

## A solidão dos deprimidos: sobre virada afetiva e depressão



Figura 1 - Fonte: <https://exowords.wordpress.com/2012/02/22/the-bell-jar/>

Por **Gabriel Peters**

**Advertência preliminar:** *o texto que vai abaixo se concentra sobre vivências depressivas, com base em uma literatura especializada de orientação interdisciplinar e no estudo exploratório das experiências de alguns sujeitos empíricos (inclusive eu[zinho] mesmo empírico). Mesmo quando considerações terapêuticas diletantes emergirem aqui e ali, é crucial lembrar que nenhuma delas substitui a ajuda de profissionais habilitados. De todo modo, talvez seja melhor jogar dois lembretes logo de saída: quase toda vivência que tomamos como aberrante singularidade nossa tende a ser muito mais comum do que pensamos; e praticamente toda situação que pareça desesperadora e sem saída apenas **parece** sê-lo. Um primeiro (e segundo e terceiro...) apoio disponível a qualquer momento está [aqui](#).*

## ***A redoma de vidro***

Em uma reflexão clássica sobre a dificuldade em se **compreender a loucura “a partir de dentro”**, Karl Jaspers (1979: 701) diferenciou a psicose, de um lado, do que chamou de “doenças afetivas”, de outro. Ainda que defendesse o recurso à **descrição fenomenológica** no estudo de psicopatologias, o jovem psiquiatra nutria esperanças reduzidas quanto à possibilidade de que um indivíduo não esquizofrênico pudesse adquirir um senso **imaginativo ou empático** de como sintomas de esquizofrenia são interiormente vividos. Boa parte da tinta (virtual) despendida na série **Enlouquece-te a ti mesmo** foi devotada à crítica desse pessimismo de Jaspers no que toca à compreensão da esquizofrenia.

Seja como for, ao contrastar a psicose com “doenças afetivas”, Jaspers sublinhou que as últimas seriam intuitivamente compreensíveis e “empatizáveis” quer como *diminuições*, quer como *exacerbações* de estados psíquicos normais. Segundo esse estilo de raciocínio, por exemplo, transtornos de ansiedade e pânico seriam compreensíveis como inflações descontroladas do medo, assim como a mania, em transtornos bipolares, poderia ser interpretada como a expansão, para além do razoável, de doses “normais” de euforia e autoconfiança. Conforme essa visão, a depressão poderia, por seu turno, ser pensada como intensificação patológica da tristeza comum, de maneira que a diferença entre uma e outra não seria de natureza, mas de grau.

Pelo menos certo modelo biomédico da psicopatologia, ancorado em uma concepção “ontológica” (Canguilhem, 2009: 12-13) da doença como algo nitidamente distinto do indivíduo por ela afligido, questiona esse tipo de raciocínio, sustentando que a diferença entre tristeza e depressão não seria de grau, mas de natureza. Ainda que o tema seja terrivelmente complicado e sem soluções fáceis, o que me interessa no presente texto é mostrar que essa ideia é frequentemente subscrita não apenas por psiquiatras, mas também por *muitos dos próprios sujeitos afligidos pela depressão*. Sobretudo nos casos mais severos, vários indivíduos reportam que suas experiências depressivas são, sim, estados qualitativamente distintos de suas vivências de tristeza “normal”. Um pedaço dessa opinião deriva, não há dúvida, da influência de um discurso psiquiátrico de orientação biomédica sobre a própria autointerpretação que os pacientes mantêm quanto às suas dificuldades e sofrimentos. No entanto, é também certo que a questão não se encerra aí. Basta uma vista d’olhos em narrativas autobiográficas

da depressão para notarmos a alusão frequente a quão *estranha* é tal experiência em relação a vivências normais de ser no mundo, inclusive aquelas que os próprios sujeitos possuíam antes de mergulharem nessa “outra realidade” depressiva. A estranheza quase indescritível dessa experiência faz com que vários desses relatos de si sejam acompanhados, a cada passo, de ressalvas quanto à extraordinária dificuldade de descrevê-la:

“Você sabe que perdeu a vida mesma. Você perdeu uma terra habitável. Você perdeu o convite para viver que o universo estende a nós a cada momento. Você perdeu algo que as pessoas nem mesmo sabem o que é. Por isso é que é tão difícil explicar” (apud RATCLIFFE, 2015: 15).

“Tais sentimentos não são fáceis de descrever: nosso vocabulário – quando se trata de falar dessas coisas – é surpreendentemente limitado. A qualidade exata da percepção requer os recursos da poesia para ser expressa. [. . .] Eu acordei em um mundo diferente. Era como se tudo tivesse se transformado enquanto eu dormia: que eu tinha acordado não para a consciência normal, mas em um pesadelo” (Ibid.)

Matthew Ratcliffe (2015), em um livro magnífico (e terrível) sobre o tema, coligiu algumas das temáticas mais frequentes em tais relatos: a dissolução da capacidade de experimentar prazeres e alegrias; a corrosão da esperança de que a condição psíquica dolorosa em que se está imerso venha a acabar um dia; a sensação de solidão e isolamento radical mesmo em cenários de convivência com outros; e a vivência do próprio corpo como fardo pesado, como se uma carga material e moral se impusesse ao indivíduo, tornando as ações mais corriqueiras (a começar por levantar da cama) um esforço hercúleo (JAMISON, 1993: 23). Particularmente relevante para uma análise sociológica, por motivos óbvios, é a frequência com que indivíduos deprimidos experimentam uma espécie de barreira existencial difusa entre sua vivência interna e o mundo das outras pessoas. Ainda que os conteúdos da percepção de agentes e ambientes circundantes não sejam alterados, a “aura” ou “atmosfera” global que banha aquela percepção se transforma de uma tal maneira que leva os indivíduos à experiência de uma profunda *desconexão* com o mundo e com os outros, desconexão que, por vezes, se impõe tanto mais dolorosamente quanto mais agoniados são os esforços para superá-la. Ratcliffe (2015) colhe uma série de depoimentos acerca da experiência, quase todos os quais, não

surpreendentemente, recorrem a metáforas para capturar em palavras uma vivência tão resistente à descrição:

“Eu não podia alcançar outros seres humanos. Havia...uma distância insondável entre mim e qualquer outro ser humano, e era desesperadoramente importante ser capaz de preencher aquele hiato, procurar um mundo humano verdadeiro entre duas pessoas...” (Ibid.: 10).

“Mais do que tudo, eu estava terrivelmente sozinho, perdido, em lugar duro e distante, um terreno horrível reservado apenas para mim. Não havia qualquer lugar para ir, nada para ver, nenhum panorama. Embora essa paisagem me cercasse, vasta e amorfa, eu não podia escapar dos terríveis limites do meu corpo de chumbo e do meu olho abatido” (Ibid.: 15).

“Com frequência, sinto como se o mundo estivesse muito, muito longe, e é necessária uma enorme quantidade de esforço para se engajar com ele e com a sua vida. Você se sente como se estivesse assistindo à vida de uma longa distância...apartado da realidade” (Ibid.: 31).

“Me sinto como se estivesse assistindo ao mundo ao meu redor e não tenho como participar” (Ibid.: 32).

“Me sinto como se estivesse em uma bolha” (Ibid.).

“Me sinto como se fosse um fantasma – não posso tocar ou ver o mundo claramente, e ele se torna todo cinza” (Ibid.).

As descrições metafóricas dessa experiência de alienação existencial em relação aos outros possuem, para falar como Wittgenstein, algumas “semelhanças de família”. A redução ou perda da capacidade de sentir globalmente a própria imersão na realidade, através do corpo e dos sentidos como veículos de ressonâncias afetivas, transparece na referência à dificuldade de “tocar” no mundo e em outras pessoas. O decisivo nessa experiência de “tocar” os outros não é o contato tátil em sentido literal, mas precisamente o senso corpóreo-afetivo de que uma conexão real está sendo estabelecida com *alter*. Nesse sentido, assim como é possível “alcançar” ou “tocar” os outros sem contato tátil (p.ex., em uma troca de olhares entre pessoas que se amam), o contato físico também pode falhar

em provocar uma ressonância corpóreo-afetiva (p.ex., quando o indivíduo em depressão recebe um abraço de sua mãe ou de seu pai, de seu marido ou de sua esposa, mas sente que aquela terrível barreira à conexão com os outros continua ali).

A dissolução dessa suscetibilidade corpórea e afetiva emerge também em metáforas que evocam um senso de imaterialidade, como na concepção de si próprio como um “fantasma” reportada em um dos depoimentos. Tal qual acontece com o símile da “redoma de vidro” explorado com imensa força poética por Sylvia Plath (2014), a transparência de uma “bolha”, que obsta o contato tátil com mundo sem impedir que ele seja observado, bem descreve o que há de inefável no isolamento existencial depressivo. Algo análogo se aplica à sensação de que uma “neblina cinza” se espalhou por todos os ambientes vividos. Casos muito severos tendem a evocar metáforas ainda mais lancinantes, como a sensação de que se está preso em uma jaula inacessível a qualquer ser humano, no fundo de um poço sem luz ou afundando em uma profundidade infinita (SVENAEUS, 2014: 20). Como vimos, não são somente escritores e artistas que se valem de linguagem metafórica para descrever o componente solitário da depressão. Ao mesmo tempo, é claro, quando as narrativas de vivências depressivas brotam de uma Sylvia Plath (2014), um William Styron (2001) ou um Andrew Solomon (2014), não surpreende que nos vejamos capturados em um redemoinho de alusões terrivelmente impactantes:

“Com a depressão, sua visão se estreita e começa a se fechar; é como tentar ver TV através de uma estática terrível...[...] O ar parece espesso e resistente, como se estivesse cheio de massa de pão. Tornar-se deprimido é como ficar cego, com a escuridão inicialmente gradual, depois englobando tudo; é como ficar surdo, ouvindo menos e menos até que um terrível silêncio está completamente em torno de você...[...] É como sentir a roupa em seu corpo lentamente transformando-se em madeira, uma rigidez nos cotovelos e joelhos que progride em direção a um peso terrível e a uma imobilidade isolante que irá atrofiá-lo e, com o tempo, destruí-lo” (Solomon, 2014: 50).

### ***Fora do mundo; ou a corrosão da afetabilidade***

É graças a uma [ressonância intercorpórea](#), isto é, à capacidade de nos sintonizarmos às “frequências” afetivas das situações em que nos encontramos (p.ex., o clima descontraído de uma confraternização entre amigos), que um

senso de conexão real com outras pessoas pode ser sustentado. Na medida em que tais aspectos da experiência humana são vividos difusamente, não surpreende que a tentativa de descrevê-los com o máximo de realismo psicológico se veja obrigada a utilizar uma linguagem tateante e metafórica. Semelhanças ocasionais com o idioma do misticismo *new age* não devem nos dissuadir de crer na realidade dessas vivências intercorporais que operam à margem de – e influenciam as – comunicações verbais propriamente ditas. Como mostram diversos casos de esquizofrenia (PETERS, 2017), essa dimensão da experiência interacional, normalmente tomada como óbvia e autoevidente, tende a se tornar objeto da consciência explícita somente quando perturbada de algum modo.

No caso do sujeito em depressão, seu corpo passa a como que introduzir uma barreira aos seus esforços de conectar-se com o mundo e com os outros, o que se reflete nas vivências angustiosas da “redoma de vidro”, da “bolha”, da “neblina cinza”, da “prisão” e assim por diante. Como ensinado pela fenomenologia carnal de **Merleau-Ponty** e pela **[praxiologia de Bourdieu](#)**, o corpo do agente humano não é fundamentalmente um objeto de representação mental; ele é tanto o instrumento prático de nossas intervenções no mundo quanto o veículo graças ao qual somos *afetados* por tal mundo, i.e., impactados por suas atmosferas afetivas. Alguns cenários de depressão podem ser interpretados como transtornos em ambos os aspectos de nossa corporeidade. A despeito do que pode sugerir um pensamento espontâneo segundo o qual “é melhor afetar do que ser afetado”, cabe lembrar que a suscetibilidade aos outros é o que faculta aos seres humanos algumas de suas experiências mais gratificantes (p.ex., as emoções de um filho quando amorosamente acolhido pela mãe, de uma professora ao ouvir de um aluno sobre a diferença que suas aulas fizeram na vida dele, de uma médica em face da gratidão de um paciente etc.).

Essa dimensão de conexão afetiva também é tornada evidente quando, ao partilharmos nossas dificuldades com outros que nos escutam de modo compassivo, nossa dor pesa menos, mesmo que nenhuma frase profundamente sábia e transformadora tenha saído da boca de nossos confidentes. De certo modo, trata-se de um *insight* revelado por uma leitura “existencial” ou psicologizante da obra *O suicídio* (2003) de Durkheim, esse que é supostamente o mais antipsicologista dos livros. A participação em algum coletivo de laços morais e afetivos fortes é, muitas vezes, reportada como uma barreira decisiva a ato tão extremo em depoimentos pessoais: “pensei que, caso me matasse, estaria

destruindo não só a minha vida, mas também a de minha mãe”; “não me mato porque meus filhos dependem de mim”... Diante desses depoimentos, devemos lembrar que as razões para viver oferecidas pelos vínculos sociais não são somente justificações explícitas como as citadas. O envolvimento em coletivos carregados de afetos recíprocos também motiva a pessoa a viver no sentido mais visceral de *energizá-la*, *dinamizá-la* e *animá-la* mediante a convivência com outros. (Sob esse aspecto, vale a pena ler o “jovem” Durkheim da discussão sobre o suicídio egoísta com as lentes interpretativas do Durkheim maduro, analista da “efervescência coletiva” n’*As formas elementares da vida religiosa* [1999]).

### ***Fora do tempo; ou a dessincronização com o ritmo do mundo***

Abordando a depressão com base em uma fenomenologia da experiência temporal partilhada, o psiquiatra Thomas Fuchs (2001b) sublinha que diversos quadros depressivos acarretam uma *dessincronização* na relação com o mundo. A circunstância estacionária do sujeito deprimido contrasta dolorosamente com a agitação da vida no mundo “lá fora”. O indivíduo que passa 14 horas do seu dia dentro do quarto não perde a consciência de que outros estão vivendo ativamente no mundo exterior. Ao contrário, tal consciência frequentemente contribui para o seu sofrimento, tanto mais quando alimentada pelas histórias edulcoradas das personalidades de Facebook e Instagram, que tendem a mostrar as outras pessoas como mais felizes e realizadas do que o são realmente (p.ex., casamentos perfeitos, filhos geniais e equilibrados, viagens costumeiras para cenários maravilhosos, sucessos profissionais em cascata etc.). Em um trecho de *A redoma de vidro*, a alusiva descrição que Sylvia Plath faz da vivência de “sobrar” ou “ficar de vela” em uma confraternização a três serve bem de símile poético a uma experiência comum em quadros depressivos, a saber, o distanciamento e o isolamento crescentes diante do ritmo aparentemente festivo e vivaz do mundo das outras pessoas:

“É como ver Paris de um trem expresso que avança na direção contrária — a cidade vai ficando menor a cada segundo, mas você sente que é você quem está encolhendo, ficando cada vez mais solitária, afastando-se a um milhão de quilômetros por hora de todas aquelas luzes e agitação” (Plath, 2014: cap.2)

### ***O corpo como prisão; ou o insustentável peso de ser***

Uma experiência comum na depressão é, portanto, a corrosão da suscetibilidade **corpóreo-afetiva** que nos permite normalmente estabelecer um senso genuíno de conexão com outras pessoas e, mais amplamente, com as atmosferas afetivas compartilhadas nos ambientes sociais em que circulamos. No que respeita ao corpo como *sujeito*, por outro lado, a confiança nas próprias habilidades corpóreas que comumente anima nossos engajamentos com o mundo é substituída, na depressão, por uma experiência do corpo como *carga* ou *fardo*. A mobilidade fluente em que eu ancorava minha condição de agente-capaz-de-intervir-no-mundo dá lugar à vivência de um corpo que resiste, com angustiosa consistência, à minha vontade de engajamento com o ambiente circundante, o que faz das ações mais mundanas, a começar por levantar da cama, um esforço hercúleo. A flexibilidade de outrora é substituída por rigidez, um senso opressivo de peso material. Quando essa perda de confiança na mobilidade corporal se atrela à dessincronização de que falava Fuchs, o indivíduo pode muito bem se ver em um círculo vicioso: o isolamento social “enferruja” suas competências interacionais, o que reforça a aparente correção da escolha pelo isolamento, o que reduz ainda mais a confiança nas suas próprias habilidades sociais e assim por diante...A experiência de “inibição psicomotora”, na qual o próprio corpo é vivido como constricto nos seus poderes e competências, aparece em boa parte dos casos de depressão severa. A categoria psiquiátrica da “depressão agitada” (SOLOMON, 2014: 290) indica, entretanto, a existência de casos em que os indivíduos como que hipercompensam a vivência de autorrestrrição corporal através de uma atividade frenética.

Seja como for, a barreira no acesso a atmosferas afetivas que derivam da convivência com outras pessoas não anula o *desejo* daquele acesso, isto é, de “conectar-se” verdadeiramente com os outros. Em contraste com condições psíquicas de apatia ou indiferença total ante o convívio (p.ex., em certos casos de lesão cerebral), a dificuldade de estabelecer conexões emocionais positivas coexiste, nos sujeitos deprimidos, com sentimentos de desesperança (p.ex., “minha vida será assim para sempre”), ansiedade (p.ex., “as pessoas me tratam bem, mas será que falam de mim como um fardo insuportável quando não estou presente?”) e culpa (p.ex., “minha mãe cuidou tanto de mim e, em troca, tudo que dou a ela é trabalho dobrado e sofrimento”). Tais emoções estão subordinadas a um estado mais geral de humor depressivo que, por assim dizer, “escolhe” seus motivos particulares conforme os encontra. Nesse estado, um pequeno contratempo (como o de quebrar um copo sem querer, por exemplo) pode ganhar



uma significação hiperdimensionada (digamos, como mais uma prova de que não faço nada direito, de que minha presença no mundo é somente um fardo destrutivo etc.).

Os exercícios cognitivo-comportamentais (LEAHY, 2007) de questionamento dessas crenças são muito úteis (até mesmo fundamentais) para um manejo construtivo de tais experiências, mas vale lembrar que aquelas crenças também ganham sua plausibilidade interna inicial pelo seu apoio em *sensações viscerais*. Diversos indivíduos afligidos por transtornos de ansiedade, por exemplo, afirmam reconhecer, no plano estritamente intelectual, a irracionalidade de seus temores, mas notam também que todo o seu “sistema de alarme” visceral os pressiona internamente para que tomem aqueles temores como plausíveis (p.ex., o medo de pegar uma terrível infecção caso eu não continue a lavar minhas mãos, embora eu já esteja lavando-as há mais de uma hora). Uma vez mais, versões mais avançadas da terapia cognitivo-comportamental já mapearam também essa “distorção cognitiva” como uma forma de “raciocínio emocional” (LEAHY, 1996): o pressuposto de que, se o pensamento quanto a uma ameaça (p.ex., “todo mundo naquela festa vai me achar horroroso”; “esse ônibus vai cair da primeira ponte”) me gera um medo intenso, essa ameaça é plausível, provável ou quase certa – e, em suma, deve ser levada muito a sério (“melhor não ir à festa”; “melhor jamais entrar em um ônibus, mesmo que isto signifique nunca visitar meus pais na cidade deles”).

Na literatura sobre a depressão, até a *culpa* aparece, em alguns casos, como um estado de humor difuso que arrebatava a mente do indivíduo antes mesmo que ele a associe a qualquer conteúdo específico. Ao invadir a psique do sujeito com força avassaladora, tal estado de humor tende a levá-lo a pensamentos e imagens, lembranças ou fantasias que “justificam” o sentimento:

“Vem de baixo, das vísceras, como uma opressão terrível subindo para o peito; aí, uma pressão surge, como um crime que eu tenha cometido. Eu a sinto como uma ferida no meu peito, que é minha consciência torturada...então, ela atrai minhas memórias, e tenho de pensar de novo em tudo que perdi ou fiz de errado em minha vida...” (FUCHS, 2014: 116).

Fuchs menciona (Ibid.), com efeito, um punhado de estudos indicativos de que estados de humor depressivo enviesam tanto a cognição quanto a memória,

tornando ambas mais propensas a encontrar conteúdos mentais que reforcem tais estados, como um foco desproporcional sobre dificuldades no presente ou o ruminar obsessivo de eventos dolorosos do passado.

### ***Delírios nihilistas: da depressão à psicose***

Neste ponto, é difícil continuar a ler a casuística psiquiátrica sem esbarrar em tentativas de imaginar o inimaginável. Em quadros muito graves, a depressão pode corroer a afetividade inteira, a suscetibilidade mesma que nos permite sentir o mundo pelo corpo e pelos afetos. Tais são os cenários em que os diagnósticos de depressão começam a se cruzar com diagnósticos de esquizofrenia, esteja presente ou não a psicose. Quando a experiência sensorial de gostos, sensações táteis, cheiros etc. é empobrecida até chegar à beira do desaparecimento, o senso interior de “vitalidade” pode também desaparecer – o indivíduo sente-se morto, ainda que tenha consciência intelectual de que está vivo (MORGAN, 2010). A corrosão difusa da sensação da própria vida pode ser tão severa que torna plausível para o indivíduo, na chamada “Síndrome de Cotard” (BURTON, 2008: 15), a interpretação delirante segundo a qual ele realmente já morreu. A perda da suscetibilidade corpóreo-afetiva também indica, pelo seu reverso, o quanto nosso senso da realidade do mundo das pessoas e coisas depende de tal suscetibilidade. Em diversos casos, o indivíduo não se “desconecta” do real porque o representa de modo delirante; **ele representa o real de modo delirante para dar sentido a uma perda prévia do seu senso de realidade, à experiência de “desconexão” que o assaltou primeiramente.**

A perda de ressonância afetiva incide também sobre sensações de familiaridade e intimidade com esposas e maridos, parentes e amigos etc. Tais distúrbios mostram dolorosamente que a vivência da intimidade interpessoal não se restringe a um aspecto cognitivo, mas engaja o corpo e os afetos de modo decisivo. Quando o esboroar da **interafetividade** coexiste com faculdades cognitivas intactas, os sujeitos afligidos se veem na triste experiência de reconhecerem todos os traços das pessoas íntimas, porém não mais acompanhados da *sensação* de intimidade que elas provocavam outrora:

“Eu não podia sentir nada [pelo meu marido]. Eu não podia sentir nada pelas crianças. Era como estar dentro de um balão muito, muito grosso e, não importa quão forte eu empurrasse para sair, a força da pele do balão

me empurrava logo de volta para dentro. Então, eu não podia tocar ninguém, eu não podia tocar nada” (apud RATCLIFFE, 2015: 218).

Em uma minoria de casos, a desintegração do senso de intimidade pode desembocar na chamada “Síndrome de Capgras” – por exemplo, depois de algum tempo convivendo com um rosto conhecido, mas agora dotado de uma aura de estranheza, o sujeito vem a concluir que a pessoa é um clone, um impostor de idêntica aparência que tomou o lugar do seu verdadeiro cônjuge.

### ***Conclusão...com notinhas terapêuticas diletantes***

Eis uma seção que sempre sou tentado a incluir em textos meus sobre vivências de sofrimento psíquico. Normalmente, resisto à tentação, mas não posso fazê-lo depois do exercício em fenomenologia deprimente realizado acima. Se a expressão de um punhado de considerações terapêuticas se arrisca a tratar de temas delicadíssimos sem suficiente conhecimento de causa, encerrar o texto por aqui seria digno de algum Lars Von Trier da sociologia – não pelo talento, é óbvio, mas pela atitude “Odeio a existência e tentarei fazer, com o meu trabalho, que todos sejam tão miseravelmente tristes quanto eu”. Seja como for, com base em uma compreensão da depressão orientada pela “virada afetiva” e sua orientação para a dimensão (inter)corpórea, o que despontaria no horizonte como caminho possível de melhora?

*O remédio é, sim, uma opção legítima...às vezes uma opção indispensável...e por tempo indefinido.* Ainda que o conhecimento psiquiátrico depare com uma profusão de “caixas-pretas” no cérebro, é plausível supor que a dificuldade em sintonizar-se com os outros em cenários de interação, em se sentir energizado e animado pela convivência social, derive de alguma disfunção neuroquímica. A referência a desequilíbrios neuroquímicos, acrescentemos logo, não precisa advir de qualquer visão toscamente determinista quanto a influências genéticas, já que nossa configuração neuroquímica também é afetada, desde muito cedo, por **influências socioambientais**. No mais, conhecemos as críticas sensatas à hipermedicalização, a uma psiquiatria excessivamente tutelada por interesses mercadológicos das companhias farmacêuticas, a uma **“neurofarmacologia cosmética”** mais voltada à otimização de capacidades (p.ex., concentração) do que ao combate ao sofrimento etc. Tudo isto levado em consideração, *seria espetacularmente irresponsável, da parte de qualquer pessoa minimamente ciente das realidades da doença mental, assumir uma postura inflexivelmente*

*contrária ao uso de medicações em qualquer caso.* Nem sempre podemos dispensá-las...e alguns de nós talvez jamais possam dispensá-las.

Embora defensores de uma perspectiva interafetiva na psiquiatria costumem dirigir algumas farpas a compreensões demasiado cognitivistas da depressão, eis um âmbito em que o questionamento de crenças distorcidas encorajado pela Terapia Cognitivo-Comportamental pode prestar um valioso serviço. A tese de que um psicofármaco substitui sua personalidade “real” e “autêntica” por alguma espécie de “*self falso*” é absurda se levada às últimas consequências. Nosso estado psíquico já é alterado o tempo todo, por exemplo, pelas propriedades dos alimentos que consumimos, como as características ansiolíticas do alface ou os atributos estimulantes do açúcar. Nesses casos, pode ser útil contrabalançar pudores antimaterialistas com um pouco de fisicalismo vulgar: em cenários de depressão severa, a ideia de que recorrer à medicação é trapaça soa tão absurda quanto considerar “trapaça” que alguém use óculos, por toda a vida, para compensar seus déficits de visão ou que um sujeito cuja perna foi amputada recorra a uma perna mecânica. Em certas situações, uma auto-objetivação neuroquímica não apenas não tira nada da sua dignidade como é um instrumento valioso para manejar sua depressão...ou sintoma obsessivo...ou ataque de ansiedade. Se me vejo diante do pensamento de que tirar minha própria vida é uma opção preferível a experimentar um tratamento medicamentoso com um psiquiatra, a parte da minha psique que reconhece a bizarrice desse raciocínio fará bem em dizer: “não sou pensando, mas minha depressão”.

De resto, as considerações prévias apontam para a importância não apenas de dirigir a consciência do indivíduo em depressão “para dentro” (i.e., para suas próprias vivências subjetivas), mas de desenvolver um trabalho que *reconecte* seu corpo, sua mente e seus afetos com um mundo exterior de atividades partilhadas com outros. Eis um motivo pelo qual, no palpite(zinho) deste escriba que estudou o assunto, mas não tem qualquer autoridade clínica, uma abordagem mais prática como a terapia cognitivo-comportamental, embora intelectualmente menos fascinante do que a psicanálise, pode valer mais a pena para indivíduos já propensos por si sós a mergulharem no redemoinho da **hiper-reflexão**. De todo modo, são tantos os recursos humanos e não humanos, terapêuticos e medicamentosos, pagos ou [gratuitos de auxílio](#) que é justo repetir (se necessário): quase toda situação que pareça desesperadora e sem saída apenas *parece sê-lo*.

Reconhecer o tamanho do abismo existencial em que mergulham indivíduos com depressão severa é um lembrete de que não devemos trivializar suas dificuldades. Ainda mais importante, entretanto, é lembrar que nunca houve tanta ajuda disponível. Não desistamos.

## **Referências**

BURTON, R. *Being certain: believing you're right even when you're not*. New York: Saint-Martin's Press, 2008.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DURKHEIM, E. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret, 2003.

FUCHS, T. "Melancholia as desynchronization: towards a psychopathology of interpersonal time". *Psychopathology*, v. 34, p. 179-186, 2001b.

\_\_\_\_\_. "Depression, Intercorporeality and Interaffectivity". In: RATCLIFFE, M. *Depression, emotion and the self*. Exeter, Imprint Academic, 2014.

JAMISON, K.R. *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press, 1993.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia (vol.2)*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1979.

LEAHY, R. *Como lidar com as preocupações*. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

MORGAN, A. Schizophrenia, reification and deadened life. *History of the human sciences*, v.23, n.5, p. 176-193, 2010.

PETERS, G. *A ordem social como problema psíquico: do existencialismo sociológico à epistemologia insana*. São Paulo: Annablume, 2017.

PLATH, S. *A redoma de vidro*. São Paulo: Biblioteca Azul, 2014.

RATCLIFFE, M. *Experiences of depression: a study in phenomenology*. Oxford: Oxford University Press, 2015.