms e Panksepp (2011), os sistemas de PÂNICO e de BUSCA estão no cerne da depressão. O sistema de BUSCA motiva os indivíduos a explorar o ambiente e a ter expectativas otimistas, a se voltarem para o mundo externo a fim de obter experiências prazerosas. Os sentimentos de engajamento e otimismo são intrinsecamente positivos. Por outro lado, quando há decréscimo do funcionamento desse sistema surgem sentimento de vazio, de morte e falta de esperança e de interesse. O valor biológico da dor gerada pela separação (ou perda) do objeto motiva o sujeito a recuperar a união entre eles. Caso essa reunião não aconteça, um segundo mecanismo entra em cena e faz com que o estresse cesse e o sujeito desista dessa busca (fase de desespero), a fim de conservar sua energia e aumentar sua chance de sobrevivência. Esta concepção do que ocorre em depressões clínicas se baseia em modelo animais e, evidentemente, representa um protótipo de estados emocionais que certamente interagem com um processamento cognitivo muito mais complexo em seres humanos, com extensões que provavelmente não existem em animais, como sentimento de culpa, vergonha, rejeição ou abandono.

Zellner et al. (2011) reafirmam a correlação entre depressão e perda feita pela Psicanálise, pois atualmente está consolidada a noção de que experiências precoces de separação realmente predis põem à depressão. Estes autores apresentam algumas hipóteses sobre os quadros depressivos, que elucidam o processo subjacente:

(1) A constelação de sentimentos que nós denominamos ‘depressão’ significa alguma coisa. Eles significam que o animal desistiu de atividades e recompensas normais e “desligou” [*shutdown*] seu comportamento. (2) O ‘desespero’ normalmente segue (e desliga) o ‘protesto’, também conhecido como ‘estresse de separação’. . . . (5) Esta sequência é ativada no luto normal (um sentimento de perda, o qual, apesar dos protestos, não é seguido por uma reunião). O engajamento patológico (excessivo, injustificado ou mal adaptativo) desse mecanismo é denominado depressão (p. 2003, tradução nossa).

Solms (2012) reitera o mesmo mecanismo da depressão descrito acima – uma fase de desespero se segue à fase de protesto após a perda do objeto amado, na qual diminuem os impulsos de busca. Ele acrescenta o aspecto de que a frustração de desejos (dos impulsos de BUSCA) desencadeiam respostas de raiva. Entretanto, tais respostas devem ser inibidas ou mesmo revertidas. “Subjetivamente, este mecanismo é refletido no fato de que a esperança é substituída por desesperança, levando à anedonia, ou pior: a esperança é substituída por um ataque ao *self*” (p. 211, tradução nossa). Ou seja, o mecanismo objetivo é um desligamento do sistema de BUSCA para promover a sobrevivência, mas o subjetivo pode ser descrito como: “eu me odeio por precisar do outro e desejá-lo de volta”. Portanto, a baixa autoestima ou mesmo o ódio voltado para si mesmo ignoram o mecanismo subjacente que, na verdade, representa uma vantagem para a sobrevivência. Por um lado, o sofrimento que vivenciamos em situações de separação e perda nos motiva a construir e a manter vínculos afetivos. Por outro, perder as esperanças diante da impossibilidade de recuperar o que foi perdido pode ser o melhor para continuidade da vida do indivíduo.

Yovell, Solms e Fotopoulou (2015) também defendem a existência de um impulso específico para o apego, para a formação de vínculos, atuante desde o princípio da vida e que funciona de forma independente de outro impulso, que é caracterizado por um desejo natural de satisfazer as necessidades do corpo e que é similar à libido tal como foi proposta por Freud. É a frustração desse impulso, que representa a necessidade de vínculo e cuidado adequado, que coloca o sujeito num estado de pânico, acompanhado muitas vezes de raiva, posterior desespero e diminuição dos impulsos que o motivam a buscar satisfação de necessidades e atividades prazerosas. Processo que culmina na depressão.

Tendo em vista as proposições teóricas das disciplinas que apresentamos até aqui, no próximo capítulo pretendemos apontar convergências entre elas, correlacioná-las e demonstrar que são possíveis algumas construções interdisciplinares visando à compreensão da mente e dos fenômenos depressivos.

9 CONSTRUINDO UMA PERSPECTIVA INTEGRATIVA

*But isn't it beautiful
The way we fall apart
It's magical and tragic all the ways
We break our hearts
(We Fall Apart / We as Human)⁹*

9.1 UM TRIPÉ COMO APOIO

Lembram-se do sujeito do início de toda esta conversa? Aquele vivendo seu cotidiano, sofrendo suas dores, ruminando seus problemas, enfrentando desafios, gozando seus prazeres, repetindo erros ou aprendendo com eles, encarando frustrações, celebrando conquistas, enfim, sendo humanamente complexo na singularidade de sua existência. Aquele que justamente por essa complexidade é incompreensível por uma única perspectiva teórica, por mais rica e bem elaborada que seja. Nós tentamos compreender alguns aspectos de sua constituição subjetiva e do funcionamento de sua mente-corpo, englobando mecanismos biológicos, a afetividade e os processos cognitivos para, então, investigarmos mais especificamente a depressão.

Nós recorremos ao pensamento complexo e argumentamos que frente à complexidade de um objeto de estudo devemos tolerar incertezas, imprecisões, contradições, ambiguidades e a coexistência de elementos originalmente divergentes. Transitamos pelo terreno inseguro da interdisciplinaridade e nos amparamos em alguns pilares, mais ou menos sólidos, da Psicanálise, da Terapia Cognitiva e das Neurociências. Buscamos respaldo em filósofos, psicanalistas, terapeutas, cientistas, compondo uma interlocução de muitas vozes. Fizemos isso, cientes de que elas representam uma ínfima parcela do conhecimento já produzido sobre o ser humano, mais especificamente sobre aquele afetado pela depressão, e que discordam sobre inúmeras ideias. Observamos o empenho de pesquisadores de diferentes áreas para elucidar os fenômenos depressivos e encontramos semelhanças, aproximações, convergências.

Demonstramos que a Psicanálise, a Terapia Cognitiva e as Neurociências convergem quanto à indissociabilidade da mente-corpo, à existência de processos mentais conscientes e

⁹ Mas não é lindo / O modo como desmoronamos / É mágico e trágico todas as maneiras que / Nós partimos nossos corações (*We Fall Apart / We as Human*)

inconscientes, ao valor vital das emoções e dos sentimentos e à inter-relação entre afetividade e racionalidade. Gostaríamos de citar mais uma vez Damásio (2012), pois sua fala representa nossa visão referente à superação da cisão entre a mente e o organismo, integrando aspectos biológicos e subjetivos, em plena interação com o meio físico e social, sem incorrer em reducionismos ou simplificações.

No entanto, a mente verdadeiramente incorporada que concebo não renuncia aos seus níveis mais refinados de funcionamento, aqueles que constituem sua alma e seu espírito. Do meu ponto de vista, o que se passa é que a alma e o espírito, em toda a sua dignidade e dimensão humana, são os estados complexos e únicos de um organismo. Talvez a coisa mais indispensável que possamos fazer no nosso dia a dia, enquanto seres humanos, seja recordar a nós próprios e aos outros a complexidade, a fragilidade, finitude e singularidade que nos caracterizam. É claro que essa não é uma tarefa fácil: tirar o espírito de seu pedestal em algum lugar não localizável e colocá-lo num lugar bem mais exato, preservando ao mesmo tempo sua dignidade e sua importância; reconhecer sua origem humilde e sua vulnerabilidade e ainda assim continuar a recorrer à sua orientação e conselho (p. 220-221).

Outro neurocientista cujas palavras amparam nossa proposta de articulações interdisciplinares é Kandel (2018). Embora ele teça críticas à Psicanálise por não ter evoluído cientificamente em sua opinião, afirma o seguinte:

A biologia do século XXI já se encontra em uma boa posição para responder algumas de nossas questões sobre a natureza dos processos mentais conscientes e inconscientes, mas essas respostas serão mais ricas e significativas se elas forem alcançadas por meio de uma síntese entre a nova biologia da mente e a Psicanálise. Essa síntese agregaria muito ao nosso conhecimento dos distúrbios mentais e à nossa compreensão dos circuitos neurais do funcionamento do cérebro saudável. Novos *insights* acerca do funcionamento do cérebro saudável nos colocariam em uma melhor posição para compreender as pessoas com transtornos mentais e desenvolver tratamentos efetivos para elas (Kandel, 2018, p. 248, tradução nossa).

Nosso objetivo, nesta parte, é apresentar algumas correlações entre os campos por onde andamos no percurso até aqui. As construções interdisciplinares que seguem são baseadas em uma concepção monista da mente-corpo, concebida de modo dual apenas através de nossa perspectiva subjetiva. Esperamos promover articulações entre elementos teóricos e compor uma perspectiva integrativa da depressão, embora limitada às disciplinas selecionadas e aos recortes que fizemos em cada uma delas. Mencionaremos alguns elementos teóricos que se sobressaíram aos nossos olhos e que nos pareceram complementares acerca da depressão, abrangendo seus fatores predisponentes, precipitantes e sua sintomatologia. Estudos posteriores poderão trilhar incontáveis caminhos a partir de outras pontes que poderão ser construídas entre as teorias que apresentamos aqui ou entre essas disciplinas e outras que se mostrarem complementares.

9.2 SAÚDE, NORMALIDADE E PSICOPATOLOGIA: INDEFINIÇÕES

Quando a TC e as Neurociências abordam a depressão, consideram-na um distúrbio mental. Embora a Psicanálise ofereça concepções diferentes acerca dos quadros depressivos, como representando – ou não – uma psicopatologia, nós a enfocaremos, a princípio, como uma entidade nosológica ou transtorno mental. Conforme a definição de Dalgalarrondo (2019), a depressão representa um fenômeno mórbido do qual é possível conhecer ou presumir seus fatores etiológicos (causais), seu curso e seus padrões evolutivos; e caso seja utilizada a denominação síndrome depressiva, trata-se da descrição de um conjunto de sinais e sintomas momentâneo e recorrente. Podemos adotar, desse mesmo autor, as definições de sinais e sintomas. Os primeiros seriam objetivos, comportamentos do paciente observáveis pelo avaliador, e os sintomas seriam subjetivos, aquilo que é experienciado e relatado pelo paciente (definição diferente da psicanalítica, mas que permite o diálogo entre as ciências). É importante salientar que os sintomas são signos que representam tanto a existência de uma disfunção quanto simbolizam uma vivência cuja nomeação só pode ser compreendida em seu próprio contexto cultural. Portanto, não se pode perder de vista o cuidado imprescindível na prática clínica de não patologizar categoricamente emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos. Isso nos remete à problematização entre o normal e o patológico.

O reconhecimento de um transtorno mental como um fenômeno normal ou patológico é influenciado por elementos socioculturais do meio em que os profissionais e os pacientes estão inseridos. Inclusive, alguns transtornos podem até contribuir para certo êxito na sociedade contemporânea, como os narcísicos e os maníacos, enquanto outros se mostram disfuncionais frente às demandas sociais e profissionais, como a depressão e a esquizofrenia. Portanto, é necessária a problematização dos conceitos de normal e patológico, que são influenciados por perspectivas filosóficas, juízos de valor e têm implicações éticas e políticas, pois determinarão o lugar em que milhões de pessoas serão enquadradas socialmente. O uso do termo transtorno mental em vez de doença mental nos manuais de psicopatologia demonstra que os limites entre saúde e doença não são claros o suficiente para categorizar um conjunto de sintomas como doença.

A saúde está associada à noção de normalidade que, por sua vez, tem diversas definições, como Dalgalarrondo (2019) nos apresenta: normalidade como *ausência de doença*, que é uma definição negativa, pois a define pelo que ela não é; como um *ideal* de caráter utópico, influenciado por critérios culturais, ideológicos, doutrinários etc.; como *estatística*, em que o normal é aquilo que se observa com mais frequência; como completo *bem-estar*, termo de caráter muito subjetivo e também utópico, que se encontra na definição da OMS;

normalidade *funcional*, em que um fenômeno é patológico na medida em que é disfuncional e produz sofrimento para o indivíduo ou para a sociedade; normalidade como *processo*, englobando aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial; normalidade *subjetiva*, que enfoca a percepção da própria pessoa sobre sua saúde e pode estar equivocada; normalidade como *liberdade*, em que o transtorno seria limitante das possibilidades existenciais da pessoa; e *operacional*, que atenderia a necessidades pragmáticas de definições de diagnósticos, como nos manuais psiquiátricos.

Georges Canguilhem (1966/2009) traz contribuições para essas reflexões sobre o normal e o patológico. Ele estabelece a noção de normatividade biológica. “Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio mas também instituição de seu próprio meio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo” (p. 92). Ele explica que o estado patológico revela uma relação com a normatividade da vida, embora sua “normalidade” não seja equivalente ao estado fisiológico normal. Segundo Canguilhem (1966/2009, p. 92), “não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver”. O que diferencia o estado normal do patológico é o fato de que o primeiro admite mudanças para novas normas, isto é, é um estado em que o indivíduo consegue ser normativo em relação às alterações de seu meio e as constantes vitais que estabelece para si têm valor propulsivo; ao passo que o estado patológico exprime a redução das normas possíveis ao sujeito e suas constantes têm caráter repulsivo e conservador. Desse modo, aquele que adoece não consegue vislumbrar outras formas de viver.

Além disso, uma norma só existe em relação a um sujeito e sua experiência subjetiva e não pode ser determinada objetivamente por métodos científicos. Canguilhem (1966/2009) discorda da visão segundo a qual a patologia seria apenas uma variação quantitativa do normal, que pode ser apreendida de forma objetiva, prescindindo de elementos subjetivos da própria pessoa, e propõe que haja uma diferenciação qualitativa do estado patológico em relação ao estado normal do sujeito. De acordo com o autor, não é possível concluir que a doença não passe de um aumento ou redução de um estado normal. Contudo, podemos

. . . considerá-la como um evento resultante da ação das funções permanentes do organismo, sem negar que essa ação seja *nova*. Um comportamento do organismo pode estar em *continuidade* com os comportamentos anteriores, e ser, ao mesmo tempo, um comportamento *diferente*. *A progressividade de um advento não exclui a originalidade de um evento*. . . . Finalmente, seria conveniente dizer que o fato patológico só pode ser apreendido como tal — isto é, como alteração do estado normal. . . em se tratando do homem, no nível da *totalidade individual consciente*, em que a doença torna-se uma espécie de mal. *Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente* (Canguilhem, 1966/2009, p.33, itálicos nossos).

Solomon (2008) também aborda a diferenciação entre o normal e o patológico. Ele diz que existe uma questão significativa sobre em que medida a depressão é parte do espectro normal do humor e se encontra em um *continuum* com a tristeza e o desespero comuns e, por outro lado, em que medida ela é realmente uma condição clínica separada. O autor afirma que a depressão compreende ambas as definições, menciona a vantagem evolutiva que é sentirmos diferentes emoções e também considera que, na depressão clínica, o sujeito apresenta algo que está em contínuo com a vida emocional normal, mas, no entanto, torna-se categoricamente diferente quando chega a pontos extremos.

Dessas poucas considerações acerca do normal e do patológico decorrem inúmeros desdobramentos no âmbito da saúde mental. Existem implicações referentes a relações de poder acompanhadas de regulação e normatização social, preconceitos e discriminações; a relações econômicas, em que ser portador de um transtorno mental é contraproducente; as expectativas e imposições sociais de sucesso, felicidade, extroversão etc. Em nossa concepção sobre a depressão há um sujeito em sofrimento; que tem suas relações pessoais e suas atividades sociais e profissionais comprometidas por alterações cognitivas, emocionais e comportamentais; que muitas vezes não reconhece a si mesmo nessa condição; que destoa dos valores da sociedade contemporânea em termos de produtividade e hedonismo; e que não consegue vislumbrar possibilidades de mudança em busca de alívio e bem-estar. A atividade clínica dedicada a esse sujeito deve se fundamentar em empatia, respeito, ética, reflexões sobre valores, crenças e normas pessoais e sociais e buscar equilíbrio entre dados técnico-científicos objetivos e a subjetividade singular da pessoa a ser assistida. Como diz uma frase de autoria desconhecida que circula pelas redes sociais: “dor não se compara. Se ampara!”.

9.3 A SUBJETIVIDADE BIOPSÍQUICA

9.3.1 A corporeidade do Eu e a interação de afetos e cognições

A princípio, vamos fazer alguns apontamentos sobre aproximações e convergências acerca da mente-corpo e seu funcionamento de modo geral. Quando estudamos a obra do neurocientista António Damásio, a afirmação de Freud de que o Eu é corporal adquire um significado complementar. A mente emerge do corpo, é produto do mapeamento de processos orgânicos transformados em imagens que compõem o cenário da nossa consciência. É regida

por mecanismos fisiológicos homeostáticos que guiam a geração de emoções e sentimentos. Suas raízes estão dispersas por todo o corpo, monitorando seu funcionamento, regulando sua fisiologia e percebendo as sensações de seu interior e do meio externo.

Retomando as obras de A. Damásio (1994, 2004, 2011, 2018) e suas contribuições sobre a indissociabilidade entre mente e corpo e entre razão e emoção, temos que a interpretação dos fatos e a tomada de decisões, aparentemente munidas de pura racionalidade, são na verdade guiadas por emoções e sentimentos. Esses, por sua vez, são regidos pela homeostase e visam à manutenção do equilíbrio dinâmico do organismo que garante a preservação da vida em interação constante com o ambiente. Conforme Damásio (2018), os afetos de modo geral tornaram-se conscientes e cada vez mais complexos ao longo da evolução, com o objetivo de atender às necessidades dos indivíduos e conduzi-los ao bem-estar. A regulação dinâmica do funcionamento orgânico forja e modula a afetividade, que é a fonte da consciência e da subjetividade.

Damásio demonstra que a mente é produto do funcionamento do organismo como um todo e, como vimos, Freud (1923/2011a) afirma que o Eu é corporal. Na concepção freudiana, a constituição do Eu (como instância tópica, econômica e dinâmica e também como noção de si mesmo – *self*) é complexa, levantando questionamentos acerca da origem de sua energia (pulsões derivadas do Id, excitações endógenas e do mundo exterior); passando por transformações na transição da 1ª para a 2ª tópica do aparelho psíquico; englobando funções conscientes e inconscientes; resultando da identificação com objetos e da introjeção de relações intersubjetivas. A partir da década de 20, quando Freud afirma que o Eu é primordialmente corporal e deriva de suas sensações, podemos deduzir, como dizem Laplanche e Pontalis (2000), que talvez exista uma relação real entre a imagem do organismo e a constituição do Eu e que esta instância não seja apenas uma metáfora do organismo, mas que resulte efetivamente da projeção do corpo no psiquismo.

Essas ideias conversam bem com as de Andrade (2017), que discute a metapsicologia freudiana, reiterando que o Eu é corporal. Ele considera que o seu núcleo é inconsciente e se constitui a partir do registro mnêmico das sensações corporais, tendo natureza senso-perceptiva e identificatória. O Eu se torna cada vez mais complexo pela somatória de registros mnêmicos de novas experiências. Tais registros são representações ocupadas por quotas de afeto, sendo que ambos são representantes do *trieb*, definido pelo autor como “uma excitação endossomática associada a uma necessidade biológica” (p. 167). Boa parte do ego, incluindo sua função

repressora, é inconsciente. Desse modo, o inconsciente não corresponde exclusivamente ao reprimido, segundo esse autor, alinhado ao pensamento freudiano.

9.3.2 A mente consciente e inconsciente

A mente é constituída por processos psíquicos conscientes e inconscientes. Evidentemente, há diferenças entre as noções de inconsciente, presentes em cada disciplina. No sentido cognitivo, tem caráter mais descritivo e apenas diferencia haver ou não consciência. Quando no bojo da metapsicologia psicanalítica, faz referência a uma instância psíquica, que lhe confere aspectos tópicos, econômicos e dinâmicos. A despeito dessas desigualdades, os processos mentais conscientes e inconscientes coexistem e determinam a interpretação dos fatos, a tomada de decisões, o comportamento, o humor, a evocação de memórias, o foco da atenção, as reações fisiológicas.

Nas fases iniciais do desenvolvimento, são as estruturas afetivas que predominam no funcionamento da mente, isto é, aquelas pautadas no processo primário, caracterizado principalmente pelo prazer e desprazer. Nessa etapa, existe a identificação primária com o objeto e considera-se que há uma consciência primária. Com o progresso do desenvolvimento, entram em cena as estruturas ideativas, que alicerçam o processo secundário, composto por fantasias inconscientes e pensamentos. A partir desse momento, a consciência é secundária, existe a identificação secundária com o objeto, que passa a ser visto como separado do sujeito. Assim, à medida que a mente se desenvolve, ela adquire maior complexidade ideativa e afetiva, com o enriquecimento de funções cognitivas (simbólicas, imaginativas, de raciocínio lógico etc.) e de sua rede de associações. Nossa subjetividade resulta da interação entre sistemas fisiológicos, perceptivos, cognitivos, mnêmicos e afetivos.

Acerca dos diferentes tipos de processamento psíquico, temos a correlação entre o que Freud estabeleceu como processos mentais primário e secundário e o que Beck descreveu como dois tipos de processamento mental, inclusive reconhecendo a contribuição freudiana para seu próprio modelo. Na concepção metapsicológica, o processo primário está relacionado a descargas de energia livre, regidas pelo princípio do prazer; e o processo secundário, à ligação da energia a representações psíquicas, estando submetido ao princípio da realidade e, também, mais alinhado ao princípio da constância e, portanto, à homeostase vital. No modelo cognitivo, encontramos um processo mais automático e imediato, menos dispendioso de tempo e energia,

e outro mais reflexivo, ponderado, demorado e que requer mais gasto energético. O primeiro tipo garante respostas rápidas, por vezes necessárias ao enfrentamento de imprevistos e desafios impostos ao indivíduo pelo meio ambiente, mas que podem se mostrar disfuncionais; e o segundo tipo permite uma melhor adaptação ao contexto em que o sujeito está inserido. Esse tipo de processamento gera respostas mais funcionais e adequadas ao suprimento de necessidades, ao bem-estar e à possibilidade de prosperar. Ele é sempre guiado pelos sentimentos de prazer e desprazer associados às avaliações racionais que é capaz de fazer das situações. A Psicanálise, de um lado, postula a existência de processos mentais inconscientes, determinantes das ações e sentimentos; a TC, por outro, fundamenta-se na existência de esquemas, que permanecem subjacentes à consciência e cuja ativação automática influencia as emoções e os comportamentos.

Uma ponte possível para a articulação entre a TC e a Psicanálise são as descobertas provenientes do campo das Neurociências acerca da memória. Sabe-se que existem dois tipos: a implícita e a explícita, sendo que a primeira pode ser correlacionada ao inconsciente cognitivo, como sustenta Callegaro (2011). Esse autor explica que a teoria freudiana sobre o inconsciente influenciou pesquisas na área de psicologia cognitiva, notadamente sua ideia de que “o material inconsciente que não pode ser expresso diretamente é, muitas vezes, expresso por meios indiretos no comportamento da pessoa” (p.164). Embora a TC enfatize o processamento cognitivo consciente, pode-se considerar que, se há mudança do humor e do comportamento por meio das intervenções psicoterapêuticas (como demonstram as evidências que apresentaremos no próximo capítulo), há um processo de aprendizagem, a qual, necessariamente, engloba processos conscientes e inconscientes (memórias implícitas e explícitas) que abrangem emoções e cognições.

Kühne (2000) tenta esclarecer o que os cognitivistas querem dizer quando falam de inconsciente. Ele menciona que, pela repercussão da obra de Freud, esse conceito pareceu ficar sob o domínio psicanalítico. Entretanto, existem modelos cognitivos que consideram sua existência, mas com algumas diferenças. Alguns autores o compreendem apenas em seus elementos cognitivos, enquanto outros, do chamado modelo construtivista, contemplam também os aspectos emocionais. Nesse caso, o inconsciente é considerado um processamento que ocorre paralelamente ao racional e consciente de modo interativo e que o ordena em forma sequencial e semântica, dirigindo o comportamento. Dessa forma, entende-se que os determinantes do comportamento não são somente ambientais nem cognitivos e, por isso, o inconsciente tem um papel fundamental para a teoria e a prática clínica. Esse autor defende que

explicitar o terreno do inconsciente dentro do modelo cognitivo-constructivista permite ampliar a compreensão da experiência humana e o seu desenvolvimento teórico e técnico.

Bleichmar (1999) também faz algumas comparações entre a Psicanálise e a TC. Ele explica que a primeira abarca, além do inconsciente cognitivo, também o que resulta dos mecanismos de defesa, os quais manteriam tanto o seu desconhecimento pela consciência quanto as distorções cognitivas. Além disso, ele sugere que, caso esses mecanismos não sejam abordados explicitamente, o sujeito pode repetir suas convicções e dissociar os conhecimentos adquiridos com o tratamento. Isso explicaria a resistência emocional à reestruturação cognitiva. Entretanto, o autor faz uma crítica infundada à TC, referindo que esta dá absoluta prioridade à cognição em detrimento da afetividade, a qual se origina e depende de bases neurobiológicas. Afirma que, por esta razão, a Psicanálise pode tecer um diálogo com as Neurociências, ao contrário da Terapia Cognitiva que, por sua vez, não poderia dialogar com essas últimas. Diante de tudo que foi exposto sobre a TC, concluímos que ela além de dialogar, integra evidências neurocientíficas em seus modelos teóricos, inclusive acerca das emoções e sentimentos. Portanto, fato amplamente aceito é que processos conscientes e inconscientes compõem o funcionamento mental.

9.3.3 O Eu e o Id reconfigurados

No campo neuropsicanalítico, o Eu, o Id e o Super-eu foram revistos em termos de processamento consciente ou não e foi possível reconsiderar o inconsciente como continente de elementos reprimidos e como registro de memórias implícitas. Solms (2017) aborda a distinção entre o inconsciente cognitivo e o dinâmico e ressalta que o sistema inconsciente de memória que ele descreve é geralmente denominado de cognitivo em oposição ao inconsciente dinâmico, fruto da repressão, tal como foi descrito por Freud. Entretanto, o autor considera errada a noção freudiana de que o inconsciente reprimido é parte do Id. Segundo Solms (2017), o que é reprimido é derivado de processos cognitivos representacionais, resultado da aprendizagem, enquanto que o Id consiste em processos afetivos (não representacionais). Em sua opinião:

O inconsciente cognitivo consiste em predições que são *legitimamente* automatizadas. Isto é, elas são profundamente automatizadas porque são apropriadas a seu propósito; elas irão satisfazer as necessidades de forma confiável. O que é reprimido, ao contrário, é automatizado de forma ilegítima (ou prematura). A automatização ilegítima ocorre *quando o ego é sobrecarregado por seus problemas* – isto é, quando ele *não consegue* resolver como satisfazer as demandas do id no mundo (Solms, 2017, p. 5, itálicos do autor, tradução nossa).

A repressão tem como consequência inevitável o fato de que os sentimentos negativos com os quais deveria lidar persistem e o sujeito não pode fazer nada a respeito, pois as previsões errôneas são tratadas como se fossem adequadas e se tornam imunes à reconsolidação. Isso leva à pressão contínua para a satisfação que Freud teorizou como o retorno do reprimido (Solms, 2017). O ponto em que Solms diverge de Freud diz respeito ao que efetivamente retorna: o afeto que não foi devidamente regulado, em vez do reprimido. Esse argumento se justifica pelo fato de que memórias não declarativas são exatamente isto: não podem ser conscientes, declaráveis pelo sujeito. Elas são puramente tendências associativas de ação, sem possibilidade de pensamento reflexivo, que lhes confere o caráter repetitivo. É essa repetição que garante a importância da transferência no tratamento psicanalítico, pois não é possível repensar o que foi reprimido. O que os pacientes podem repensar é o que fazem no momento atual de suas vidas em consequência do conteúdo reprimido. Isso significa que a atenção dos pacientes pode ser direcionada para os derivados daquilo que foi reprimido, os quais podem então ser inseridos na memória de trabalho e, assim, existir pensamento declarativo a respeito deles. “Isto, por sua vez, permite que eles sejam *reconectados aos afetos que lhes pertencem*, o que permite ao ego chegar a melhores previsões, com planos de ação mais realistas, com a ajuda de um cérebro adulto (e do analista)” (Solms, 2017, p. 6, *itálico do autor*, tradução nossa).

Solms (2017), ao contrário de Freud, correlaciona o Id a funções conscientes e o Eu a funções inconscientes, pois, segundo os argumentos do primeiro, os afetos são essencialmente conscientes, enquanto a consciência que se trata fundamentalmente da memória de trabalho é uma parcela restrita do Eu, sendo inconsciente todo o restante de suas funções. Ainda assim, falamos em favor de que ambas as instâncias psíquicas estabelecidas por Freud tenham conteúdos e funções conscientes e inconscientes, considerando que componentes da afetividade (instintos, pulsões, emoções e afetos) são constituídos desde mecanismos alheios à consciência até ascenderem a ela, associados a representações, e também são inscritos no psiquismo, como memórias implícitas ou declarativas. O Eu é composto por memórias e exerce funções defensivas de forma inconsciente. Sabemos que a essa ideia pode ser contraposta a de que esse inconsciente é o considerado em termos descritivos e não como o inconsciente dinâmico, o qual compreenderia outros conteúdos em sua relação com o Id. Não adentraremos nessa questão complexa, que mobiliza polêmicas no meio psicanalítico, por exemplo, entre a concepção lacaniana e a laplancheana. Interessa-nos, sobretudo, a coexistência e a inter-relação entre processos conscientes e inconscientes, que têm funcionamentos diferenciados e que englobam

pensamentos e afetos, embora eles sejam resultado dos mesmos mecanismos anatômicos e fisiológicos.

O Super-eu, enquanto uma porção diferenciada do Eu e sendo constituído como representante de seus ideais e de sua autocrítica (e por isso associado à consciência no sentido moral desse termo), exerce um papel essencial no funcionamento psíquico, influenciando a visão de si, julgando os sentimentos e atitudes, balizando o comportamento e servindo como parâmetro para a autoestima. Eventualmente, entra em conflito com o Eu em suas atividades mediadoras com o Id e com mundo externo. Conflito que será mais intenso, conforme o Super-eu for mais severo, em decorrência da internalização de objetos idealizados e também de crenças rígidas que se tornam imperativos de como o sujeito deveria ser. Configuração que é predisponente aos sintomas depressivos.

9.3.4 A realidade psíquica e as transformações da memória

Um aspecto divergente entre a TC e a Psicanálise é o fato da primeira se basear na lógica e na busca por evidências (fatos reais) que comprovem ou refutem as interpretações dos pacientes, enquanto a segunda considera fundamentalmente a realidade psíquica, com mais espaço para a irracionalidade, para ideias ilógicas e fantasias. De todo modo, na literatura científica encontramos afirmações de que nossas memórias são maleáveis e sujeitas a transformações quando evocadas, através do processo de reconsolidação, momento em que podem sofrer reedições, com subtrações, acréscimos e distorções. No campo psicanalítico, existe a noção de *après-coup*, segundo a qual os registros mnêmicos são transformados por novas experiências em novos contextos de vida. A concepção de *après-coup* pode ser articulada com tais transformações da memória, impactando inclusive no caráter traumático que algumas experiências de vida podem ter para o sujeito (Gerbasi & Costa, 2015a, 2015b). A seu turno, a TC inseriu em seu entendimento do processamento de informações os vieses na evocação de memórias, quando o indivíduo se encontra em um modo depressivo, por exemplo. As inscrições mnêmicas de emoções e eventos, continuamente interpretadas e reinterpretadas por nós, constituem o material de que dispomos para avaliar novas experiências, refletir sobre o passado e imaginar o futuro.

Lourenço e Padovani (2013) apresentam uma ideia que reforça esta discussão: a de que as Neurociências cognitivas podem representar um elo entre as teorias psicanalíticas e os

modelos das terapias cognitivas. Eles ensinam que segundo Beck, os “esquemas funcionam como filtros, que orientam a seleção, a codificação, o armazenamento (memória) e a recuperação de informações do aparato cognitivo. Por meio dos esquemas, o organismo confere significados aos eventos. . .” (p.326). Além disso, os autores propõem que tanto para Beck quanto para Freud “a realidade dos fatos é sempre vivida como realidade psíquica” (p.326). Porém, como vimos, a TC conduzirá o paciente à busca de evidências para confirmar ou refutar seus pensamentos, diferentemente da Psicanálise.

Complementando nosso panorama sobre correlações entre a TC e a Psicanálise, podemos citar De Timary, Heenen-Wolff e Philippot (2011) que fazem uma comparação entre os conceitos de representação. Eles partem da definição de representação como uma construção psíquica – consciente e inconsciente – que permite que o sujeito tenha uma ideia do *self* e atribua um significado a sua experiência. Os autores propõem que sejam realizadas outras comparações no que se refere às concepções sobre o funcionamento mental, às disfunções geradoras de sintomas e às propostas terapêuticas. Já Stein (1992) propõe que a teoria psicanalítica seja reformulada em termos cognitivistas, argumentando que isso seria benéfico para ambas: de um lado, a Psicanálise poderia oferecer conhecimentos relacionados à transferência, resistência, representações etc., noções próximas à de esquemas cognitivos; por outro, a ciência cognitiva considera o processamento mental inconsciente e possui métodos padronizados de abordagem aos pacientes e de verificação de resultados.

Ainda acerca da memória, um dado importante é que a sua consolidação é mais efetiva quanto mais intensa é a emoção associada a ela, por isso tendemos a recordar eventos nos quais sentimos emoções mais fortes. No entanto, a evocação de memórias episódicas, ou seja, do tipo declarativo (que são trazidas à consciência e podem ser relatadas às outras pessoas) ocorre de forma distinta se comparada às memórias implícitas (que podem ser as de procedimento, como andar de bicicleta, tocar um instrumento musical etc. ou afetivas). Nesse caso, é possível que venham à tona emoções cuja origem é desconhecida pelo sujeito ou ele é surpreendido pela intensidade da emoção desencadeada em determinada situação, que ele mesmo percebe ser desproporcional. Isso ocorre por que certas memórias emocionais ficam armazenadas implicitamente e, dessa forma, não podem ser evocadas como memórias declarativas, associadas aos fatos que, originalmente, desencadearam-nas.

Nas fases iniciais do desenvolvimento infantil, predomina esse tipo de armazenamento implícito, pois as estruturas neuronais responsáveis pelas memórias declarativas episódicas (hipocampo, por exemplo) têm um processo de maturação mais tardio, isto é, ainda não estão

suficientemente desenvolvidas para fazer seu registro. Na vida adulta, a implicação pode ser uma alta reatividade emocional, dificuldades de regulação e modulação emocional e instabilidade do humor. Disso decorre a importância da transferência na perspectiva psicanalítica, principalmente com a ênfase dada pela psicanálise afetiva. O que não significa que não ocorra em diferentes linhas psicoterapêuticas, como a TC, pois as mudanças terapêuticas evidenciam que tais registros mnemônicos foram transformados, seja através da relação interpessoal (terapeuta-paciente) ou dos experimentos comportamentais, por exemplo. Leite e Peres (2009) estudam a contratransferência e concluem que se trata de um fenômeno presente em qualquer processo psicoterapêutico independentemente da abordagem teórica, ou seja, que pode ser entendida como reação à transferência do paciente ou como ativação de esquemas cognitivos, respectivamente. O que é fundamental é o fato de que a mente é constituída por meio de relações intersubjetivas, experienciadas com outras pessoas por meio do nosso corpo, influenciadas por nossos afetos e atribuições de significados, em seus complexos processos conscientes e inconscientes. Portanto, somos seres em transformação, com potencial para mudanças a partir de novas relações e de novas experiências.

9.4 AGRESSIVIDADE E DESTRUTIVIDADE: ENTRE AS PULSÕES DE VIDA E DE MORTE

9.4.1 Preservação x destruição

As emoções básicas ajudam na compreensão da formação dos primeiros vínculos, da busca por satisfação de necessidades essenciais para sobrevivência e bem-estar, das reações de pânico e estresse geradas por separação de quem exerce o cuidado, bem como do desespero diante da impossibilidade de recuperá-lo após sua perda ou a raiva pela frustração ou impedimento das satisfações almejadas. A função das emoções em termos de preservação e prosperidade da vida, além da formação e manutenção de vínculos, é elucidada em pesquisas da Neurociência Afetiva e articulada com elementos da Psicanálise no campo neuropsicanalítico.

A raiva e o ódio são emoções básicas ativadas em situações de frustração e ameaça. Essas emoções foram preservadas evolutivamente por seu valor para o indivíduo, para que tenha atitudes para alcançar objetivos e se defender quando ameaçado. No entanto, podem agir desde

fases muito precoces e se perpetuar em movimentos repetitivos, de maneira disfuncional, levando a supostos ataques dirigidos àquele a quem se atribui a frustração, o sofrimento, o desprazer etc. e a si mesmo, ao se julgar incapaz diante dos desafios e ameaças. Isso não contradiz as teorias psicanalíticas que consideram que os ataques voltados contra si mesmo tenham como alvo, na verdade, o objeto internalizado, que por fim frustrou e decepcionou, mostrando-se impotente e incapaz de suprir as necessidades da criança e que talvez restem identificações com aspectos ruins desse mesmo objeto.

Um ponto de especial interesse quando abordamos necessidades vitais, vínculos afetivos, valor biológico e evolutivo das emoções e dos sentimentos é aquele que tangencia as noções psicanalíticas de pulsões de vida e de morte. O pensamento complexo auxilia na integração de ideias que parecem exprimir contraposições (como vimos no segundo capítulo). Temos, de um lado, um organismo regido por mecanismos fisiológicos homeostáticos, que funcionam visando um equilíbrio dinâmico para a manutenção da vida, do qual emerge o psiquismo. De outro, a ideia de uma pulsão que tende à terminalidade da vida, ao retorno a um estado inorgânico inanimado, à decomposição do corpo em elementos físico-químicos resultantes do aumento da entropia. Podemos considerar o fato de que o organismo conta com processos como a morte celular programada (apoptose) para o ajuste adequado dos tecidos que o compõem. Isto é, mesmo aqueles processos que parecem mais alinhados à destruição, podem favorecer a vida.

Quando consideramos que o organismo é regido pela homeostase e que esta visa sua preservação e prosperidade, falar de uma força ou um impulso que leva à morte e à desintegração pode soar contraditório. No entanto, entendemos essa proposição de Freud de modo integrado e condizente com os princípios de manutenção da vida, pois é preciso equilíbrio dinâmico entre criação e destruição, entre uniões e separações, no seio dos processos fisiológicos para que a vida prossiga. O que leva ao adoecimento e à morte é o desequilíbrio entre as forças presentes no indivíduo. No entanto, reconhecer a homeostase como regente dos processos dinâmicos de manutenção e de otimização da vida leva a algumas reflexões a respeito da pulsão de morte.

Damásio (2018) nos conta que os processos vitais tendem, sim, a estados estacionários, mas eles visam naturalmente o estado mais conducente a um balanço positivo de energia. Isso significa buscar uma espécie de superávit, a partir do qual a vida pode ser otimizada e projetada no futuro, ou seja, pode prosperar por adquirir um meio mais eficiente de se manter e se reproduzir. Acerca do fato de que a matéria tende à desintegração, Damásio (2018) contrapõe

a homeostase – o conjunto de processos que visam à persistência e o avanço da vida em direção ao futuro. “A homeostase diz respeito ao processo pelo qual a tendência da matéria a derivar para a desordem é combatida de modo a manter-se a ordem, porém, em um novo nível: aquele permitido pelo estado estacionário mais eficiente” (p. 47).

Para Damásio, prazer e desprazer são os alicerces da vida e governam o funcionamento orgânico. Os sentimentos são fundamentais para a manutenção da vida, pois organismos forçados a funcionar fora da faixa de bem-estar guiada pela homeostase podem caminhar em direção ao adoecimento e à morte. A perturbação causada pelos sentimentos leva o sujeito a pensar e agir visando o retorno à homeostase desejável e, assim, enseja ações que permitem se livrar da dor e alcançar o bem-estar. A intenção de preservar a vida e perdurar no futuro falha apenas nas situações de adoecimento e envelhecimento, segundo Damásio (2018). Retomando a pulsão de morte, esse autor diz que “em termos neurobiológicos contemporâneos, a ‘pulsão de morte’ freudiana corresponde ao desencadeamento irrefreado de um conjunto específico de emoções negativas, sua subsequente perturbação da homeostase e a tremenda devastação que elas causam no indivíduo em comportamentos humanos coletivos” (Damásio, 2018, p. 254). Embora sentimentos como tristeza, medo, nojo, raiva sejam importantes para a manutenção da homeostase, sua intensificação desmedida (por exemplo, raiva transformada em violência e destrutividade) pode trazer mais prejuízos do que benefícios.

Sem visar dar uma resposta a uma questão polêmica como essa, deixamos em aberto a existência de uma pulsão de morte que pode estar atuando em equilíbrio com a pulsão de vida e garantindo a preservação desta e, ao mesmo tempo, estar à espreita, aguardando o enfraquecimento de sua face vital, para se sobressair e levar o indivíduo à degradação e à morte. O que nós propomos, baseados na compreensão da vida em termos homeostáticos, é deixarmos a pulsão de morte provisoriamente em suspenso e inserir a noção de agressividade e a emoção raiva com seu valor biológico para pensarmos a depressão. Para isso, consideramos a concepção de Andrade (2015) de que a agressividade é necessária para os embates da vida e para a preservação do sujeito e, por outro lado, a destrutividade seria decorrente das experiências precoces (de excessivas frustrações e desprazer) inscritas na mente desde o início de sua constituição.

Nosso corpo, enquanto um conglomerado de partículas físico-químicas tenderia ao aumento da entropia e à desorganização progressiva até sua desintegração. No entanto, o organismo é um sistema aberto, existindo constante interação de seu meio interno com o externo, guiada pela homeostase (uma força interna), a fim de preservar a vida, diante das

adaptações necessárias frente às demandas provenientes do mundo exterior impostas ao organismo, que é impulsionado a ações para a satisfação de suas necessidades. Os estados depressivos se sustentam sobre um equilíbrio delicado entre raiva e agressividade exercendo funções vitais, a um passo da desvitalização e da destrutividade. Nesse ponto, o caráter mórbido e a gravidade do quadro depressivo devem ser bem avaliados.

9.4.2 Dependência e ambivalência com relação ao outro

Seguindo esse raciocínio, chegamos ao entendimento da proposição psicanalítica acerca dos autoataques dos sujeitos deprimidos, que seriam ataques dirigidos ao objeto perdido e, então, internalizado, como uma maneira de preservá-lo. É compreensível que o objeto amado o seja de modo ambivalente, pois também causa frustrações e, assim, gera raiva e ódio. Mas esses sentimentos podem ser mais bem tolerados e aceitos se voltados contra si mesmo e não ao objeto de amor, lembrando que se trata de um sujeito ainda onipotente, que fantasia ser capaz de destruir o objeto quando enraivecido e ser, ao mesmo tempo, merecedor dos ataques e capaz de suportá-los. Vimos também que o Eu, baseado em sua identificação com o objeto e por meio da fantasia, assume o lugar que pertencia ao outro, o qual exercia um papel ativo e, por vezes, sádico. Dessa maneira, um Eu que apresente uma organização narcísica permite a conversão da pulsão ativa em passiva, acarretando uma relação sadomasoquista entre Eu e Super-eu.

Além disso, como o modelo cognitivo explica, há a formação de crenças de desvalor, desamor e desamparo sobre si mesmo, a partir dos fatores de vulnerabilidade infantil, como pais excessivamente severos e críticos, instáveis emocionalmente etc. que podemos alinhar com a falta de empatia e o excesso de frustrações e experiências de desprazer, considerados pela Psicanálise. A formação de esquemas cognitivos que influenciarão a visão de si mesmo de modo negativo (“eu não presto”; “eu sou um incapaz”; “não há motivos para alguém me amar”), reforçados por interpretações também enviesadas negativamente ao longo da vida, bem como a culpa pelos sentimentos ambivalentes com relação às figuras significativas como os pais (que podem ser conscientes em maior ou menor medida), explica atitudes que aparentam ser ataques do paciente dirigidos contra si mesmo.

As explicações dadas pela Psicanálise a essa agressividade voltada contra si foram questionadas por A. Beck no início de suas pesquisas, que o levaram à ruptura com sua formação psicanalítica e ao desenvolvimento da TC. Apontamos esse processo de formação de

esquemas e crenças disfuncionais como complementar às proposições psicanalíticas, pois ele não exclui a identificação com a figura materna, a perda da onipotência ao percebê-la de modo separado, sua internalização para suprir o desamparo (a impotência) e ascender à potência mais realista, isto é, passar do narcisismo primário para o secundário.

A Psicanálise teoriza sobre o processo que envolve a transição do narcisismo primário para o secundário, com a internalização de objetos e de relações objetais, como constitucional do psiquismo e fundamental para o desenvolvimento do Eu, que será a instância a compreender e se relacionar com o mundo. A formação de esquemas cognitivos não pode ser diretamente correlacionada a esse processo, mas isso não significa que sejam mutuamente excludentes ou que representem visões opostas. O percurso que transita pelos pares onipotência/impotência, amparo/desamparo, amor/desamor, explicado pela Psicanálise em termos de processos narcísicos, de identificação e introjeção, podem participar da configuração e oferecer o conteúdo de esquemas cognitivos que influenciarão as interpretações que o sujeito fará de si, dos outros, do mundo, do futuro. As concepções psicanalíticas e cognitivas são diferentes, mas talvez também possam cooperar com o intuito de ampliar a compreensão da constituição da mente humana e da predisposição a transtornos mentais.

Os esquemas cognitivos também podem ser correlacionados com os planos de ação, descritos por Solms (2018), que são as soluções aprendidas ao longo da vida para o enfrentamento de problemas que são automatizados para tornar as ações mais efetivas, devido às limitações de nossa memória de trabalho. No entanto, planos disfuncionais podem ser consolidados, principalmente aqueles formados na infância que persistem na vida adulta. Esses planos precisam se tornar conhecidos conscientemente para serem reconsolidados e atualizados de modo que sejam funcionais na vida adulta.

É consensual o papel fundamental da relação da criança com quem exerce o seu cuidado para a constituição e o desenvolvimento do psiquismo. Retomemos o fato de que o bebê é, originalmente, impotente diante dos desafios da sobrevivência e da manutenção da vida. Sua impotência, vulnerabilidade e desamparo são amenizados através do cuidado materno. O estado inicial é de indiferenciação e de identificação entre o bebê e a mãe (ou quem exerça a maternagem) e disso decorre sua onipotência narcísica (primária). À medida que o bebê se diferencia da mãe, ele é confrontado com sua impotência e vulnerabilidade. Gradualmente, internaliza aspectos da mãe para garantir sua potência. Uma mãe empática garantirá a satisfação das necessidades da criança e frustrações na medida certa. Haverá predomínio de aspectos bons internalizados. Faltando-lhe empatia, haverá demasiadas frustrações e o universo mental

infantil será povoado por aspectos ruins e, associando elementos cognitivos, serão formados esquemas enviesados negativamente. Resultará difícil ascender ao narcisismo secundário que garantiria suas potencialidades e sua autoestima. Caso isso aconteça, o sujeito pode ter dificuldade em estabelecer relações em que os outros sejam efetivamente vistos como sujeitos que contribuem para seu desenvolvimento afetivo e que não representam apenas objetos de sustentação de um narcisismo deficitário. A perda desses objetos significa a perda do amor próprio, da segurança, da potência e o sujeito se vê vulnerável e desamparado. Por isso, perdas significativas posteriores (apontadas pela TC como perdas percebidas de recursos vitais ou perdas de objetos de amor ou de caráter simbólico, segundo a Psicanálise) podem reverberar nas inscrições mnêmicas que constituíram a predisposição ao adoecimento, isto é, ativar sistemas afetivos e cognitivos que desencadearão os sinais e sintomas depressivos.

Somos evolutivamente dotados de impulsos instintuais e de emoções para criar vínculos com outros seres humanos de modo a garantir a sobrevivência e a perpetuação da espécie, sendo também fonte de prazer e de manutenção do bem-estar. A ruptura dos laços afetivos por separações e perdas causa naturalmente intenso sofrimento. O adoecimento acontece caso isto exceda a capacidade individual de enfrentamento, que depende do nível de desenvolvimento do ego, que por sua vez, depende da qualidade de seus vínculos primordiais. A isto se deve o possível caráter traumático de perdas e separações e a psicopatologia decorrente delas. O papel do trauma na etiologia da depressão é ressaltado por Leuzinger-Bohleber (2015), que o caracteriza como uma experiência que excede a capacidade de enfrentamento do ego, que se vê colocado em uma situação de total impotência e desesperança, vivenciando medo da morte (pânico) e, ao mesmo tempo, inibição da atividade (passividade).

9.4.3 Falhas no Eu e a retroalimentação dos vieses negativos

Note-se que consideramos uma noção de sintoma que não se trata de formação de compromisso entre impulsos ou desejos interditados relacionados à sexualidade, embora ambos possam coexistir. A angústia e o ódio podem estar inscritos no psiquismo implicitamente e serem ativados por situações ou lembranças associadas a eventos anteriores. Assim, certos fenômenos depressivos, como crises de choro, raiva e angústia, estariam mais próximos da catarse do que da repressão. Levando-se em conta que falhas na função materna por empatia insuficiente causam prejuízo do desenvolvimento do Eu, este tem prejudicadas as suas funções

de intermediação entre os impulsos instintuais e as exigências superegóicas (ideais) e do mundo externo. Assim, podem ficar comprometidas as funções de defesa, como a repressão e a sublimação, e aquelas relacionadas à capacidade de raciocínio e de tomada de decisões, à regulação emocional e ao controle de comportamentos.

A Terapia Cognitiva explica que, em um contexto desfavorável ao desenvolvimento, as experiências vividas ao longo da vida serão interpretadas e registradas na memória (na medida em que ocorre a maturação neurobiológica e cognitiva, no sentido ideativo e intelectual) pelo viés da insegurança, da impotência, da vulnerabilidade, da incapacidade, do desamparo etc. em um processo de retroalimentação constante entre registros mnemônicos, desencadeamento de emoções negativas, interpretação enviesada dos fatos, respostas fisiológicas compatíveis e assim por diante. A falta de vitalidade observada nas depressões é compreensível se consideramos predomínio de frustrações, esgotamento das tentativas de enfrentamento das adversidades e de manutenção do bem-estar, descrença nos próprios recursos e na possibilidade de contar com o outro. Ou seja, após todo o estresse gerado por uma perda significativa, o indivíduo pode sucumbir ao esgotamento e ao desespero, o que converge com a explicação da Neuropsicanálise.

Lembramos também que os esquemas cognitivos são estruturas de armazenamento e organização de informações, que dirigem a interpretação e a recordação dos fatos. Ao longo do desenvolvimento, eles podem se tornar disfuncionais e inflexíveis à assimilação de novos dados, enviesando negativamente o processamento de informações (memória, atenção e fluxo de pensamentos). Isso leva à ativação de respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas desfavoráveis à adaptação e ao enfrentamento dos desafios da vida. Segundo Beck e Haigh (2014), o modo da depressão é ativado por estressores, principalmente perdas de recursos considerados vitais pelo sujeito, e desencadeia a ativação de esquemas cognitivos enviesados negativamente, que levam a pensamentos com conteúdos de desvalor, desamparo e desamor, isto é, de impotência, incapacidade, baixa autoestima, junto com emoções como tristeza, medo e raiva.

Por sua vez, Damásio (1994/2012, p. 142) esclarece que “quando se verifica um estado corporal negativo persistente, como sucede numa depressão, aumenta a proporção de pensamentos suscetíveis de serem associados às situações negativas, e o estilo e a eficiência do raciocínio são afetados”. Assim, as interpretações dos fatos e a capacidade de reflexão e de ponderação ficam comprometidas e ocorrem no bojo de um processo de retroalimentação contínuo, em que novas experiências serão formatadas segundo um molde de valência negativa.

Aqui podemos lembrar que o neurocientista E. Kandel também considera a coexistência de processos mentais conscientes e inconscientes e, inclusive, destaca que é possível compreender a origem das interpretações e das atitudes das pessoas pelo modo como processam inconscientemente as emoções. Outro neurocientista complementa essa discussão. Burton (2017) explica que os pensamentos conscientes e inconscientes provavelmente são gerados pelos mesmos mecanismos fisiológicos; o que os diferencia é a forma como são sentidos pelo sujeito. Eles também são avaliados por sentimentos como certeza e convicção, em vez da razão e da lógica. Por esse motivo, as crenças que as pessoas têm sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e sobre os eventos, podem se sustentar, a despeito de evidências contrárias. Por outro lado, certas crenças garantem uma sensação de propósito, de sentido para a existência, mesmo não sendo racionais ou não contando com evidência alguma. Como se observa nos casos de depressão, quando falta sentido à própria vida, esta pode estar em risco.

Como foi exposto, os fenômenos depressivos decorrem da interação entre: predisposição genética; fatores de vulnerabilidade da história de vida (traumas, perdas e lutos); elementos simbólicos e imaginários da realidade psíquica; distorções cognitivas (vieses de pensamento, atenção e memória); elementos socioculturais, entre outros. Portanto, uma convergência entre os campos é aquela que se refere à interação de vários fatores na etiologia dos quadros depressivos, incluindo fatores constitucionais ou orgânicos (em interação com o ambiente), elementos de vulnerabilidade infantil e eventos desencadeadores acidentais ou incidentes críticos (separações, perdas, traumas). Aqui encontramos semelhanças entre o modelo cognitivo, que abarca o modelo diátese-estresse (quanto maior for a vulnerabilidade menor será o evento estressor necessário para desencadear os sintomas) e as séries complementares de Freud (em que os fatores constitucionais e acidentais têm papéis inversamente proporcionais no surgimento de uma psicopatologia). Por outro lado, durante as nossas investigações, foi possível perceber algumas características positivas dos quadros depressivos, que expomos a seguir.

9.5 A DEPRESSÃO TEM ASPECTOS POSITIVOS?

Beck e Bredemeier (2016) consideram que sintomas depressivos que levam ao isolamento, à anedonia e à limitação de atividades que não são essenciais à sobrevivência (relacionadas à sexualidade, à parentalidade e à sociabilidade, por exemplo) podem ter potencial

evolutivo, pois favorecem a preservação do indivíduo ao poupar energia. Por sua vez, Freud atribui a melancolia a perdas significativas, potencialmente traumáticas, sendo que o sujeito pode não saber determinar com precisão o que perdeu e nem o impacto disso naquilo que parece ter perdido de si mesmo como consequência. Porém, Freud também considera o valor de estados depressivos, que permitem a elaboração de perdas, como aqueles observados no luto. A visão de A. Damásio sobre o valor biológico e evolutivo das emoções e dos sentimentos é convergente com essas ideias. Embora aqueles presentes nos quadros depressivos pareçam ir na contramão dos processos de manutenção da vida, eles atuam, a princípio, de modo coerente com esse propósito. Pode existir diminuição das atividades, isolamento, sentimentos de impotência, desânimo, tristeza, raiva, ansiedade etc. como manifestações da mente-corpo reagindo às adversidades da vida e impulsionando o sujeito a agir a partir da percepção do desprazer. O fato de que emoções e sentimentos são regidos pela homeostase e visam à preservação da vida concorda com a concepção do modelo cognitivo unificado acerca da limitação das atividades e do retraimento do indivíduo para conservação de energia após perdas significativas, bem como com as noções psicanalíticas que falam a favor dos aspectos positivos dos estados depressivos, necessários ao desenvolvimento psíquico.

Como anunciamos desde o princípio, nosso objetivo não seria abordar todo o espectro depressivo, incluindo os estados mais próximos da normalidade. Nesses estados, a tristeza, o decréscimo da motivação e do prazer, o recolhimento social, a dificuldade de concentração, de solução de problemas e de tomada de decisão são congruentes como os eventos experienciados pelo sujeito em determinado momento da vida, como no luto. Havia o intuito de fazer correlações sobre a depressão enquanto uma psicopatologia. Entretanto, no decorrer de nossos estudos, notamos que o aspecto potencialmente positivo dos estados depressivos também era um ponto de convergência entre as teorias.

Por isso, cabem algumas considerações sobre o luto, segundo Freud (1917/2010). Ele faz uma comparação entre luto e melancolia, visando encontrar explicações para a patologia, partindo de um fenômeno normal. Freud (1917/2010) diz que:

Via de regra, o luto é a reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal etc. Sob as mesmas influências observamos, em algumas pessoas, melancolia em vez de luto, e por isso suspeitamos que nelas exista uma *predisposição patológica*. Também é digno de nota que *jamais nos ocorre ver o luto como um estado patológico* e indicar tratamento médico para ele, embora ocasione um sério afastamento da conduta normal da vida. Confiamos em que será superado após certo tempo, e achamos que perturbá-lo é inapropriado, até mesmo prejudicial (p. 171-172, *itálicos nossos*).

O que Freud (1917/2010) fala sobre o luto condiz com inúmeros estados vivenciados por todas as pessoas em diversas ocasiões, inclusive no que se refere ao trabalho do luto, ou seja, o processo saudável, embora doloroso, através do qual o sujeito consegue se desligar do objeto investido e reinvestir em novos objetos (outras pessoas, atividades, ideais etc.). Por isso, o que ele chama de predisposição patológica é fundamental para compreendermos o adoecimento, embora os limites entre o normal e o patológico sejam obscuros. Evidentemente, dependendo do grau de vulnerabilidade, da magnitude dos eventos adversos precipitantes e da gravidade com que se configura a depressão, a existência pode ser comprometida. Nesse ponto, observa-se a ruptura com os princípios homeostáticos vitais, a disfuncionalidade emocional e comportamental e o risco à própria vida. Deprimir sem de fato adoecer depende do desenvolvimento do Eu, isto é, de sua capacidade de suportar as perdas e frustrações, podendo se enlutar, ensimesmar e entristecer para, posteriormente, superá-las e, talvez, alcançar outro patamar de desenvolvimento psíquico. A capacidade de deprimir nesse sentido não é oposta à resiliência, ao contrário, é necessária para que ela seja efetiva, e pode ser potencializada por meio da psicoterapia.

Além disso, a Psicanálise abre espaço para uma angústia inerente à condição humana, com suas limitações, vulnerabilidades, frustrações, em que algo almejado será perdido ou jamais alcançado, e também para a irracionalidade e para as contradições e ambiguidades, próprias da nossa complexidade e riqueza mentais, que não devem ser submetidas a crivos para avaliar sua funcionalidade ou potencial adaptativo, pois são alheias a tais parâmetros. Nesse aspecto, diverge da crença da TC na racionalidade e na lógica como imperativos do processamento mental supostamente saudável.

Podemos concluir que os três campos que apresentamos sugerem a existência de elementos de caráter positivo dos quadros depressivos. A Psicanálise considera que os estados depressivos podem ser propícios e mesmo necessários ao desenvolvimento psíquico. No modelo cognitivo também está presente a noção de uma função biológica de certos aspectos da depressão (como a diminuição das atividades e o isolamento social) no sentido de conservação de recursos vitais. As Neurociências indicam o valor biológico e evolutivo dos sentimentos para a preservação e progressão da vida, guiados pela homeostase. No entanto, na depressão há dor, sofrimento, disfunções, incapacitações, impotência e desesperança. Tudo isso pode culminar em desvitalização e morte. Portanto, a visão fica embaçada quando tentamos enxergar os limites entre a saúde, a normalidade e a psicopatologia. Resta encontrar o sujeito e suas potencialidades de existência autônoma e, concomitantemente, ajudá-lo a se reencontrar e a se reestabelecer,

conforme os valores, as normas, as crenças, os desejos e os sentidos que pode *reconstruir* e que lhe são próprios e singulares. Essa postura clínica é importante em qualquer abordagem ou conduta terapêutica, pois coloca em evidência e, ao mesmo tempo, em suspenso, os elementos culturais e normativos, que devem ser reconhecidos, mas não ser determinantes do sujeito. Saúde em sentido amplo requer em certa medida a capacidade de adaptação frente às demandas do meio com a possibilidade de autodeterminação e liberdade guiadas pela ética.

Tendo em vista o que expusemos até aqui, podemos concluir que não se pode patologizar qualquer sinal ou sintoma imediatamente, sem as devidas ponderações e contextualizações, baseadas na escuta empática e técnica do sujeito em sofrimento. Isso tem implicações para o tratamento da depressão, assunto que abordamos a seguir. Como veremos, enquanto a TC fala em reestruturação cognitiva e a Psicanálise, em elaboração psíquica, sendo que ambas visam à reestruturação psíquica como caminho e esperança para superação do sofrimento vivenciado na depressão.

10 A REESTRUTURAÇÃO PSÍQUICA

*You've got to get yourself together
 You've got stuck in a moment
 And now you can't get out of it. . .
 I was unconscious, half asleep
 The water is warm till you discover how deep
 I wasn't jumping, for me it was a fall
 It's a long way down to nothing at all
 (Stuck In a Moment You Can't Get Out Of / U2)¹⁰*

Nosso objetivo neste capítulo é abordar alguns tratamentos para depressão. Primeiramente, mencionamos alguns aspectos socioculturais da atualidade que precisam ser levados em consideração, pois influenciam diagnósticos e condutas profissionais. Na sequência, apresentamos algumas noções sobre os tratamentos psicoterapêuticos na abordagem psicanalítica e cognitiva. Cientes da existência de divergências, questionamentos e críticas a ambas nos meios profissional e social de modo geral, nosso intuito é expor alguns de seus fundamentos técnicos e pesquisas que demonstram e que também comparam a sua efetividade terapêutica.

10.1 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS CONTEMPORÂNEOS

Vários autores atuais, principalmente do campo psicanalítico, incluem aspectos socioculturais em suas discussões sobre os transtornos depressivos. Tais elementos têm implicações na compreensão, no diagnóstico e no tratamento adotado para tais transtornos. Mendes, Viana e Bara (2014) consideram o contexto sociocultural contemporâneo, marcado pelo individualismo, pelo consumismo, pela valorização hiperatividade, pelo narcisismo e pelo imperativo do gozo. O sujeito deprime ao ser destituído da possibilidade de lidar com suas perdas e frustrações, num contexto onde a dor e o sofrimento não encontram tempo nem lugar

¹⁰ Você precisa se recompor / Você ficou preso em um momento / E agora você não consegue sair disso / Eu estava inconsciente, meio adormecido / A água é morna até você descobrir a profundidade / Eu não estava pulando, para mim foi uma queda / É um longo caminho para baixo até o nada (*Stuck In a Moment You Can't Get Out Of / U2*)

para simbolização e elaboração. Portanto, a depressão pode ser compreendida não apenas como patologia, mas também como uma posição subjetiva diante das demandas da sociedade, marcada pelo conflito entre o Eu e o Ideal do Eu. Em uma perspectiva também crítica ao contexto econômico e social atual, Christaki (2014) argumenta que o capitalismo engendra culpa e desespero, por meio de discursos que assujeitam os indivíduos e afetam as subjetividades, levando a um mal-estar contemporâneo diferente do mal-estar sexual descrito por Freud. De acordo com Fortes (2009), o hedonismo caracteriza o homem contemporâneo, isto é, predomina a obrigação de ser feliz, o imperativo do gozo e a evitação do sofrimento. Nesse cenário, aquele que sofre é criticado, considerado fraco e culpado. No entanto, a negação da dor evidentemente não impede sua existência e pode ter como consequência gerar ainda mais sofrimento. Assim, a felicidade e o prazer não representam um direito ou algo a ser almejado, são deveres a serem cumpridos.

Carvalho e Assis (2016) mencionam a hegemonia do pensamento biologizante da depressão e o consequente predomínio de tratamentos medicamentosos, enquanto consideram a depressão constituinte do ser humano, portador de tristeza e dor em sua existência. Os autores concebem o vazio como o signo fundamental da contemporaneidade, em lugar da culpa de tempos anteriores, num período marcado pelo consumismo e narcisismo, em que facilmente considera-se um fracasso. Também levam em conta o ritmo acelerado da sociedade atual, em que o sujeito não tem tempo suficiente para a elaboração de seus sentimentos e a temporalidade própria do psiquismo é afetada. Portanto, depressão representa um tempo que o indivíduo precisa para se reorganizar narcisicamente diante do vazio e isto está na contramão de tratamentos que visam retirá-lo o mais rapidamente possível do estado depressivo, por meio de medicamentos ou certas abordagens psicoterapêuticas. Naves e Féres-Carneiro (2007) pensam a melancolia situada entre o somático e o psíquico, entre duas naturezas diferentes: a do ser biológico e a do sujeito governado pelo inconsciente. A partir disso, consideram a medicalização, mesmo quando necessária, uma máscara do somático sobre o psíquico e, portanto, insuficiente, pois expressa somente o esvaziamento da dor, típico de nossa estrutura social e reiterado pela mídia.

Campos (2016) também tece críticas ao predomínio de explicações neurofisiológicas, em que estão pautadas as práticas clínicas baseadas em evidências. Ele questiona tais explicações, dizendo que “muitas das vezes o mecanismo neurofisiológico de uma determinada síndrome psicopatológica é inferida do mecanismo de ação do medicamento” (p. 25) e complementa: “O problema em jogo nas caracterizações diagnósticas atuais é, justamente, ter

aberto mão do lugar da subjetividade no diagnóstico como garantia de objetividade e universalidade” (p. 25) e, dessa maneira, terem perdido os critérios etiológicos relacionados a fatores psicogênicos. Campos (2016) ainda considera o impacto das relações sociais centradas em vínculos narcísicos e atuações performáticas, acompanhadas pela perda de referenciais culturais coerentes e consistentes para a produção de identidades, atualmente marcadas pelo imperativo da felicidade, pelo desamparo e pelo individualismo que, ao mesmo tempo em que leva a um autocentramento, é constantemente remetido ao olhar do outro, com quem se estabelece uma relação de caráter narcísico. A depressão representa, portanto, o avesso dos ideais estéticos, performáticos e consumistas da sociedade contemporânea, daí decorre o forte apelo para sua patologização e medicalização. Esse autor considera que o medicamento serve a uma formação de compromisso, pois promete o alívio do sofrimento, sem adentrar a subjetividade. Proposta oposta à da Psicanálise, que resgata o papel do sofrimento como expressão de processos subjetivos dotados de sentidos singulares para cada sujeito e que diferencia sintomas de estruturas psíquicas, sendo que os primeiros são produtos da organização dinâmica de cada estrutura particular e devem ser interpretados. Campos (2016) percorre diferentes escolas psicanalíticas e conclui que “convergem para certo ponto paradigmático comum que é a problemática narcísica na constituição da subjetividade” (p. 38). E prossegue afirmando que “uma perspectiva psicanalítica serve a uma posição de resistência às tendências contemporâneas de dessubjetivação e reificação próprias dos movimentos de medicalização e biologização do social” (p. 39).

Conforme Franco, Costa e Leão (2016), há excessiva medicalização da depressão, que está relacionada às forças de mercado e aos padrões de consumo da dinâmica capitalista atual. A sobremedicalização foi influenciada pela hegemonia adquirida pela Psiquiatria e sua ênfase nos fatores neurobiológicos da depressão, após a terceira revisão do DSM, de caráter mais descritivo e a-teórico, e da descoberta do primeiro ISRS (inibidor seletivo da receptação da serotonina), a fluoxetina (Prozac). Os autores também mencionam o modelo cognitivo de A. Beck, baseado em distorções cognitivas e esquemas disfuncionais. Eles apontam que tanto a Terapia Cognitiva quanto a Psicanálise consideram a existência de um contexto que propicia o aparecimento dos sintomas, o qual adquire papel secundário na Psiquiatria. Porém, eles questionam: “se as bases biológicas e cognitivas que determinam a doença são as mesmas durante séculos, o que faz as estatísticas apontarem uma doença milenar como um ‘mal do século’?” (p. 317). E respondem ao fazerem uma leitura crítica do mercado capitalista, onde necessidades são criadas e desejos são manipulados pelas estratégias de marketing, da mídia e

estão sujeitos às relações de poder guiadas pela lucratividade. Medicamentos são consumidos em função das forças de um mercado que visa satisfazer não as necessidades individuais, mas as necessidades do sistema capitalista, que criam supostas demandas dos sujeitos. Além disso, seu uso favorece a manutenção da produtividade, em ritmo acelerado, atendendo à produção e ao consumo incessantes. Afinal, um indivíduo improdutivo, perde sua empregabilidade, fato que pode motivar a prescrição de medicamentos mesmo não atendendo critérios clínicos. Entretanto, esse modo de vida configura-se de maneira a impedir as elaborações psíquicas necessárias às perdas, dores e frustrações, inerentes à condição humana. É obviamente lucrativo para a indústria farmacêutica, e toda rede envolvida, considerar doentes pessoas saudáveis. Nesse cenário, a doença mental tem seu escopo ampliado, a saúde é colocada numa relação de dependência com uma mercadoria – o medicamento – e o indivíduo é submetido a um estilo de vida que desafia seus limites.

Outra perspectiva é oferecida por Solomon (2008). Ele aponta para o fato de que muitas pessoas que se encontram em situação de pobreza e vulnerabilidade social nem sequer reconhecem que estão deprimidos, pois vêm como algo normal seus sentimentos e percepções negativas em função da realidade em que vivem. Por esse motivo não procuram tratamento e, pela disfuncionalidade causada pela depressão, ficam fadados a um processo de empobrecimento cada vez maior, pois não conseguem se manter em empregos ou sair em busca de oportunidades de trabalho e renda.

Falando de sua experiência pessoal com a depressão, Solomon (2008) fala em favor da associação de medicações e psicoterapia para a eficácia do tratamento. Além disso, esse autor expõe diversos tratamentos que descobriu viajando e entrevistando pessoas de diferentes culturas por todo o mundo. Ele escreve que “alguns desses tratamentos funcionam como placebos, mas uma resposta placebo robusta é a cura nesse campo. Algumas parecem funcionar misticamente. Outras representam ideias científicas avançadas” (p. 517-518). Compartilhando sua própria visão sobre a cronicidade da depressão e recorrência de episódios, mesmo com tratamento efetivo, Solomon (2008) diz o seguinte:

Não é que as depressões sejam maravilhosas e que todos deveriam ter uma, mas se você passou por essa experiência, você pode obter bastante insight a partir dela. Enquanto você está nela, é realmente árido e vazio e agonizante. Você emerge de um episódio, sabendo sempre que, porque a depressão é uma doença crônica, existe uma boa chance de que em algum momento você terá outra recaída. Se você conseguir valorizar a depressão de alguma forma, não significa que será menos provável recair, mas que você será mais capaz de tolerar a recaída e o conhecimento de que uma recaída estará à espreita na esquina. A habilidade de tolerar sua própria depressão é o que permitirá a você, acredito, encontrar alguma resiliência (p. 529).

Evidentemente, muitos casos têm indicação do uso de psicotrópicos e tratamentos em que medicações são associadas à psicoterapia têm se mostrado eficazes para quadros depressivos. Portanto, não se deve demonizá-los, uma vez que representam uma possibilidade de alívio do sofrimento. O que é preciso é um uso parcimonioso e adequado a cada caso. Afinal, a vivência da dor psíquica pode impulsionar o desenvolvimento mental. Trata-se de um equilíbrio delicado entre a atenuação do sofrimento, da angústia e da dor e seu reconhecimento e enfrentamento. O mesmo vale para as psicoterapias que devem assumir um posicionamento crítico, reflexivo e ético no que se refere aos valores socioculturais de nossa época e não ser mero instrumento adaptativo ou normativo, preservando a autonomia dos sujeitos. Como diz Solomon (2014): “Acredito que a dor precisa ser transformada, mas não esquecida; contrariada, não suprimida”.

10.2 AS ABORDAGENS PSICANALÍTICA E NEUROPSICANALÍTICA

O termo psicoterapia se aplica genericamente a tratamentos realizados com técnicas e objetivos psicológicos, portanto, existem diversas abordagens psicoterapêuticas: a psicanalítica, a cognitivo-comportamental, a sistêmica, a análise do comportamento, entre outras. As psicoterapias são baseadas em teorias sobre o desenvolvimento e funcionamento mental, relações humanas, psicopatologias etc. e representam conjuntos de técnicas de intervenção para o desenvolvimento e tratamento dos pacientes.

Nesta parte, enfocaremos o tratamento psicanalítico e o psicoterapêutico baseado nesse referencial teórico e técnico. Existem semelhanças e diferenças entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica ou dinâmica. A primeira se fundamenta na técnica legada por Freud, fundamentada nos princípios do inconsciente dinâmico, na transferência e contratransferência, na resistência e na atividade interpretativa. O paciente é encorajado a fazer associações livres, enquanto o analista mantém a atenção flutuante e, assim, promove a neurose de transferência. Neste aspecto, é distinta da psicoterapia de orientação psicodinâmica, que também segue fundamentos psicanalíticos e é voltada para o *insight*, mas conta com versões breves (ou focais) e atitude mais ativa do terapeuta (Zimmerman, 2007). Como nossa pesquisa visa correlações e articulações interdisciplinares, delimitamos nossas considerações sobre intervenções técnicas às contribuições de autores da Psicanálise e da Neuropsicanálise que compartilham esse posicionamento teórico-técnico.

Segundo Solms (2017), o objetivo da análise é ajudar os pacientes a compreender seus sentimentos e discernir as predições inconscientes errôneas, por meio das quais esses sentimentos estão sendo causados e mantidos, pois os sujeitos utilizam-nas de modo ineficaz para satisfazer suas necessidades, sem ter conhecimento disso.

A tarefa analítica é trazer estas predições de volta à consciência – problematizá-las na memória de trabalho. Isto é alcançado redirecionando os sentimentos pelos quais o paciente sofre derivados das predições reprimidas que os causam. Porém, como eu disse, isto não pode ser feito *diretamente* no caso das memórias não declarativas. Isto só pode ser feito por meio dos derivados do reprimido – por meio do que está sendo repetido no presente e pode assim ser declarado e pensado. O inconsciente é apenas isso: ele é *inconsciente*, para sempre. Apesar de podermos inferi-lo, nós nunca podemos experienciá-lo. Estas inferências (denominadas “reconstruções” em psicanálise) ajudam-nos a compreender melhor a transferência presente. Baseados nesta compreensão, tudo o que podemos esperar alcançar são predições novas e melhores, as quais devem ser consolidadas junto com as antigas. Visto que as novas são melhores em satisfazer as necessidades subjacentes, elas são prontamente empregadas pelo paciente, e então são gradualmente consolidadas, ainda mais profundamente, mesmo após o fim do tratamento (Solms, 2017, p. 6, itálicos do autor, tradução nossa).

Acerca do método clínico, Solms (2018) afirma o seguinte: 1) os pacientes sofrem principalmente de sentimentos, que sempre significam algo, isto é, representam necessidades insatisfeitas. Portanto, distúrbios emocionais implicam em tentativas malsucedidas de atender às necessidades; 2) “o principal propósito do tratamento psicológico é, então, *ajudar os pacientes a aprender formas melhores (mais efetivas) de atender às suas necessidades*. Isto, por sua vez, leva a uma *melhor regulação emocional*” (p. 6, itálicos do autor); e 3) o objetivo da terapia psicanalítica é mudar os planos de ação profundamente automatizados. A técnica psicanalítica enfoca: a identificação das emoções predominantes; essas emoções revelam o significado do sintoma; os planos de ação patogênicos não podem ser lembrados diretamente por serem inconscientes, por isso o analista identifica-os indiretamente e pode trazê-los à consciência por meio dos padrões repetitivos de comportamento que derivam deles; através dos derivados que surgem no momento presente é possível alcançar sua reconsolidação, ou seja, pela interpretação da transferência; a reconsolidação não é facilmente alcançada, porque a repressão exerce resistência à reativação de nossos problemas insolúveis.

Acerca da constituição do psiquismo, Andrade (2017), retomando ideias de Freud, escreve que o desenvolvimento do Eu está programado geneticamente e ocorre por meio da interação do conjunto Eu-Id com os objetos do mundo externo. A relação objetal e a intersubjetividade adquirem relevância e ensejam que a ação terapêutica seja fundamentada na execução da função materna virtual pelo analista. Isso pelo fato de que o Eu do bebê se constitui por meio da relação com a mãe e é o restabelecimento virtual dessa relação através da

transferência que propicia as transformações necessárias para a superação das falhas estruturais do Eu e seu desenvolvimento. A função materna precisa coincidir com o projeto genético a ser desenvolvido, proporcionando um ambiente médio expectável. “E o objeto é tanto mais adequado quanto mais capaz de entrar em sintonia empática com as *reais* necessidades do bebê” (Andrade, 2017, p. 109, itálico do autor).

A psicanálise afetiva difere da tradicional (ideativa) pautada na repressão sexual, pois esta última requer um Eu já estruturado, com processamento secundário, enquanto a primeira reconhece e visa intervir junto às estruturas afetivas que armazenam memórias de afetos de prazer e desprazer (consciência primária) que não são acessíveis à consciência secundária. Andrade (2017) esclarece que a Psicanálise do século XXI “. . . se caracteriza por ter acesso às estruturas inconscientes derivadas das representações e quotas de afeto surgidas nas primeiras experiências sensoriais do bebê no contato com o objeto executor da função materna” (p. 115). Portanto, as intervenções analíticas visam as estruturas afetivas inconscientes para a promoção de mudanças.

As experiências predominantemente afetivas das fases iniciais do desenvolvimento infantil são armazenadas como memórias implícitas (ou não declarativas). Esse tipo de memória se torna automatizada e permanece inconsciente. Por esse motivo, Andrade (2014) defende que os processos psicoterapêuticos devem se basear na relação transferencial afetiva e não somente em intervenções verbais. “A transferência repete impressões afetivas da infância mais remota, de modo a produzir no *setting* analítico as primeiras relações afetivas significativas” (Andrade, 2014, p. 191). Assim, segundo esse autor, ela é capaz de promover a reestruturação psíquica mesmo sem os elementos cognitivos (ideativos) da interpretação.

É por esse motivo que a transferência analítica é essencial para a reestruturação do ego, pois experiências emocionais de fases iniciais do desenvolvimento podem ser repetidas e, assim, transformadas. “A mente afetiva primitiva, não verbal, é pré-simbólica, concreta, irredutivelmente inconsciente, inacessível à consciência (secundária) e inacessível à interpretação” (Andrade, 2017, p. 117). Ela corresponde às memórias implícitas emocionais, que desencadeiam estados afetivos inexplicáveis racionalmente. E a repressão? Seu alvo são as representações verbais, isto é, conteúdos que eram, a princípio, da consciência secundária, mas são mantidos defensivamente fora da consciência. Note-se que a psicanálise afetiva não desconsidera o material ideativo (fantasias e pensamentos) que deve ser objeto de intervenções verbais, ou seja, do diálogo analítico, que inclui as interpretações, construções e outras explicações pertinentes à análise, embora o faça a partir da consolidação do alicerce afetivo.

Várias pesquisas foram realizadas acerca do tratamento da depressão dentro de abordagens psicodinâmicas ou psicanalíticas, algumas as comparando com outras psicoterapias e com o uso de medicamentos. Isto evidencia que grupos de pesquisadores testam protocolos, como, por exemplo, o de Tavistock (Taylor, 2015; Taylor et al., 2012), verificam a efetividade de tratamentos, comparam técnicas psicoterapêuticas, ou seja, submetem os resultados da aplicação do método clínico psicanalítico à verificação empírica, tal como fazem outras abordagens. Apresentamos alguns exemplos a seguir.

Bastos, Guimarães e Trentini (2013) apresentam uma pesquisa em que foram comparados três tipos de tratamento para depressão: psicoterapia psicodinâmica de longa duração, uso de fluoxetina e a combinação dos dois primeiros, no que se refere às alterações neurocognitivas observadas nos pacientes, ou seja, aquelas relacionadas ao processamento de dados, memória de trabalho, atenção, concentração, funções executivas, processos inibitórios, lentificação motora e cognitiva, flexibilidade mental, fluência semântica, capacidade de aprendizagem. Bastos et al. (2013) concluíram que a terapia psicodinâmica de longa duração associada ou não à fluoxetina se mostrou efetiva para a melhora das funções neurocognitivas em pacientes com depressão moderada, enquanto que o tratamento medicamentoso isoladamente não apresentou mudanças efetivas. Os autores mencionam que os resultados devem levar em consideração outros fatores como: experiências cotidianas dos sujeitos, alterações fisiológicas (hormonais, por exemplo), aspectos culturais, entre outros.

Fonagy (2015) fez uma revisão dos estudos sobre a efetividade da terapia psicodinâmica para os principais tipos de transtornos mentais. Esse tratamento se mostrou efetivo para transtornos depressivos, ansiosos, alimentares e somáticos. O autor encontrou pouca evidência para o tratamento de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, bulimia, dependência de cocaína e psicoses. A terapia psicodinâmica de longa duração se mostrou efetiva para o tratamento de transtornos de personalidade, particularmente do tipo *borderline*. A partir de sua revisão, o autor sugere o abandono de comparações entre abordagens psicoterapêuticas heterogêneas para grupos de diagnósticos também heterogêneos e advoga a favor de protocolos com combinações de tratamentos individualizados para cada paciente. Segundo Zimmermann et al. (2015), a longa duração da terapia psicanalítica, bem como a aplicação de suas técnicas, facilitam a mudança terapêutica em pacientes com depressão. Eles consideram que a efetividade da Psicanálise e a manutenção dos ganhos terapêuticos não se explicam apenas por sua duração prolongada e frequência das sessões, mas também por

características próprias de sua técnica, como focar os sonhos dos pacientes, fantasias, experiências sexuais e memórias infantis.

Luyten e Blatt (2012) investigaram o tratamento psicodinâmico para depressão e verificaram que é aceito por muitos pacientes como um tratamento viável, que a sua forma breve promove melhora superior à apresentada por grupos de controle, é igualmente efetiva a outras terapias psicológicas, seus efeitos terapêuticos se mantêm em longo prazo, é tão efetiva quanto a farmacoterapia para o tratamento em quadros agudos de depressão leve e moderada, está associada a melhores resultados de longo prazo quando utilizada sozinha ou juntamente com medicações quando comparada ao tratamento unicamente medicamentoso. A terapia psicodinâmica de longa duração pode ser indicada para pessoas com problemas psicológicos crônicos, complexos, caracterizados por alterações de humor, com comorbidades como ansiedade e transtornos de personalidade. Outro dado significativo é que os efeitos da terapia psicodinâmica podem ser relativamente mais demorados do que de tratamentos medicamentosos ou de outras abordagens psicoterapêuticas em quadros agudos de depressão, porém são clinicamente, e talvez financeiramente, mais efetivos em longo prazo, principalmente para pacientes com problemas crônicos. De acordo com estes autores, o futuro do tratamento da depressão irá se basear em uma abordagem centrada na psicopatologia e no próprio indivíduo, ou seja, delineados especificamente para cada paciente, considerando-se sua história de vida e suas relações interpessoais.

Driessen et al. (2013) compararam a eficácia entre a terapia psicodinâmica e terapia cognitiva comportamental e não encontraram diferenças significativas nos resultados terapêuticos. Solomonov e Barber (2016) investigaram a eficácia das intervenções psicológicas para depressão e concluíram que existem muitos tratamentos eficazes, com eficácia mais ou menos equivalente e que se comprovam melhores do que não ter tratamento ou outras condições de controle. Entretanto, ainda não se sabe por que estes tratamentos são frequentemente ineficazes ou parcialmente eficazes para muitos pacientes, por que muitos deles abandonam o tratamento ou por que vários recaem. Os autores sugerem um modelo alternativo de tratamento para depressão, levando em conta as necessidades e circunstâncias específicas de cada paciente. A primeira indicação seria terapia de ativação comportamental ou de resolução de problemas; seguida por terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, terapia focada nas emoções ou psicoterapia psicodinâmica; e, então, psicoterapia psicodinâmica de longa duração, terapia cognitivo-comportamental de longa duração e psicanálise; todas associadas à medicação.

10.3 A TERAPIA COGNITIVA

No início do tratamento da depressão em TC, é realizada uma avaliação psicológica do paciente, que inclui informações sobre sua história de vida, histórico clínico e tratamentos anteriores, os problemas que tem enfrentado em diversas áreas (social, afetiva, laboral, acadêmica, saúde etc.), estratégias e recursos de enfrentamento, além da utilização das Escalas Beck para verificação de sintomas depressivos (BDI – *Beck Depression Inventory*), ansiosos (BAI – *Beck Anxiety Inventory*), desesperança (BHS – *Beck Hopelessness Scale*) e, em caso de ideação suicida, o BSI (*Beck Suicide Inventory*). Também é definida uma lista de dificuldades e metas (LDM) junto com o paciente, que irá nortear processo terapêutico e servir para avaliar os ganhos posteriormente. É atribuição do terapeuta a elaboração de um plano terapêutico, em que constem os objetivos e estratégias a serem utilizadas em cada fase da terapia (inicial, intermediária e final), considerando o que é mais urgente e viável em cada momento (Beck, 2013). Powell et al. (2008) explicam que o tratamento da depressão em TC ajuda os pacientes a mudarem crenças e comportamentos que ocasionam alterações de humor. As técnicas terapêuticas enfocam os pensamentos depressogênicos, o estilo de relacionamento que o paciente tem com outras pessoas e comportamentos a fim de enfrentar melhor os problemas.

Uma das vantagens da TC é o caráter de participação ativa do paciente no tratamento, de modo que ele (ou ela) é auxiliado a: a) identificar suas percepções distorcidas; b) reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; c) encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; e d) gerar pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações em um processo chamado reestruturação cognitiva Powell et al. (2008, p. S75).

Em termos terapêuticos práticos pode-se dizer que uma das funções do terapeuta cognitivo é questionar pensamentos do paciente que lhe pareçam falsos ou inválidos, confrontando-os com perguntas e evidências de modo que sejam colocados à prova e que permitam ao paciente optar por considerá-los falsos ou não. Portanto, a partir da reestruturação cognitiva são alcançadas as mudanças terapêuticas almejadas em termos de maior estabilidade do humor e desenvolvimento de comportamentos mais funcionais. A reestruturação cognitiva ocorre por meio da identificação, questionamento e modificação de pensamentos e esquemas disfuncionais. Isto é realizado utilizando questionamento socrático, registro de pensamentos, análise de evidências (a favor e contra), elaboração de pensamentos alternativos, entre outras técnicas (Wright, Basco & Thase, 2008; Beck, 2013). De acordo com Hoffman, Asmundson e Beck (2013), por meio do questionamento socrático, várias perguntas ajudam o paciente a identificar suas crenças subjacentes. “Através de um processo caracterizado como ‘empirismo

colaborativo’, os pacientes falsificam hipóteses concebidas para testar as crenças disfuncionais. Eles são encorajados a revisar seu sistema de crenças, o que resulta em diminuição do estresse emocional” (p. 200).

No início do tratamento, é importante instilar esperança e realizar a psicoeducação, que se trata de explicar o modelo cognitivo ao paciente e oferecer quaisquer outras informações necessárias ao processo terapêutico, como ajudá-lo a compreender a psicopatologia que apresenta. As sessões da fase inicial do tratamento também são dedicadas à formulação do caso, que inclui a identificação de fatores de vulnerabilidade da história de vida, dos gatilhos (ou disparadores), dos elementos mantenedores e moduladores dos sintomas, bem como a conceituação cognitiva, com os pensamentos disfuncionais, regras condicionais e crenças apresentadas pelo paciente. A formulação do caso é compartilhada com o paciente, a fim de lhe proporcionar uma compreensão adequada de seu funcionamento psíquico, aliviar seu sofrimento, desenvolver sua resiliência e muni-lo com estratégias para o enfrentamento dos problemas. Ao mesmo tempo, serve para que ele possa dar *feedback* ao terapeuta se concorda ou não com a formulação e, em caso de divergência, para que juntos possam reformulá-la com as correções necessárias (Kuyken, Padesky & Dudley, 2010; Beck, 2013). O terapeuta ensina o paciente a identificar crenças disfuncionais relacionadas à depressão, as principais distorções cognitivas que ele apresenta, as emoções e comportamentos decorrentes dos pensamentos automáticos e como eles participam da manutenção do problema, de acordo com Powell et al. (2008). Na fase final do tratamento, os ganhos terapêuticos são avaliados e é realizado um balanço do que foi alcançado. Também são utilizadas estratégias terapêuticas visando à prevenção de recaída, preparando o paciente para o enfrentamento de situações futuras que possam desencadear a recidiva dos sintomas (Beck, 2013).

Powell et al. (2008) realizaram uma revisão não sistemática dos estudos clínicos publicados nas principais bases de dados e concluíram que a TC desenvolvida por Beck é efetiva no tratamento da depressão leve, moderada ou grave, sendo tão ou mais robusta que o tratamento medicamentoso ou de outras abordagens psicoterapêuticas, além de ter bons resultados em termos de recorrências do transtorno. Carneiro e Dobson (2016) fizeram uma revisão narrativa sobre diversas terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) utilizadas no tratamento de transtornos de humor: a Terapia Cognitiva tradicional, a ativação comportamental, *mindfulness* e a terapia *on-line*. Concluíram que há evidências de que as TCCs funcionam para o tratamento da depressão e sobre as suas diferentes técnicas consideraram o seguinte: “apesar de parecerem diversas, as técnicas que já reúnem evidências demonstram o

mesmo resultado nos pacientes, o que deixa em aberto se modelos diferentes produzem resultados iguais ou se, na verdade, estamos falando de um mesmo modelo subjacente” (p. 47).

Cuijpers et al. (2013) realizaram uma metanálise dos estudos sobre a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC, que inclui a TC beckiana e algumas variações técnicas) no tratamento da depressão em adultos. Eles incluíram pesquisas que investigaram os efeitos da TCC comparada com grupos controle, com outras psicoterapias e com farmacoterapia e concluíram que “não há dúvida de que a TCC é efetiva para o tratamento da depressão em adultos, apesar de que seus efeitos possam ter sido superestimados até agora” (p. 376, tradução nossa). Além disso, fazem a ressalva de que, embora a TCC tenha o respaldo de muitos estudos clínicos sobre sua eficácia, nem todos os pacientes se beneficiarão deste tratamento e alguns poderão responder melhor a outras intervenções.

Bhar e Beck (2009), analisando criticamente o artigo de Leichsenring, Rabung e Leibing (2004), argumentam que, embora os referidos autores não tenham encontrado diferenças significativas nos resultados de tratamentos em TCC e em psicoterapia psicodinâmica, eles não teriam examinado se os mesmos foram realizados de modo adequado e nem avaliado a integridade dos procedimentos. Portanto, segundo eles, não seria válida a comparação. Waltman, Creed e Beck (2016) alertam que, a fim de estudos que avaliam a eficácia de tratamentos em TCC sejam válidos, é preciso que considerem o fato de que houve uma proliferação dessa abordagem, acompanhada de modificações do modelo, variações da qualidade do tratamento oferecido e da capacitação dos terapeutas. Dessa forma, é preciso cautela ao se fazer avaliações da efetividade desse tipo de tratamento e generalizações sobre sua eficácia.

Thoma, Pilecki e McKay (2015) falam a respeito de um possível exagero acerca da eficácia da TCC, ao revisarem ensaios clínicos randomizados, metanálises e pesquisas de processos e resultados (*process-outcome research*).

Tomados em conjunto, estas descobertas indicam que a TCC é decididamente melhor do que nada, mas que talvez não seja melhor nem pior do que medicação ou outras psicoterapias para o tratamento de um episódio depressivo maior. Combinar TCC com medicação parece ter efeitos benéficos adicionais. . . . a qualidade da metodologia dos ECR's [ensaios clínicos randomizados] era inversamente relacionado ao resultado. Isto quer dizer que, quanto melhor o ensaio, pior o resultado da TCC. Adicionalmente, existia evidência de viés de publicação. Isso significa que os resultados agregados poderiam ser inflados de alguma maneira em função de ensaios com amostras pequenas e resultados pobres não sendo publicados (p. 434, tradução nossa).

Thoma, Pilecki e McKay (2015) apontam que ECR's são úteis para a pesquisa da efetividade de intervenções terapêuticas de modo geral, porém têm limitações com relação à

investigação dos elementos que causam as mudanças. Por isso, é necessário que sejam realizadas pesquisas que se dediquem aos processos de mudança além dos resultados obtidos (*process-outcome research*), ou seja, que investiguem também os meios pelos quais a psicoterapia produz efeitos. Isto é importante para diferenciar a quais fatores atribuir os efeitos terapêuticos: se a técnicas específicas das diversas abordagens ou aos fatores comuns às psicoterapias, como a relação terapêutica, por exemplo. Os autores também sugerem mais estudos sobre os resultados de longo prazo da TCC, a fim de que as mudanças possam ser consideradas significativas, e incentivam o diálogo entre clínicos e pesquisadores de diferentes abordagens psicoterapêuticas em prol de uma maior integração visando o aprimoramento dos tratamentos oferecidos à população.

Dobson (2016) falando sobre as novas fronteiras da TCC para a depressão discute, entre outros assuntos, modelos de tratamento de intensidade adequada à gravidade de cada caso e integrados com outras intervenções (como as medicamentosas), o desafio que as comorbidades representam, notadamente a ansiedade e, ainda, os mecanismos de mudança terapêutica. Sabe-se que resultados de longo prazo incluem a redução da vulnerabilidade do indivíduo, sendo importantes uma boa aliança terapêutica, o treinamento de habilidades do paciente e a mudança das crenças nucleares. Entretanto, acerca dos mecanismos que promovem mudanças, diz que ainda é um desafio determinar quais são os elementos necessários para o tratamento da depressão.

Holman (2004) descreve um painel realizado num congresso psicanalítico em que Bleichmar e Calderón analisam um caso clínico sob a perspectiva da Psicanálise e da Terapia Cognitiva Comportamental e propõem intervenções, respectivamente. Ao final, Bleichmar fala que o estudo e a comparação dos princípios dessas duas modalidades terapêuticas podem fornecer pistas dos mecanismos regulatórios subjacentes que governam o funcionamento da mente. Por sua vez, Weiste e Peräkylä (2013) fazem uma comparação entre as intervenções verbais e identificam que existem intervenções comuns a ambas e outras que são próprias de cada abordagem.

Milton (2001) confronta a Psicanálise e a Terapia Cognitiva Comportamental, alegando que os paradigmas da segunda são úteis, mas são mais limitados em termos de poder explicativo e das mudanças terapêuticas que sua aplicação pode alcançar. Afirma que sua natureza menos intrusiva e ameaçadora é mais aceitável para alguns pacientes do que a Psicanálise. Ele menciona que a TCC é vista como mais racional e eficaz, principalmente no setor público, o

que poderia levar à desvalorização da Psicanálise nos serviços de saúde por todo o mundo, em virtude de pressões sociais e econômicas.

Knapp, Kieling e Beck (2015) investigaram os tipos de psicoterapia que têm sido realizados na prática clínica, baseados em publicações encontradas nas principais bases de dados *online*, no período entre 1960 e 2012. Eles dividiram as orientações teóricas em 5 grandes grupos: analítico/psicodinâmico; comportamental; cognitivo/cognitivo-comportamental; humanístico; e eclético/integrativo. Os autores demonstraram que nas últimas quatro décadas houve um aumento da preferência pela abordagem cognitiva. Por fim, falam a favor da recomendação do tipo de psicoterapia mais adequado para cada paciente. “Como a medicina em geral está caminhando em direção a estratégias de intervenção personalizadas, nós deveríamos aspirar ser capazes de determinar que tipo de terapia é recomendado a cada paciente em cada momento da vida deles” (p. 378). Eles ressaltam que é preciso evitar recomendar uma abordagem psicoterapêutica baseada na formação do terapeuta e não da necessidade do paciente. Os autores comparam essa prática comum à imposição do leito de Procrusto, pois assim as queixas do paciente devem se adequar às técnicas do profissional. É interessante que Kuyken, Padesky e Dudley (2010) iniciam seu livro sobre a conceitualização de casos (ou conceituação cognitiva), também citando o mito de Procrusto:

O personagem mitológico Procrusto era um anfitrião que trazia convidados para sua casa, declarando que todos os visitantes, não importa a altura, caberiam na cama de seu quarto de hóspedes. Esse argumento tão grande e mágico atraía muita atenção. O que Procrusto não dizia aos seus convidados era que ele estava disposto a cortar as pernas deles ou esticá-las em uma armação para que se adequassem à cama. A história de Procrusto poderia servir de alerta aos clientes de psicoterapia. Embora existam muitos modelos testados empiricamente para a compreensão do sofrimento psicológico, poucos clientes querem se consultar com um terapeuta que corte ou distorça as experiências de seu cliente para encaixá-lo nas teorias preexistentes (p. 19).

As teorias e técnicas que já existem podem ser progressivamente aprimoradas para melhorar a assistência àqueles que estão em sofrimento psíquico. Por um lado, é possível que pesquisas futuras levem à recomendação da abordagem psicoterapêutica indicada para cada caso clínico mais especificamente. Por outro, as técnicas podem ser integradas seguindo uma perspectiva interdisciplinar, testadas e validadas na prática clínica, a fim de se obter melhores resultados. Não temos o objetivo nesta pesquisa de propor mudanças técnicas, mas apontamos essa possibilidade para estudos futuros, considerando as convergências teóricas que observamos e aquelas que outros pesquisadores encontrarem.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*On broken wings I'm falling
And it won't be long. . .
I've got to find that meaning
That I've searched for so long
(Broken Wings / Alter Bridge)¹¹*

Ingressar em um programa de doutoramento vai além da possível obtenção de um título acadêmico. Realizar uma pesquisa científica resulta em algo mais do que trazer alguma contribuição social. Fazer isso é um passo adiante em termos de formação profissional, não apenas pelo conhecimento adquirido durante o processo, mas pelo reconhecimento do que é desconhecido e pela confrontação com os próprios limites, incertezas, sentimentos, escolhas. Mais ainda quando nos debruçamos sobre um tema que aborda, justamente, como nós nos sentimos, o que pensamos, como nos constituímos no decorrer de nossa história, como nos relacionamos afetivamente, como reagimos aos eventos de nossas vidas e suas repercussões. Investigamos tudo isso enfocando situações em que há dor, sofrimento, incapacitações e desesperança, para dizer o mínimo de quando se vive uma depressão. Pensar sobre isso cientificamente remete inevitavelmente a emoções, lembranças e experiências, que permitem não perder de vista aquilo que é essencialmente humano, a despeito de quaisquer teorizações, conceituações, modelos explicativos, dados objetivos ou evidências empíricas.

Neste estudo interdisciplinar, nós identificamos convergências entre algumas teorias psicanalíticas, cognitivas e neurocientíficas sobre a depressão e demonstramos a viabilidade de diálogo entre elas. Apresentamos suas correlações e possíveis articulações, a partir de elementos que se mostraram complementares. Assim, pudemos sustentar nossa tese de que, considerando-se a complexidade e a multifatorialidade da depressão, ela pode ser investigada cientificamente por meio de uma perspectiva interdisciplinar, integrando elementos da Psicanálise, da Terapia Cognitiva e das Neurociências.

Nós encontramos muitos pesquisadores empenhando-se para compreender a depressão, cada um seguindo seu próprio referencial teórico e sua experiência clínica e, dentre eles, alguns transitando pelo terreno interdisciplinar. A busca de um entendimento integrativo sobre nosso

¹¹ Com asas quebradas eu estou caindo / E isso não vai demorar / Eu tenho que encontrar o significado / Que eu tenho procurado por tanto tempo (*Broken Wings / Alter Bridge*)

tema exigiu que problematizássemos a relação mente-corpo e nos posicionássemos quanto a uma concepção monista ou dualista. Optamos pela solução oferecida pela Neuropsicanálise: o monismo de duplo aspecto. Nós expusemos proposições teóricas psicanalíticas, cognitivas, neurocientíficas e neuropsicanalíticas sobre a constituição e o funcionamento do psiquismo, demonstrando que elas se aproximam e podem se complementar, a despeito de suas diferenças históricas, conceituais, procedimentais, de concepções de homem e de construção e validação do conhecimento. Apontamos convergências teóricas sobre alguns elementos constituintes da subjetividade, como o processamento mental consciente e inconsciente, as emoções e os sentimentos. Enfatizamos o valor biológico dos últimos, por serem regidos por princípios homeostáticos. Nossos interlocutores nos mostraram a interação contínua entre consciente e inconsciente e entre cognições e afetos, aspectos sobre os quais constatamos certo consenso. Nós ressaltamos a importância das relações e experiências precoces para a predisposição ao adoecimento psíquico, bem como de eventos potencialmente desencadeadores da depressão (perdas e separações), conforme encontramos na literatura das três áreas consultadas. Também nos detivemos na discussão sobre o normal e o patológico, expondo a impossibilidade de definição dos seus limites e constatamos que existem alguns aspectos positivos nos fenômenos depressivos, seja pela possibilidade de preservar energia ou de promover desenvolvimento.

Reconhecemos que muitos aspectos das vastas teorias abordadas aqui não foram mencionados ou o foram de modo superficial, devido ao delineamento e aos objetivos desta pesquisa. Outros elementos teóricos talvez pudessem ter sido incorporados, porém selecionamos aqueles que se sobressaíram em nossas leituras, reflexões, discussões e mostraram mais possibilidades de aproximações e enlaces. Guiados pelo pensamento complexo, consideramos as diferenças epistemológicas e ontológicas das disciplinas que escolhemos e seus métodos próprios de construção do conhecimento, porém não adentramos em suas especificidades, pois isso transcenderia o escopo desta pesquisa. Decidimos mantê-las em suspenso, para não inviabilizar a proposta fundamental desta tese: ser interdisciplinar, caminhar entre os campos e identificar porosidades onde existem barreiras, permitir um fluxo de conhecimento entre eles, construindo vias de acesso comum com recursos fornecidos por vários interlocutores. Tarefa controversa e sujeita a críticas, mas necessária, pois há pessoas em sofrimento e profissionais buscando aliviá-lo; enquanto isso, há pesquisadores elaborando hipóteses e construindo teorias que podem conversar e cooperar para ajudá-los. Por que não fazer isso então? Por mais que existam obstáculos baseados em argumentos erigidos sob a justificativa de se garantir o rigor e as exigências científicas, o diálogo entre as diversas ciências

não pode ser tolhido em função de tais diferenças, pois isso, sim, seria divergente do pensamento científico que deve ter aberturas para o debate de ideias, para a diversidade, para contraposições, para coexistência de concepções opostas e, principalmente, para cooperação.

Este estudo representa uma tentativa de mostrar que a interlocução e a complementaridade de saberes são possíveis, desde que suas concepções sobre os objetos de estudo não sejam tornados óbices por aqueles que se empenham em compreendê-los. Afinal, os fenômenos existem independentemente das teorias construídas a seu respeito, mesmo que tais teorias sejam constructos abstratos que, a fim de alcançarem inteligibilidade para abarcar seus complexos objetos, estabeleçam conceitos que parecem forjar entidades próprias (na natureza nada se cria!). A subjetividade é real e imaterial, embora sua existência seja impossível se for dissociada do corpo. O sofrimento que acomete pessoas deprimidas, que deturpa seus pensamentos, bloqueia atividades cotidianas, inibe afetos, impede o prazer, enfraquece os vínculos, limita a perspectiva de futuro e confunde a visão de si mesmo transcende qualquer ciência.

O caráter integrativo desta pesquisa evidencia a possibilidade de se promover a interação entre saberes a fim de se alcançar maior entendimento frente a demandas complexas, o que poderá guiar profissionais de diversas áreas na busca por melhores condutas assistenciais. Coerentemente com a origem de nossa proposta pautada na atuação prática em equipe multiprofissional na área da saúde, demonstramos a viabilidade e proficiência de produções interdisciplinares. Isto é experienciado na prática assistencial, onde se observa que condutas definidas a partir da conjunção de estratégias de diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros) são mais efetivas no cuidado oferecido a pacientes e seus familiares. A assistência em saúde se torna mais abrangente e eficaz entendendo a saúde em suas dimensões biopsicossociais e integrando intervenções interdisciplinares, que representam um nível de interação entre os membros da equipe que supera o trabalho multiprofissional. Neste tipo de trabalho, o paciente é atendido por profissionais de diferentes categorias separadamente, sem uma articulação efetiva. A interdisciplinaridade preconiza a convergência de perspectivas e a integração de conhecimentos no planejamento terapêutico para cada paciente. A prática tem demandado maior diálogo e cooperação entre diferentes formações e linhagens teóricas e técnicas. Este estudo se alinha a essa demanda do contexto atual.

O diálogo que esboçamos, além de pôr frente a frente disciplinas que podem parecer mais distantes como a Psicanálise e as Neurociências, também remete a um problema existente

entre as abordagens da área *psi*. No próprio campo da Psicologia, poderia haver mais trocas entre terapeutas cognitivos, analistas do comportamento, psicólogos sistêmicos, psicanalistas etc. Este estudo ilustra a possibilidade de que as diferentes abordagens da Psicologia tenham mais contato, mais cooperação e realizem construções teóricas e técnicas conjuntamente. Mais uma vez fazendo referência a nossa atuação profissional, trazemos como contribuição a experiência com a docência em especializações em psicoterapia psicanalítica e em terapia cognitiva, que permite uma visão de certa forma privilegiada das ideias presentes em cada grupo e instituição de ensino. Ideias que incluem opiniões de umas sobre as outras, que evidenciam desconhecimento e mesmo preconceitos entre as abordagens psicológicas, com juízos de valor que não têm o devido embasamento e não se justificam. Por outro lado, também é possível observar como, a partir do fornecimento de informações adequadas de uma abordagem sobre a outra, os questionamentos se tornam mais condizentes com a realidade de cada uma, as críticas adquirem mais fundamentos e as ideias se tornam mais amplas e flexíveis.

Gostaríamos de concluir lembrando algo que dissemos logo no início de nossa conversa: que a depressão afeta as emoções, os sentimentos e os pensamentos, podendo levar a pessoa a uma condição existencial que destoa da preservação da vida, da prosperidade e do bem-estar, em que passa a questionar o sentido e o valor da própria existência. É possível encontrar algo a ser dito sobre isso no campo científico? Algo que não tenha um caráter transcendente, sobrenatural, religioso ou moral? Apresentamos uma resposta embasada em ideais do Iluminismo, como a razão, a ciência, o humanismo e o progresso, transcrevendo a resposta de Pinker (2018) a uma estudante que, ao final de uma palestra, perguntou-lhe: “Por que eu devo viver?”.

Como um ser senciente, você tem o potencial para *se desenvolver*. Pode refinar a sua faculdade de raciocínio aprendendo e debatendo. Pode procurar explicações sobre o mundo natural na ciência e revelações sobre a natureza humana nas artes e humanidades. Pode explorar ao máximo a sua capacidade de prazer e satisfação, sendo isso o que permitiu aos seus ancestrais prosperar e, assim, possibilitar que você viesse a existir. Pode apreciar a beleza e a riqueza do mundo natural e cultural. Como herdeira de bilhões de anos em que a vida se perpetuou, você pode, por sua vez, perpetuar a vida. Você foi dotada do sentimento de *solidariedade* – definido aqui como capacidade de gostar, amar, respeitar, ajudar e demonstrar bondade – e pode desfrutar o dom da benevolência mútua com amigos, parentes e colegas. E, como a razão lhe diz que nada disso é exclusividade *sua*, você tem a responsabilidade de dar a outros o que espera para si. Você pode proporcionar bem-estar a outros seres sencientes aprimorando a vida, a saúde, o conhecimento, a liberdade, a abundância, a segurança, a beleza e a paz. A história mostra que,

quando nos solidarizamos uns com os outros e aplicamos a nossa engenhosidade para melhorar a condição humana, o progresso torna-se possível, e você pode contribuir para a continuidade desse progresso (itálico do autor).

Com a realização desta pesquisa, nós alcançamos uma compreensão ampliada sobre nosso objeto de estudo, através da integração dessas diferentes perspectivas. Compreensão que é limitada em função da seleção que fizemos das teorias para garantir a execução da pesquisa em tempo hábil e dos nossos próprios vieses interpretativos, inextirpáveis da subjetividade implicada em qualquer produção humana. Esperamos que nosso leitor tenha visualizado novas perspectivas, tenha questionado algumas propostas e discordado de certas ideias, tenha repensado alguns aspectos teóricos e práticos, enfim... que nossa pesquisa tenha servido como fonte de informações, mas, principalmente, para promover reflexões e ensejar o desenvolvimento de novos conhecimentos futuramente.

REFERÊNCIAS

- Abib, J. A. D. (1996). Epistemologia, transdisciplinaridade e método. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12(3), p. 219-129.
- Abi-Dargham, A. & Horga, G. (2016). The search for imaging biomarkers in psychiatric disorders. *Nature Medicine*, 22(11), 1248-1255.
- Aguiar, F. (2006). Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. *Jornal de Psicanálise, São Paulo*, 39(70), 105-131.
- Amorin, A. K. M. A. & Viana, T. C. (2003). O luto na obra freudiana: um afeto normal. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 16(173).
- Andrade, V. M. (2014). *O narcisismo e o mal-estar na civilização: a atualidade do conceito freudiano cem anos após sua introdução*. Rio de Janeiro: Imago.
- Andrade, V. M. (2015). *Agressão, vida e morte: um enigma indecifrado nos cem anos da metapsicologia freudiana*. São Paulo / Rio de Janeiro: Editora Acadêmica.
- Andrade, V. M. (2017). *Freud e a psicanálise afetiva do século XXI: análise terminável e interminável, 80 anos depois*. Curitiba: Appris.
- Andreasen, N.C. & Black, D. W. (2009). Transtornos de humor. In N. C. Andreasen & D. W. Black. *Introdução à psiquiatria*. M. F. Lopes e C. Dornelles (Trad.). (4a ed.). (pp. 161-188). Porto Alegre: Artmed.
- Arantes-Gonçalves, F. (2011). Luto e depressão: da psicanálise às neurociências. *Interações* 21, 21-37.
- Associação Americana de Psiquiatria (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barbieri, V. (2010). O rigor da pesquisa psicanalítica: métodos de avaliação de sua validade e confiabilidade. *Anais do IV SIPEQ – Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos da Universidade Estadual Paulista – UNESP*. Rio Claro, SP.

- Bastos, A. G., Guimarães, L. S. P. & Trentini, C. M. (2013). Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy, therapy with fluoxetine and combination therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 1066-1075.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2002). Transtornos mentais. In M. F. Bear, B. W. Connors & M. A. Paradiso. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. J. A. Quilfeldt... et al. (Trad.). (2a ed.). (pp. 673-701). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Beck, A. T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12(10), XIII-XV.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2011). *Depressão: causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T. & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A. T. & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck, A. T. & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 1-24.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Belzung, C., Willner, P. & Philippot, P. (2015). Depression: from psychopathology to pathophysiology. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 24-30.
- Bhar, S. S. & Beck, A. T. (2009). Treatment integrity of studies that compare short-term psychodynamic psychotherapy with cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 370-378.

- Blass, R. & Carmeli, Z. (2007). The case against neuropsychanalysis: on fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *The International Journal of Psychoanalysis* (88), 19-40.
- Blatt, S. J. & Luyten, P. (2009). Depression as an evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress: only part of the biopsychosocial story? *Neuropsychanalysis* (11), 52-61.
- Bleichmar, H. (1999). Psicoanálisis y psicología cognitiva. *Aperturas psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis*, 1. Disponível em : <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=59&a=-Psicoanalisis-y-psicologia-cognitiva> Acessado em 11/09/15.
- Bleichmar, H. (2010a). Pathological mourning: subtypes and the need for specific therapeutic interventions. *International Forum of Psychoanalysis*, 19, 204-209.
- Bleichmar, H. (2010b). Rethinking pathological mourning: multiple types and therapeutic approaches. *The Psychoanalytic Quarterly*, 79(1), 71-93.
- Breuer, J. & Freud, S. (1985). Estudios sobre la histeria. In: S. Freud, *Obras completas Sigmund Freud* (Vol. 2, José Luis Etcheverry, trad., 2a ed.). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Trabalho original publicado em 1895).
- Burton, R. A. (2017). *Sobre ter certeza: como a neurociência explica a convicção*. São Paulo: Blucher.
- Byington, C. A. B. (2007). Os conceitos de símbolo e de função estruturante como ponte entre a psicologia analítica, a psicologia cognitivo-comportamental e as neurociências: um estudo da psicologia simbólica junguiana. Palestra pronunciada na Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela, em 14/06/2007. Disponível em: http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/simbolos_e_funcoes_estruturantes_ponte_para_neurociencias.pdf. Acessado em: 19/09/15.
- Callegaro, M. M. (2011). *O novo inconsciente: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo do processamento mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Campos, E. B. V. (2016). Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7 (2), 22-44.
- Canguilhem, Georges (2009). *O normal e o patológico*. (6a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).

- Carhart-Harris, R. L., Mayberg, H. S., Malizia, A. L. & Nutt, D. (2008). Mourning and melancholia revisited: correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Annals of General Psychiatry*, 7(9).
- Carneiro, A. M. & Dobson, K. S. (2016). Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(1), p.42-49.
- Carvalho, D. C. P. & Assis, M. F. P. (2016). A depressão na clínica psicanalítica: ressonâncias da atualidade. *Perspectivas em Psicologia*, 20(2), 153-171.
- Castañon, G. A. (2005). Construtivismo e terapia cognitiva: questões epistemológicas. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 1(2).
- Christaki, A. (2014). Destinos do vínculo e dos afetos no mal estar contemporâneo. O modelo da depressão. *Tempo Psicanalítico*, 46(1), 55-63.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ...Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet* (17), 32802-32807.
- Corradi, R. B. (2013). Ambivalence: Its development, mastery, and role in psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 41-69.
- Coser, O. Melancolia e depressão em psicanálise (cap. 4). In: *Depressão: clínica, crítica e ética* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 170p. Coleção Loucura & Civilização. Disponível em SciELO Books: <http://books.scielo.org>.
- Costa, M. C. & Medeiros, C. P. (2015). Um percurso freudiano das depressões. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 21(1), 126-140.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), p. 376-385.
- Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Damáσιο, A. (2000). *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Damásio, A. R. (2004). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: companhia das Letras.
- Damásio, A. R. (2011). *E o cérebro criou o homem*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Damásio, A. R. (2012). *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. (3a ed.). São Paulo: Companhia das Letras, 2012. (Publicado originalmente em 1994)
- Damásio, A. (2018). *A estranha ordem das coisas: as origens biológicas dos sentimentos e da cultura*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Damásio, A. R. & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature reviews / Neuroscience* 14,143-152.
- Damásio, A. R. & Damásio, H. (2006). Minding the body. *Daedalus*, 15-22.
- Darwin, C. (1872). *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. (Publicado originalmente em 1872)
- De Timary, P., Heenen-Wolff, S. & Philippot, P. (2011). The question of “representation” in the psychoanalytical and cognitive-behavioral approaches. Some theoretical aspects and therapy considerations. *Frontiers in Psychology*, 2 (71), 1-8.
- Desmet, M. (2013). Some preliminary notes on an empirical test of Freud’s theory on depression. *Frontiers in Psychology* (Psychoanalysis and Neuropsychology), 4(158), 1-7.
- Dobson, K. S. (2013). The science of CBT: toward a metacognitive model of change? *Behavior Therapy*, 44, 224-227.
- Dobson, K. S. (2016). New frontiers in cognitive behavioral therapy for depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(2), 107-123.
- Dobson, K.S. & Dozois, D.J. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson, K.S., editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Dozois, D. J. A. & Dobson, K. S. (2001). Information processing and cognitive organization in unipolar depression: specificity and comorbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), p. 236-246.

- Driessen, E.; Van, H. L.; Don, F. J.; Peen, J. ; Kool, S. ; Westra, D. et al. (2013). The efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1041-1050.
- Fagundes, J. O. (2002) A experiência nas fronteiras da psicanálise: relações transdisciplinares. *Fepal - XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis - Montevideo, Uruguay* "Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica".
- Fazenda, I. C. A. (2008). Interdisciplinaridade-transdisciplinaridade: visões culturais e epistemológicas. In: Fazenda, I. C. A. (org.). *O que é interdisciplinaridade* (pp. 17-28). São Paulo: Cortez Editora.
- Ferrari, I. F. & Pena, B. F. (2012). Melancolia e modo de funcionamento dos melancólicos. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 53-58.
- Figueiredo, L C. (1992). Convergências e divergências: a questão das correntes de pensamento em psicologia. *Transinformação* 4 (1, 2, 3), 15-26.
- Figueiredo, L. C. (1998). *Matrizes do pensamento psicológico*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Figueiredo, L. C. (1999). As províncias da angústia (Roteiro de viagem). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 2 (1), 50-63.
- Fleischer, L. M. (2015). Castration depression: affect, signal affect, and/or depressive illness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(2), 271-297.
- Fonagy, P. (2003). Apanhar urtigas a mancheias, ou por que a pesquisa psicanalítica é tão irritante. In: A. Green, (org.), *Psicanálise contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise: Número especial 2001*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP, Departamento de Publicações.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14(2).
- Forgeard, M. J. C., Haigh, E. A. P, Beck, A. T., Davidson, R. J., Henn, F. A., Maier, S. F., Mayberg, H. S. & Seligman, M. E. P. (2011). Beyond depression: toward a process-based approach to research, diagnosis, and treatment. *Clinical Psychology: science and practice*, 18(4), 275-299.

- Fortes, I. (2009). A psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 9(4), 1123-1144.
- Franco, S. M.; Costa, F. Z. N. & Leão, A. L. M. S. (2016). Depressão: mal do século ou demanda do século? *Farol Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 6, 307-354.
- Freud, S. (1986). Proyecto de psicología. In: S. Freud, *Obras completas Sigmund Freud* (Vol. 1, José Luis Etcheverry, trad., 2a ed., pp. 323-463). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Trabalho original publicado em 1950).
- Freud, S. (1996). Conferência XXII: Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In: Freud, S. *Obras Completas. Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Parte III – Teoria geral das neuroses*. (Vol. XVI). (J. Strachey, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917).
- Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Vol. 12). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1914).
- Freud, S. (2010b). O inconsciente. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Vol. 12). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010c). Os instintos e seus destinos. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Vol. 12). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Originalmente publicado em 1915).
- Freud, S. (2010d). Luto e melancolia. . In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. Ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Vol. 12). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Originalmente publicado em 1917)
- Freud, S. (2010e). Além do princípio do prazer. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)* (Vol. 14). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1920).
- Freud, S. (2011a). O eu e o id. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)* (Vol. 16). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1923).

- Freud, S. (2011b). Neurose e psicose. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)* (Vol. 16). (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Originalmente publicado em 1924).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In: Freud, S. *Sigmund Freud Obras Completas. Inibição, sintoma, angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. (P. C. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Originalmente publicado em 1926).
- Fries, G. R., Kunz, M. & Kapczinski, F. (2011). Transtornos do humor. In F. Kapczinski, J. Quevedo, I. Izquierdo & colaboradores. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional*. (3a ed.). (pp.183-193). Porto Alegre: Artmed.
- Gerbasi, G. L. B. S., Costa, P. J. (2015a). As transformações da memória: articulações entre Sigmund Freud e Eric Kandel (As transformações da Memória). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 77-89.
- Gerbasi, G. L. B. S., Costa, P. J. (2015b). O *après-coup* e a reconsolidação da memória. *Psicologia USP*, 26(1), 276-285.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Godsila, B. P., Kiss, J. P., Spedding, M. & Jaya, T. M. (2013). The hippocampal–prefrontal pathway: The weak link in psychiatric disorders? *European Neuropsychopharmacology*, 23, 1165-1181.
- Gomes de Matos, E., Gomes de Matos, T. M. & Gomes de Matos, G. M. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 23(2), p.173-179.
- Goulart, A. (2008). Com a alma desabitada Reconsiderações sobre luto e melancolia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(3), 103-114.
- Guilloux, J. P., Douillard-Guilloux, G., Kota, R., Wang, X., Gardier, A. M., Martinowich, K., ... Sibille, E. (2012). Molecular evidence for BDNF- and GABA-related dysfunctions in the amygdala of female subjects with major depression. *Molecular Psychiatry*, 17, 1130-1142.
- Haddad, S. K., Neiderhiser, J. M., Spotts, E. L. Ganiban, J., Lichtenstein, P. & Reiss, D. (2008). Depression and internally directed aggression: genetic and environmental contributions. *American Psychoanalytical Association*, 56(2), 515-550.

- Hasler, G. & Northoff, G. (2011). Discovering imaging endophenotypes for major depression. *Molecular Psychiatry*, 16, 604-619.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G. & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 199-212.
- Holman, J. (2004). Psychoanalytic and cognitive approaches to a clinical case. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 991-994.
- Holmes, J. (2013). An attachment model of depression: integrating findings from the mood disorder laboratory. *Psychiatry*, 76(1), 68-86.
- James, W. (1890). As emoções. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 11(4), 669-674, 2008. (Publicado originalmente em 1890)
- Jardim, L. L. & Rojas Hernández, M. C. (2010). Investigación psicoanalítica en la universidad. *Estudos de Psicologia*, 27(4), 529-536.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Japiassu, H. (2006). O espírito interdisciplinar. *Cadernos EBAPE.BR*, IV (3).
- Jiménez, J. P. (2007). Can research influence clinical practice? *The International Journal of Psychoanalysis*, 88, 661-679.
- Johnson, B. & Mosri, D. F. (2016). The neuropsychanalytic approach: using neuroscience as the basic science of psychoanalysis. *Frontiers in Psychology* 7, 1-12.
- Kahneman, D. (2012). *Rápido e devagar: duas formas de pensar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kandel, E. R. (2009a). *Em busca da memória: o nascimento de uma nova ciência da mente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kandel, E. R. (2009b). The biology of memory: a forty-year perspective. *The Journal of Neuroscience*, 29(41), 12748-12756.
- Kandel, E. R. (2018). *The disordered mind: what unusual brains tell us about ourselves*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

- Kernberg, O. F. (2009). An integrated theory of depression. *Neuropsychoanalysis* (11), 76-80.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S54-64.
- Knapp, P., Kieling, Christian & Beck, A. T. (2015). What do psychotherapists do? A systematic review and meta-regression of surveys. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 377-378.
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470-486.
- Kühne, W. (2000). ¿De qué hablan los cognitivos cuando hablan de inconsciente? *Memorias de las Primeras Jornadas Clínicas del CAPs* (editadas pelo Centro de Psicología Aplicada (CAPs) e Departamento de Psicología de la Universidad de Chile).
- Kupermann, D. (2009). Sobre a produção psicanalítica e os cenários da universidade. *Psico*, 40(3), 300-307.
- Kuyken, W., Padesky, C. A. & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Laplanche, J. (1992). *O inconsciente e o id*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (2003). Três acepções da palavra “inconsciente” no quadro da Teoria da Sedução Generalizada. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, X(3), 403-418. Porto Alegre: SPPA.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2000). *Vocabulário de Psicanálise* (3a ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Laurenti, C. L.; Lopes, C. E. & Araújo, S. F. (orgs.) (2016). *Pesquisa teórica em psicologia: aspectos filosóficos e metodológicos*. São Paulo: Hogrefe CETEPP.
- LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron* 73, 653-676.

- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1215.
- Leite, L. & Peres, G. P. (2009). A contratransferência na abordagem psicanalítica e cognitivo-comportamental: duas perspectivas, uma só importância. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0134.pdf>. Acessado em: 19/09/15.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Working with severely traumatized, chronically depressed analysands. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96, 611-636.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Bürgin, D. (2003). Pluralism and unity in psychoanalytic research: some introductory remarks. In: M. Leuzinger-Bohleber, A. U. Dreher, & J. Canestri, *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis* (pp. 01-25). London: The International Psychoanalytical Association.
- Linden, D. E. J. (2012). The challenges and promise of neuroimaging in psychiatry. *Neuron*, 73, 8-22.
- Lisiecka, D., Meisenzahl, E., Scheuerecker, J., Schoepf, V., Whitty, P., Chaney, A., ... Frodl, T. (2011). Neural correlates of treatment outcome in major depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14, 521-534.
- Loffredo, A. M. (2006). Parábolas freudianas: as narcísicas feridas e o arqueólogo. *Jornal de Psicanálise, São Paulo*, 39(70), 289-308.
- Lourenço, L. C. D. & Padovani, R. C. Fantasias e esquemas: possível aproximação com o conceito de esquemas de Aaron Beck. *Psico-USF*, 18 (2), 321-328.
- Lowenkron, T. S. (2004). O objeto da investigação psicanalítica. In: F. Hermann & T. Lowenkron. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 111-129.
- Machado, L. V. & Ferreira, R. R. (2014). A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemia de Depressão”: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 135-144.
- Mendes, E. D., Viana, T. C. & Bara, O. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 423-431.

- Mezan, R. (1993). Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: M. E. L. Silva (org.), *Investigação e psicanálise* (pp. 49-89). Campinas-SP: Papirus.
- Mezan, R. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. *Jornal de Psicanálise, São Paulo*, 39(70), 227-241.
- Miller, B. R. & Hen, R. (2015). The current state of the neurogenic theory of depression and anxiety. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 51-58.
- Milton, J. (2001). Psychoanalysis and cognitive behavior therapy – rival paradigms or common ground? *The International Journal of Psychoanalysis*, 82, 431-447.
- Monteiro, K. C. C. & Lage, A. M. V. (2007). Depressão – uma ‘psicopatologia’ classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(1), 106-119.
- Moreira, M. E. R. (2016). O desafio de tecer em conjunto: complexidade e transdisciplinaridade *Revista de Educação, Ciência e Cultura*, 21 (1).
- Moreno, A. L. & Wainer, R. (2014). Da Gnosiologia à Epistemologia: um caminho científico para uma terapia baseada em evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI(1), 41-54.
- Morin, E. (2005). *Ciência com consciência*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo*. (Eliane Lisboa, trad.). (4a ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Naffah Neto, A. (2006). A pesquisa psicanalítica. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 279-288.
- Naves, J. O. V. & Féres-Carneiro, T. (2007) A melancolia: entre o somático e o psíquico. *Estilos da Clínica*, 12(23), 148-165.
- Nicolescu, B. (1999). *O manifesto da transdisciplinaridade*. São Paulo: Triom.
- Nicolescu, B. (2005). *Transdisciplinarity - Past, Present and Future*. Palestra apresentada no II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Vila Velha/Vitória – ES – Brasil.
- Panksepp, J. & Watt, D. (2011a). What is basic about basic emotions? Lasting lessons from affective neuroscience. *Emotion Review* 3 (4), 387-396.

- Panksepp, J. & Watt, D. F. (2011b). Why does depression hurt? Ancestral primary-process separation-distress (PANIC/GRIEF) and diminished brain reward (SEEKING) process in the genesis of depressive affect. *Psychiatry* 74 (1), 5-13.
- Petrika, D., Lagaceb, D. C. & Eische, A. J. (2012). The neurogenesis hypothesis of affective and anxiety disorders: Are we mistaking the scaffolding for the building? *Neuropharmacology*, 62, 21-34.
- Pimenta, C. (2005). *Interdisciplinaridade e universidade: tópicos de interpretação e acção*. Comunicação em Multi/Inter-culturalismo e Educação DEPER-FLUP, Porto.
- Pinheiro, T., Verztman, J. & Viana, D. (2016). Melancholia, narcissism and depression. *The American Journal of Psychoanalysis*, 76(3), 281-294.
- Pinker, S. (2018). *O novo iluminismo: em defesa da razão, da ciência e do humanismo*. São Paulo: Companhia da Letras. Disponível em: www.amazon.com.br.
- Pombo, O. (2005). Interdisciplinaridade e integração dos saberes. *Liinc em Revista*, 1 (1), p. 3-15.
- Pombo, O. (2006). Práticas interdisciplinares. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 15, p. 208-249.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S73-80.
- Rocha, Z. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psychê*, 12(23).
- Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1), 155-187.
- Rosner, R. I. (2014). The “Splendid Isolation” of Aaron T. Beck. *Isis*, 105 (4), 734-758.
- Rot, M., Mathew, S. J. & Charney, D. S. (2009). Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 180(3), 305-313.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Sachs, M. E., Damásio, A. & Habibi, A. (2015). The pleasures of sad music: a systematic review. *Frontiers in Human Neuroscience* 9 (404).
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2017). Transtornos do Humor. In B.J. Sadock, V. A. Sadock & P. Ruiz. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. M. A. Almeida et al. (Trad.). (11a ed.). (pp. 347-386). Porto Alegre: Artmed.
- Santa Clara, C. J. S. (2009). Melancolia: da Antiguidade à Modernidade. Uma breve análise histórica. *Mental*, 7(13).
- Santos, B. S. (1995). *Um discurso sobre as ciências*. 7ª edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Schalkwijk, F. (2018). A new conceptualization of the conscience. *Frontiers in Psychology* 9, 1-8.
- Searle, J. R. (1984). *Minds, brains and science*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts.
- Searle, J. R. (2002). Why I am not a property dualist. *Journal of Consciousness Studies* 9 (12), 57-64.
- Searle, J. R. (2004). *Mind: a brief introduction*. Oxford University Press: New York.
- Severino, A. J. (2000). *Metodologia do trabalho científico*. 21ª ed. São Paulo: Cortez Editora.
- Silva Filho, A. C. P. (2002). Terapia cognitiva construtivista e psicanálise. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(3), 164-166.
- Siqueira, E. S. E. (2007). A depressão e o desejo na psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, 7(1), p. 68-77.
- Solms, M. (2012). Depression: A neuropsychanalytic perspective. *International Forum of Psychoanalysis* 21, 207-213.
- Solms, M. (2013). The conscious id. *Neuropsychanalysis* 15(1), 5-19.
- Solms, M. (2017). What is “the unconscious,” and where is it located in the brain? A neuropsychanalytic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, xxxx, p. 1-8.

- Solms, M. (2018). The scientific standing of psychoanalysis. *British Journal of Psychiatry* 5 (1), p. 5-8.
- Solms, M. (2019). The hard problem of consciousness and the free energy principle. *Frontiers in Psychology* 9, article 2714.
- Solms, M. & Panksepp, J. (2012). The “id” knows more than the “ego” admits: Neuropsychanalytic and primal consciousness perspectives on the interface between affective and cognitive neuroscience. *Brain Sciences* (2), 147-175.
- Solomon, A. (2008). Depression, too, is a thing with feathers. *Contemporary Psychoanalysis*, vol. 44, nº 4, p. 509-530.
- Solomon, A. (2014). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras. Disponível em: www.amazon.com.br.
- Solomonov, N. & Barber, J. P. (2016). What we know, what we do not know, and where are we heading? Efficacy and acceptability of psychological interventions for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 301-308.
- Stein, D. J. (1992). Psychoanalysis and cognitive science: contrasting models of the mind. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 20(4), 543-559. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/21863247_Psychoanalysis_and_cognitive_science_contrasting_models_of_the_mind. Acessado em: 20/07/2015.
- Surget, A., Tanti, A., Leonardo, E. D., Laugeray, A., Rainer, Q., Touma, C.,... Belzung, C. (2011). Antidepressants recruit new neurons to improve stress response regulation. *Molecular Psychiatry*, 16, 1177-1188.
- Taylor, D. (2015). Treatment manuals and the advancement of psychoanalytic knowledge: The Treatment Manual of the Tavistock Adult Depression Study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96, 845-875.
- Taylor, D.; Carlyle, J.; McPherson, S.; Rost, F., Thomas, R. & Fonagy, P. (2012). Tavistock Adult Depression Study (TADS): a randomised controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant/treatment-refractory forms of depression. *BMC Psychiatry*, 12(60).
- Teixeira, M. A. R. (2005). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), 41-56.

- Thoma, N., Pilecki, B. & McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: a review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3) 423-462.
- Tozoni-Reis, M. F. C. (2009). *Metodologia da pesquisa* (2a ed.). Curitiba: IESDE Brasil S.A..
- Tran The, J., Magistretti, P. & Ansermet, F. (2018). The epistemological foundations of Freud's energetics model. *Frontiers in Psychology* 9, 1-10.
- Trevisan, J. (2004). Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 319-328.
- Vanheule, S. & Hauser, S. T. (2008). A narrative analysis of helplessness in depression. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 56(4), 1309-30.
- Vasconcellos, S. J. L. & Machado, S. S. (2006). Construtivismo, psicologia experimental e Neurociência. *Psicologia Clínica*, 18(1), 83-94.
- Yovell, Y., Solms, M. & Fotopoulou, A. (2015). The case for neuropsychanalysis: why a dialogue with neuroscience is necessary but not sufficient for psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis* (96), 1515-1553.
- Waltman, S. H., Creed, T. A. & Beck, A. T. (2016). Are the effects of cognitive behavioral therapy for depression falling? Review and critique of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), p. 113-122.
- Watt, D. F. & Panksepp, J. (2009). Depression: an evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress? A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. *Neuropsychanalysis* (11), 7-51.
- Weiste, E. & Peräkylä, A. (2013). A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction*, 46(4), 299-321.
- Winograd, M. (2007a). Disposição e acaso em Freud: uma introdução às noções de equação etiológica, séries complementares e intensidade pulsional no momento. *Natureza Humana*, 9(2), 299-318.
- Winograd, M. (2007b). O que se traz para a vida e o que a vida nos traz: uma análise da equação etiológica proposta por Freud à luz das Neurociências. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 414-424.

- Winograd, M. (2011). A noção de concomitância na metapsicologia de Freud. *Revista de Filosofia Aurora*, 23(33), 453-473.
- World Health Organization (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO.
- Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Zeng, L., Shen, H., Liu, L., Wang, L., Li, B., Fang, P.,... Hu, D. (2012). Identifying major depression using whole-brain functional connectivity: a multivariate pattern analysis. *Brain*, 135, 1498-1507.
- Zellner, M. R., Watt, D. F., Solms, M. & Panksepp, J. (2011). Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: Why depression feels so bad and what addicts really want. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35 2000-2008.
- Zimerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A. & Benecke, C. (2015). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 469-487.