

Eu, minha depressão e os outros: o cuidado do sofrimento e o sofrimento do cuidado

Por Gabriel Peters

www.blogdolabemus.com/eu-minha-depressao-e-os-outros-o-cuidado-do-sofrimento-e-o-sofrimento-do-cuidado-por-gabriel-peters

O sofrimento depressivo pode roubar toda a atenção do sofredor para si próprio, enquanto as pessoas íntimas no seu entorno enfrentam um dilema: quanta ajuda podem oferecer sem que sejam "tragadas", elas próprias, para a condição do deprimido?

O outro em depressão: ajudar sem “afundar junto”

Pessoas íntimas de indivíduos em depressão enfrentam, com frequência, uma angustiada incerteza quanto aos montantes de tempo, energia e envolvimento empático que elas podem dedicar aos sofredores. Em alguns casos, um certo grau de dedicação deriva espontaneamente de suas disposições afetivas: elas não conseguiriam *não* ajudar, pelo menos no início. Em outros casos, a ajuda advém do que os ajudadores tomam como *compromissos* inerentes ao seu laço social: eles sentem que são *obrigados* a ajudar, como parte do que significa ser esposa/marido, irmão/irmã, amiga/o etc.

Isto dito, a partir de certo limiar de envolvimento, o indivíduo que ajuda pode sentir que tem de se proteger de ser "tragado", ele próprio, para a condição do deprimido. Uma estratégia comum frente a esse dilema é a "oferta" mais ou menos consciente, pelo ajudador, de um "tempo" no qual ele oferecerá seu apoio à pessoa depressiva, esperando que ela apresente alguma melhora. Infelizmente, tal solução de compromisso, embora frequente, é também frequentemente insuficiente para o sujeito em depressão.

A existência daquele tempo não precisa ser determinada de antemão pelo cuidador, à maneira de um cálculo explícito, mas pode emergir de uma impaciência ou irritação

Fonte: Blog do Labemus [blogdolabemus.com]

crescente caso a pessoa deprimida não apresente alguma melhoria no seu estado. Frente à ausência (real ou aparente) de melhora, o indivíduo impaciente ou irritado pode ser tentado, então, a se afastar do sujeito em depressão, ainda que tal tentação conviva com sentimentos ambíguos, como o retorno da vontade de tentar ajudar uma vez mais ou, ainda, a culpa frente à própria incapacidade ou indisposição em continuar a oferecer ajuda.

Várias pessoas já devem ter experimentado, diante do sofrimento de alguém que amam, uma espécie de dilema da areia movediça. Quando oferecemos o braço a quem está afundando, não apenas não conseguimos salvar a pessoa como começamos a afundar junto com ela. Retirar o braço significa, por outro lado, sair da areia movediça, mas não do lugar de testemunha do sofrimento da pessoa amada. Não demora, assim, a surgir a tentação de buscar puxá-la de novo, em um ciclo que pode resultar em nova retirada de ajuda ou em alguma solução de compromisso entre oferecer ajuda e aceitar a condição “afundada” ou “semiafundada” do outro – como quem, mantendo-se em piso firme, oferecesse um galho que impede a outra pessoa de afundar completamente, mas sem conseguir retirá-la da areia movediça.

O eu em depressão: o círculo infernal da autoabsorção

Quanto ao indivíduo em depressão, há casos em que o imenso sofrimento provoca uma inflação correlata das preocupações egoicas, inflação suficiente para que ele perca a consciência do quanto sua condição exige dos outros. Tal dinâmica pode ser favorecida por fatores sociais – por exemplo, no caso do homem deprimido que, devido à sua socialização em uma estrutura de distribuição desigual do trabalho do cuidado por gêneros, simplesmente toma por naturais os cuidados e sacrifícios que mulheres fazem por ele (p.ex., mãe, namorada, irmã etc.). Mas existem os casos, é claro, em que a consciência aguda dos custos que a própria depressão gera para a vida de outros, frequentemente atada ao “fracasso” nas próprias tentativas de melhora, se torna um ingrediente extra do sofrimento depressivo, na forma de culpa e vergonha (p.ex., “sou um fardo e uma fonte de infelicidade para minha mãe”; “meu marido poderia fazer muito mais se não tivesse de cuidar de mim” etc.).

O tema dos sintomas que se alimentam de si próprios, - ou melhor, da própria preocupação que o indivíduo cultiva em relação a eles - puxa consigo uma série de questões inter-relacionadas. A primeira diz respeito a uma dimensão central em diversas formas de sofrimento psíquico na contemporaneidade, a saber, uma hiper-reflexão que pode existir como efeito e, ao mesmo tempo, como *causa retroalimentadora* daquele sofrimento (Fuchs, 2011). Como acontece com outras condições crônicas, inclusive no caso de patologias com causas biológicas precisamente identificadas, viver com depressão como que obriga o indivíduo a monitorar atentamente seu estado mental e físico, em conexão com dúvidas contínuas quanto à sua (in)capacidade de enfrentamento dos desafios do mundo.

O caráter hiper-reflexivo da depressão pode emergir em círculos *ruminativos* nos quais pensamentos e sentimentos negativos se alimentam de si próprios. O fato de se estar triste e desmotivado gera ainda mais tristeza e desmotivação (“por que não consigo sair da cama?”), em um vórtice infernal que pode ser não apenas de segunda ordem (“como posso ter tanta energia pra me lamentar aqui na cama, mas não pra fazer qualquer outra coisa?”), mas também de terceira, quarta e *n* ordens: fica-se triste por estar triste, e fica-se triste por estar triste por estar triste, e fica-se triste por estar triste por estar triste por estar triste, e assim por diante... A formulação anterior, deixe-me enfatizar, *não é* mero jogo de palavras, mas um processo real e terrivelmente doloroso que aparece em muitos casos de depressão.

De qualquer modo, na medida em que os indivíduos sabem que terão de enfrentar os desafios do mundo mesmo enquanto “carregam” a depressão para lá e para cá, a atenção contínua aos próprios estados físicos e mentais é uma resposta prática compreensível à sua condição existencial. A monitoração crônica dos próprios processos psíquicos ganha um impulso forte nos casos em que a variação de estados mentais é particularmente *intensa, frequente e/ou imprevisível*, como informa David Karp recorrendo à sua própria experiência:

“Pessoas deprimidas tornam-se experts nas menores nuances de seus estados psíquicos e dos sentimentos corporais que eles produzem. (...) Minhas horas de vigília são...caracterizadas por um monitoramento quase contínuo de quão bem ou mal eu estou. (...) A diferença entre meus dias bons e ruins parece com a diferença entre estar morto e vivo – o contraste é nítido a esse ponto. (...) Nunca deixo de ficar espantado pelas flutuações no estado da minha mente de um dia para outro, de uma semana para outra,

Fonte: Blog do Labemus [blogdolabemus.com]

de um mês para outro e, mais extraordinariamente, de uma hora para outra. (...)...o autor Michael Crichton comparou seus próprios surtos de depressão a mudanças no clima. Há dias em que o clima está brilhante e ensolarado durante a manhã, mas, pelo meio da tarde, uma frente fria e sombria pode advir” (1997: 208-209).

Na maior parte dos casos, as pessoas mergulham primeiramente na autoabsorção *por causa de sua condição depressiva*, em vez de estarem deprimidas por causa de sua autoabsorção. Isto dito, se a depressão tende a ser causa primeira, há certas maneiras pelas quais a autoabsorção provocada pelo estado depressivo pode, sim, reforçá-la em um círculo autoalimentador, em dinâmica similar à que ocorre em outros transtornos psíquicos. Vejamos o caso da insônia.

Como já sugere a expressão de senso comum “cair no sono”, a passagem da vigília ao dormir não pode ser conscientemente forçada. Na verdade, ela é *atrapalhada* e *prejudicada* quando o indivíduo tenta fazê-lo. Para além de fatores como a inutilidade sistêmica do sono para um “capitalismo 24/7” ou a escassez crônica de tempo oriunda de uma aceleração social multidimensional, a insônia na modernidade tardia é, com muita frequência, o penoso efeito colateral de uma postura hiper-reflexiva diante da própria existência.

Na situação do indivíduo que aguarda a chegada do sono, os expedientes reflexivos que lhe auxiliaram, durante a vigília, no controle sobre seu próprio corpo agora não funcionam. Mais do que isso: eles se tornam *entraves* àquela chegada. Por exemplo, durante seu tempo de vigília, um lembrete dos artigos que o indivíduo leu sobre os riscos de comidas gordurosas ingeridas em excesso pôde ajudá-lo a resistir a uma tentação alimentar na hora do almoço. Por outro lado, imagine que ele, sem conseguir dormir, olha o relógio ao lado da cama e se dá conta de que só tem cinco horas restantes de sono antes de se levantar para o trabalho. Nessa hora, lembrar-se de um artigo científico sobre os danos da falta de sono sobre a saúde, em vez de ajudá-lo, pode gerar sobre ele uma inquietação e uma ansiedade que atrapalham *ainda mais* sua transição ao sono. O monitoramento ansioso do próprio estado físico e mental à espera do relaxamento, ainda mais se guiado por uma angustiada contagem regressiva, termina sendo um *obstáculo* a tal relaxamento.

Deixando-se de lado controvérsias acerca da aplicabilidade do termo “patologia”, a insônia pode ser elencada, assim, como uma dentre diversas “psicopatologias da hiper-

reflexividade” (Fuchs, 2011): “processos mentais irônicos” (Wegner, 1997) nos quais o esforço pela obtenção de controle reflexivo e intencional sobre um sintoma exacerba o próprio sintoma. Fenômenos análogos são **o “efeito rebote” de certos pensamentos, imagens e sentimentos intrusivos no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ou, ainda, a escalada de ansiedade que acompanha certos ataques de pânico.**

Da compaixão à irritação

As atuais sociedades capitalistas são marcadas por uma acentuada “responsabilização” dos indivíduos pela administração de seus próprios corpos e mentes, o que frequentemente pressiona as pessoas próximas a sujeitos em sofrimento mental grave, pessoas que têm seus próprios problemas sérios para enfrentar, a estabelecerem “limites” de tempo e energia dedicáveis à ajuda. Trata-se do que Candace Clark chama, em linguagem mercadorizada que não deixa de ser sociologicamente sintomática de nossos tempos, de “*créditos de simpatia*” (1997: 25). Quando a pessoa que ajuda nutre a expectativa de uma melhora tão rápida e significativa quanto possível daquele que é ajudado, a boa vontade inicial pode facilmente dar lugar ao cansaço e à irritação ou, ainda, ao temor de ser “contaminado” pela depressão do outro, à maneira de um contágio psíquico.

Com frequência, isto leva a que indivíduos mergulhados em depressão sejam comumente acusados por seus próximos de estarem demasiado absorvidos por suas próprias dificuldades e, portanto, insuficientemente atentos às dificuldades dos outros. A situação pode ser tratada não só a partir dos **processos de individualização na modernidade tardia**, mas também pelo conceito clássico do “papel social do doente” (*sick role*) na **sociologia de Talcott Parsons** (1951: 312-313; 436-439). Como quaisquer outros papéis, o papel do “doente” é um misto de prerrogativas e obrigações. Ele envolve a expectativa social de que o indivíduo afigido fará o que está sob seu controle para se curar, melhorar e/ou levar uma vida tão “normal” quanto possível. Com efeito, até mesmo pacientes em estado terminal encontram limites socialmente impostos ao que podem demandar de outros devido à sua condição. Nesse sentido, quando os limitados “créditos de simpatia” se esgotam, indivíduos doentes podem presenciar não só o afastamento dos próximos como reclamações quanto ao caráter excessivo de suas demandas (p.ex., a acusação de

que o indivíduo usaria seu sofrimento de maneira instrumental, manipulando os outros para satisfazer suas próprias vontades).

O eu mutilado; ou a (in)visibilidade da depressão

Um dos motivos pelos quais tais conflitos entre quem cuida, de um lado, e quem é cuidado, de outro, podem ser mais presentes em *psicopatologias* como a depressão é o fato de que, diferentemente de estados de incapacitação com causas orgânicas nitidamente identificáveis (como uma perna quebrada ou um câncer), indivíduos deprimidos não podem apelar a marcadores biológicos nítidos e consensuais de sua condição patológica.

Lá na sua distante *Retórica das paixões*, Aristóteles já propunha a tese psicológica de que o sentimento de compaixão pelo sofrimento alheio depende, no indivíduo compassivo, de uma percepção do sofredor como *não responsável* pelo seu próprio sofrimento (s/d; mais detalhes [aqui](#)). Não surpreende, nesse sentido, que uma visão segundo a qual o sujeito deprimido não trabalha ou não se esforça suficientemente para superar suas próprias dificuldades leva a um decréscimo dos sentimentos compassivos que as pessoas do seu entorno acalentam em relação a ele*[i]*.

Eis por que uma concepção biomédica da depressão, a despeito dos seus problemas, tem a virtude potencial de encorajar, pelo menos em princípio, uma atitude mais compassiva por parte das pessoas que circundam a pessoa em depressão. O *establishment* clínico da psiquiatria biomédica não considera a depressão como essencialmente diferente de patologias físicas. De acordo com essa lógica, dizer a um indivíduo deprimido, por exemplo, que simplesmente “sacuda a poeira e levante!” seria tão absurdo quanto exortar uma pessoa acamada com dengue hemorrágica ou com as pernas fraturadas que fizesse a mesma coisa.

A questão da (in)visibilidade da doença também é relevante, finalmente, para casos em que a depressão envolve práticas de automutilação física, como fazer cortes nos braços com uma gilete. Por um lado, trata-se de um comportamento explicável, no plano individual, como uma tentativa de evadir-se do sofrimento mental, pelo menos momentaneamente, pela provoção de dor corpórea*[ii]*. Por outro lado, como revelam alguns depoimentos nas sensíveis entrevistas conduzidas pelo sociólogo estadunidense

David Karp (e.g., 1997: 211), ferir-se fisicamente também chama a atenção de outros para a realidade do próprio sofrimento, ao dar a ele uma manifestação material e visível: “os efeitos da automutilação estavam disponíveis para outros como um sinal inegável e palpável da dor que eles, de outro modo, não poderiam ver” (Ibid.).

Por óbvio, entender a *função interna* desse comportamento, em uma perspectiva empática e compassiva, não é negar seu caráter prejudicial ao próprio praticante, mas imbuir-se de instrumentos analíticos para melhor ajudá-lo em seu sofrimento - inclusive a se libertar de defesas ou "remédios" que, resultando do transtorno, podem configurar transtornos eles próprios.

O serviço de prevenção ao suicídio do Centro de Valorização da Vida (CVV) oferece atendimento gratuito e sigiloso, por telefone ou chat, todos os dias, 24 horas por dia.

Notas

[i] O caminho de influência causal pode operar, no entanto, em ambos os sentidos: não apenas aquele que vai da percepção moral-cognitiva ao sentimento, mas também o que vai *de pressões sentimentais até percepções moral-cognitivas*. Concretamente: assim como a atribuição de responsabilidade ao sofredor pelo seu próprio sofrimento leva à diminuição do sentimento de compaixão no indivíduo que o presencia, é possível que, diante de certos sofrimentos, as *testemunhas se protejam de seus próprios sentimentos de compaixão mediante rationalizações interpretativas* quanto ao sofrimento que testemunham. Por exemplo, um indivíduo que, devido a uma “teodiceia” (Berger, 2003) religiosa, acredita que o sofrimento atroz de uma criança constitui uma punição cárnicia - uma expiação de pecados cometidos, em vidas passadas, pela alma ou espírito encarnado naquela criança – pode ter uma resposta emocional bem menos intensa e, portanto, mais fácil de tolerar do que uma testemunha do mesmo sofrimento que o toma como completamente arbitrário e imerecido (Cohen, 2001). A necessidade emocional de tornar tolerável o sofrimento testemunhado pode exercer uma pressão psicológica interna, no indivíduo que o testemunha, para acolher explicações cosmológicas que ressignifiquem aquele sofrimento como "merecido" de algum modo.

[ii] Há uma série de comportamentos que, embora comumente identificados à depressão mesma, emergem como *formações reativas* à vivência depressiva de um sofrimento

ubíquo e inescapável. Em alguns depoimentos pessoais sobre a automutilação (e.g., Karp., 1997: 211), os indivíduos reconhecem que, pelo menos nos momentos imediatos em que o comportamento é realizado, emoções negativas de vergonha e culpa coexistem neles com um paradoxal sentimento de *alívio*. Mesmo quando momentâneo e efêmero, o alívio parece dever-se a dois traços: 1) a transmutação de um *sofrimento onipresente*, no qual **o mundo inteiro parece engolfado pela depressão**, em *dor física localizada*; 2) a recobrada de algum *poder de agência* frente a uma condição infernal que reduzia o sujeito à passividade. Nesse sentido, quando corte meu braço com uma gilete, realizo uma espécie de exercício morbidamente meditativo em que, por alguns instantes, o corte doído na minha pele me distrai – e, portanto, me alivia - do horrível sofrimento que eu vinha encontrando em absolutamente todo lugar. Ademais, na medida em que sou eu que me corte, também vivencio momentaneamente um senso de “empoderamento”, uma reafirmação de meu poder de agência frente àquele inferno depressivo que insistia em me reduzir à passividade. Isto dito, cabe repetir a mensagem da conclusão: entender a função interna desse comportamento, em uma perspectiva empática e compassiva, não é negar seu caráter prejudicial ao próprio praticante, mas se imbuir de instrumentos analíticos para melhor ajudá-lo - inclusive a se libertar de defesas ou “remédios” que, resultando do transtorno, podem configurar transtornos eles próprios.

P.S.: Uma versão preliminar desse post foi discutida no grupo de pesquisa SOFREMUS (Sociologia das Fraturas Existenciais oriundas da Mudança Sistêmica). Agradeço a Danilo Farias, Gabriel Pereira, Gessyelle Silva, Helena Hidalgo, Ivo Neto, João Pedro Batista, Mariana Cavalcanti, Moisés Souza, Pedro Chalegre e Victor Pimentel pelos comentários e sugestões.

Referências

- ARISTÓTELES. *Arte retórica e arte poética*. São Paulo: Ediouro, s/d.
- BERGER, Peter. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulus, 2003.
- COHEN, Stanley. *States of denial*. Cambridge: Polity Press, 2001.
- CLARK, Candace. *Misery and company: sympathy and everyday life*. Chicago: University of Chicago, 1997.

FUCHS, Thomas. “The psychopathology of hyperreflexivity”. *Journal of Speculative Philosophy*, v.24, n.3, 2011.

KARP, David A. *Speaking of sadness: Depression, disconnection, and the meanings of illness*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

PARSONS, Talcott. *The social system*. Glencoe: The Free Press, 1951.

WEGNER, D.M. “When the antidote is the poison: ironic mental control processes”. *Psychological Science*, v.8, p. 148–150, 1997.