INSTITUTO VOX DE PESQUISA EM PSICANÁLISE

DEPRESSÃO “RESISTENTE”, ESPIRITUALIDADE E A RENASCENÇA PSICODÉLICA

Laura de Siqueira Castro
lauradscastro@gmail.com

Resumo: Texto escrito como produto do trabalho em grupo com a pesquisa intitulada “Perspectivas Psicanalíticas das Depressões e do seu Tratamento com Substâncias Alucinógenas como Alternativa Psiquiátrica”. As reflexões sintetizadas aqui se norteiam a partir de um percurso acadêmico-científico próprio, com indagações sobre o lugar do corpo e do sujeito entre a ciência e a psicanálise, e de questões clínicas elaboradas a partir de recortes de casos e experiências vividas durante os últimos anos e a partir dos encontros e leituras do grupo, que iniciou-se com o Seminário Neuroses e Depressão, proferido por Mauro Mendes em 2003, e tendo como tópico chave pensar a depressão enquanto uma posição do sujeito.
Palavras-chave: Psicanálise, Depressão Resistente ao Tratamento, Transtorno Depressivo, Transtornos do Humor, Psilocibina, Ayahuasca.

São Paulo, 2025

INSTITUTO VOX DE PESQUISA EM PSICANÁLISE

“RESISTANT” DEPRESSION, SPIRITUALITY AND THE PSYCHEDELIC RENAISSANCE

Laura de Siqueira Castro
lauradscastro@gmail.com

Abstract: This text is the product of the working group with the research entitled "Psychoanalytic Perspectives on Depressions and Its Treatment with Hallucinogenic Substances as a Psychiatric Alternative." The reflections summarized here are guided by my own academic and scientific journey, with questions about the place of the (pulsional) body and the subject between science and psychoanalysis, and with clinical questions developed from case studies and experiences lived in recent years and from the group's meetings and readings, which began with the Seminar "Neuroses and Depression," given by Mauro Mendes in 2003, and whose key topic was to think of depression as a position of the subject (of the unconsciousness).
Keywords: Psychoanalysis, Treatment-Resistant Depression, Depressive Disorder, Mood Disorders, Psilocybin, Ayahuasca.

São Paulo, 2025

Apresentação

Um dia fui surpreendida com um ensejo de alegria, tomada por laços afetivos e de transferência positiva, pelo convite para participar da pesquisa junto ao Instituto Vox de Pesquisa em Psicanálise, intitulada "*Perspectivas psicanalíticas das depressões e do seu tratamento com substâncias alucinógenas como alternativa psiquiátrica*". Maurício Lucchesi, com quem eu já trocava casos em comum, fez a proposta para estudarmos um assunto que, justamente, nos conectou por demandas clínicas que recebemos conjuntamente, com indagações sobre o uso de psicodélicos (ou alucinógenos) como alternativa no tratamento da "depressão resistente" e no contexto da dependência química, em particular de hipnóticos e sedativos, os "remédios para dormir", também combinados ao álcool.

Há 20 anos tenho a "psicologia do sono" como área de atuação, o que é uma particularidade que faz das temáticas em questão uma espécie de enxame. Assim como as vivências que eu havia acabado de experienciar nos cinco anos anteriores, enquanto fazendo um doutorado e atuando no Hospital São Paulo, na Unifesp, com período sanduíche e uma pandemia no meio, e tendo a espiritualidade e a terminalidade como temas centrais.

Curiosamente, durante a estadia no doutorado sanduíche, em Boston, no departamento de psico-oncologia e centro de cuidados paliativos do Instituto do Câncer Dana-Farber, tive a oportunidade de ouvir de perto alguns dos principais pesquisadores sobre psicodélicos na atualidade, reunidos para discutir o estado da arte, apresentando metodologias e desafios, com foco a direcionar o futuro das pesquisas em contextos plurais e multiculturais, e envolvendo pacientes graves (BEAUSSANT et al., 2020).

Neste episódio aconteceu o pré-lançamento de um documentário da Netflix chamado "Fungos Fantásticos", sobre os efeitos da psilocibina, que assistimos na presença não apenas dos próprios pesquisadores atuantes no filme, mas dos pacientes, comentando sobre seus depoimentos e a participação nos estudos. Foi o que mais me marcou, quando ouvi que aquela experiência durante a sessão única com o psicodélico "tirou o medo de morrer com as mãos", e porque havia sido um "tratamento que fez enxergar sobre a existência."

"Claro que as sessões de psicoterapia foram importantes..." e riu, mas riu com um sorriso e um olhar que me lembro de me pegar rindo junto e me emocionando,

vendo aqueles olhos marejados, de quem parecia que a existência havia sido toda (re)introduzida a um universo muito maior, como se tivesse (re)nascido, abruptamente, num passe de mágica, em conexão a uma lei outra da vida e que agora via, do outro lado e através do espelho, se (re)via pelos olhos da natureza, quase num júbilo, (re)enxergando a própria existência. “Acho que entendi”, também pensei.

Foi uma mistura de impressões daquela cena e daquele dia, maravilhada e cética. Aliás, com o documentário em si. Pensei que havia entendido que o potencial estava na ideia das visões, uma *imaginarização,* como aprendi depois com nossa pesquisa, sobre “a viagem” que se passa durante o efeito psicodélico. Me lembrei de haver pensado na época e por isso me interessado, que talvez o efeito impressionante pudesse ser análogo ao da função do sonhar, e que afinal foi de onde nasceu a psicanálise... além da minha trilha de história com a psicologia do sono.

Bom, mas eu ia dizendo, no mesmo período, era 2019, estive em congressos internacionais em psiquiatria, em particular no 4º encontro sobre espiritualidade e saúde mental da *World Psychiatry*, em Jerusalém, quando acompanhei algumas apresentações de pesquisas com outros tipos de psicodélicos, mas sempre tendo o tema, ou jargão, “depressão resistente”, uma incidência importante, a ideia de condições “refratárias”, e com achados enfatizando um aspecto comum, uma narrativa de como o relato de experiências espirituais, ou místicas, aparece como um fator preditivo de sucesso nessas terapias assistidas com psicodélicos.

Contexto

Considerei importante contextualizar o momento em meu percurso que fui tomada pelo convite para nossa pesquisa. Além de um assunto emergente e marcadamente presente na minha prática clínica, eu já havia sido tocada pela temática da “renascença psicodélica”, no tempo histórico em que vivemos, quero dizer, presenciei intensas discussões científicas e não em qualquer contexto, apesar de ainda pré-pandêmico, mas era também atravessado pela guerra, além de ter envolvido um questionamento sobre a cientificidade da psicanálise.

Explico. É que tantos dos resultados científicos que se conhece dessas pesquisas, de um lado, sobre condições de saúde mental refratárias a tratamentos, de outro, sobre terapias assistidas com psicodélicos, são resultados observados entre “veteranos de guerra” norte-americanos, paradoxalmente, muitos jovens de 30 e

poucos anos que estiveram na guerra no Iraque. Essa foi uma observação que me ocorreu antes e penso hoje, agora, que somente porque ouvi junto algo sobre a origem do termo “resistência”, para se referir a doenças mentais sem sucesso no tratamento, ouvi que era um termo cunhado por Freud, mas que ali parecia já totalmente descontextualizado (Howes; Thase; Pillinger, 2022). Fiquei com a questão.

Deste tempo distópico neoliberal em que vivemos, além de pandemia e mais guerra, talvez um de seus principais e mais sintomáticos adventos seja mesmo uma forma de depressão resistente, refratária. Quanto mais se busca modernizar, isto é, biologizar industrialmente a depressão, mais a vemos se alastrar. Tudo que é sólido se desmancha no ar! Como bem ilustra a fórmula de Berman (2007) e sua releitura marxista, apontando a ambivalente, incessante e infinita modernização capitalista, simultaneamente levando à progresso e à devastação.

A questão é que a queda da hipótese de uma disfunção química da depressão não vai chegar tão cedo na boca do povão, quem mais sofre dos excessos, de trabalho, fadiga e pobreza, controlados com prescrição contínua e disfarçando depressão, mas garantindo performance e produção. Além do que a questão é polêmica (Moncrieff et al., 2023). E depois ainda dos testes farmacogenéticos, só piorou a situação, pois vemos uma suposta causa biológica atrasando ainda mais o momento, tão caro aos psicanalistas, em que os sujeitos, no laço analítico, possam reconhecer que qualquer cura possível não se dará senão pela responsabilização da transformação da tristeza em ficção, pela narração.

Neste tempo, quando “não se fica mais triste, fica-se imediatamente deprimido” (DIAS, 2003a), em que se pensa a depressão como uma patologia do social, uma “forma de sofrimento normalopática, compulsória e expansiva”, como diz Dunker (2023), não parece coincidência uma renascença psicodélica e espiritualizada. Ou espiritualista, mística! Um desses “diversos fenômenos da espirituosidade”, por que não!? Para invocar Lacan, quando se referiu, no seminário 5, sobre as formações do inconsciente, à função da comédia. Está no final da segunda lição sobre os três tempos do Édipo, fechando o capítulo da lógica da castração (Lacan, 2021).

Lacan menciona a função da comédia para nos remeter à identificação imaginária com o falo, como “o” advento estrutural, se posso assim arriscar... que, justamente, é o que viabiliza posteriormente ao sujeito ascender da posição dita depressiva, a partir de Melanie Klein, e que foi depois de algum modo assim ratificada por Lacan, com inúmeras retificações, sobre o que se dá entre os primeiro e segundo

tempos do Édipo, mas que fui entendendo... foi o que foi retomado por Mauro Mendes em seu seminário “Neuroses e Depressão”, depois por Maria Rita Kehl em seu livro “O tempo e o Cão”, e foi com a hipótese que partimos em nossa pesquisa, para pensar a depressão enquanto uma posição do sujeito. Resistente? (DIAS, 2003a; Kehl, 2015).

Dias (2003a, 2003b), já há 20 anos, enfatizava a importância de situarmos a depressão e sua história nosológica para a psicanálise, pelas mesmas origens, mas a partir da radicalidade de sua diferença atual com a psiquiatria, que passou a tratar a depressão exclusivamente como síndrome, um transtorno do humor, enquanto se voltamos às origens com Freud, antes ainda das dissidências, desde e após as kleinianas, e que mais influenciaram a psiquiatria, o que já tínhamos era a ideia de uma etapa depressiva como posição constitutiva do sujeito, na forma de se relacionar com o Outro e com o próprio corpo (DIAS, 2003a, 2003b). Uma posição constitutiva da qual nunca sai, para a qual sempre escorrega ou pode voltar?

A questão de uma diferença, ou sobre como diferenciar entre uma posição depressiva, assim constituída, comparada a um episódio depressivo quando acomete um sujeito constituído em outra posição, permeou todo o percurso em nossa pesquisa para mim, sempre estive às voltas com ela. Como conceituar constitutivamente, quais operadores lógicos usar, como descrever as diferenças na constituição da posição depressiva em relação as outras, e, como se diferenciam os episódios depressivos, ou quais são as características, a fenomenologia, ou a sintomatologia depressiva nas diferentes posições?

Segundo Maria Rita Kehl, no capítulo “Um fantasma insuficiente”:

> “(...) desde tal posição periclitante, o depressivo tem muito menos mecanismos de defesa a seu dispor do que os neuróticos, assim como permanece aquém de outros recursos, ouso dizer, egóicos. Estes não consistem apenas nos mecanismos que defendem o narcisismo do ‘*eu’*; são também todos os recursos que o ‘*eu’* desenvolve para se colocar no páreo da vida, inaugurado (mas não limitado a esse momento) quando da rivalidade edípica com o pai. Assim como fantasia pouco, o depressivo se defende mal (Kehl, 2015, pg. 257).”

Não sei quanto estão respondidas para mim as questões centrais com as quais penso que começamos como grupo. Também não sei se se trata, ou se tratava (no passado) de respondê-las. Seguiram, e provavelmente seguirão, como questões norteadoras. Hoje me pergunto também quanto meu viés clínico, ligado ao meu nicho de atuação, uma clínica do sono, também não influencie minha percepção. Penso que a casuística envolve uma alta prevalência de sujeitos depressivos, mas são perfis

diversos, muitos casos paro pra pensar e fico com a dúvida se é uma posição depressiva ou um episódio de um neurótico deprimido, como diz Kehl (2015):

> "As oscilações de humor sofridas pelos depressivos, assim como pelos neuróticos não deprimidos, promovem muita confusão no campo da psiquiatria. A ênfase diagnóstica no *humor* faz com que muitas vezes estas pessoas sejam diagnosticadas como bipolares. Ora, a experiência psicanalítica mostra que em qualquer estrutura podem ocorrer fenômenos circunstanciais que, empiricamente, fazem pensar em manifestações *bipolares*. À diferença da melancolia, cuja estrutura inclui necessariamente uma contrapartida maníaca, a posição subjetiva constituída nas neuroses está sujeita a falhar, e o neurótico fica sujeito a deprimir-se. O neurótico, quando cai de sua posição fantasmática, depara-se com o avesso da imagem que oferecia para atrair a demanda do Outro. Nesses episódios o neurótico está sujeito a se deprimir, às vezes gravemente. Mas isto não faz dele um "bipolar". Nem um depressivo. Do neurótico, dizemos que *está deprimido* (Kehl, 2015, pg.259)."

Minha questão seguiu se desenvolvendo na ideia de trabalhar na pesquisa buscando exemplos clínicos comparativos das diferentes posições. E essa questão do humor, tão importante, retomá-la-ei adiante, mas fui oscilando, ora achava que essa seria uma missão (im)possível, depois me pegava entre supervisões traçando as comparações, à caça de vinhetas. Confesso que agora, já escrevendo, me pego pensando como será a costura e se farei mesmo, mas vou deixar fluir.

Me lembro que no início levantei uma questão no grupo sobre a sequência dos tempos e modos de registro da falta (castração, frustração, privação) que, se não me engano, penso que foi o que nos levou ao livro da Michele Faria "Constituição do Sujeito e Estrutura Familiar", para nos ajudar a articular com a leitura dos tempos do Édipo entre os Seminários 4 e 5. Fiquei encasquetada, pois sempre tinha achado, podia jurar, dizendo que tudo começava com a privação, entre presenças e ausências. Mas foram unânimes meus colegas de grupo, tudo começa com a frustração! Só depois de um tempo, fluindo, foi clareando a ideia de que não há um tempo cronológico nos registros da falta, o tempo é lógico e tudo se passa simultânea e alternadamente ao mesmo tempo. Sim? Parece.

Disse Lacan, no Seminário 4, que "Na castração, há uma falta fundamental que se situa, como dívida, na cadeia simbólica. Na frustração, a falta só se compreende no plano imaginário, como dano imaginário. Na privação, a falta está pura e simplesmente no real, limite ou hiância real" (Lacan, 1995, pg. 54). Isso me faz pensar no tempo lógico, regressivo e progressivo, e adiante ele diz:

> "A frustração, tal como é vivida originalmente, só tem importância e interesse na medida em que desemboca num ou noutro dos dois planos que distingui para vocês: castração ou privação. Na verdade, a castração nada mais é que

> aquilo que instaura na sua ordem verdadeira a necessidade da frustração, o que a transcende e a instaura numa lei que lhe dá um outro valor. Isso, aliás, é também o que consagra a existência da privação, pois a ideia de privação não é de modo algum concebível no plano real. Uma privação só pode ser efetivamente concebida para um ser que articula alguma coisa no plano simbólico (Lacan, 1995, pg. 100)."

Daí depois de um tempo fluindo, dá um nó de novo. O fato da castração ser o que instaura na sua ordem verdadeira a necessidade da frustração, me faz pensar que é a castração da mãe que frustra ou priva a criança e a transforma. Não sei. Mas quando, por exemplo, a mãe precisa parar de amamentar porque adoece, então a criança vive uma frustração, é abruptamente privada do seio. Se a mãe já não teria leite, por outro lado, ou se a criança nunca foi amamentada num seio, então ela vive uma privação, que só saberá depois. Um tanto difícil. Entre registros e objetos da falta a solução há de ser lógica. Michele tem uma proposta interessante:

> "(...) pensar a posição do pai no terceiro tempo, retornando à ideia da *ausência materna* enquanto metáfora daquilo que, no segundo tempo, faz com que a criança tenha que lidar com uma hiância na relação com o Outro materno. Como vimos, é a partir da articulação dessa ausência pela criança, no que ela indica a privação materna, que um pai privador toma seu lugar na relação da criança com a mãe, um lugar inicialmente interpretado pela criança como o da onipotência fálica do pai. Ou seja, a ausência materna instaura, na criança, a necessidade do apelo ao pai privador (Faria, 2014, pg. 85)."

E ela segue propondo, fazendo ainda um contraponto à posição de Jacques-Alain Miller em relação ao terceiro tempo do Édipo, com a indagação de porque é somente nesse último momento, do terceiro tempo, que a criança de fato pode articular que aquilo que a mãe deseja ela recebe do pai.

> "Seguindo o fio desse raciocínio, podemos afirmar que essa mesma mãe que se ausenta, volta. No par presença-ausência, costuma-se ressaltar a importância da ausência para que ocorra a simbolização, embora saiba-se que é a alternância da presença com a ausência o que assume, nessa simbolização, um papel fundamental. Se a ausência materna é o elemento que propicia a articulação da privação materna pela criança, podemos então propor o *retorno materno* como uma metáfora daquele elemento que, na alternância presença-ausência oferece à criança condição de articular a passagem do pai onipotente e privador ao pai doador. Afinal, a mãe, tendo se ausentado porque seu desejo ligava-se ao pai, ausenta-se, mas volta. Se a mãe volta, é porque esse falo, embora tenha consistência como objeto de seu desejo, objeto que o pai tem e dá, é um objeto que, de fato, não a completa. Ou seja, para além da busca desse objeto, o desejo materno mantém-se vivo. Se não fosse assim, a mãe ficaria lá onde foi buscá-lo (Faria, 2014, pg. 85)."

Isso me fez lembrar agora associando uma coisa nova, de um dos casos mais interessantes e que vim recolhendo impressões para trabalhar no texto. Acabo de pensar, "às vezes a mãe ausenta-se, vai e fica lá, demora demais, morre...". Trata-se de um caso recente, em entrevistas ainda e que provavelmente seguirão um tempo,

portanto difícil de estruturar como caso clínico, mas para o propósito dessa pesquisa já pude recolher vários elementos históricos, recortes, que até parece que chegaram como um presente. Vou chamá-lo caso E, que foi um presente porque chegou há exatos quatro meses, na véspera da minha primeira apresentação do rascunho deste projeto, e E já começando no primeiro encontro pelo relato de uma experiência mística com ayahuasca, que salvou sua relação com o pai. Eu voltarei ao caso ao longo do desenvolvimento, pensei antes em situar mais algumas perspectivas prévias que foram me ocorrendo...

Perspectivas

Em minha pesquisa no doutorado, que fiz junto à disciplina de cardiologia, do programa de pós-graduação em medicina da Unifesp, conduzi um estudo de métodos mistos, qualitativo e quantitativo, com foco em promover um diálogo que pensa o corpo e, justamente, “posições subjetivas” entre a ciência e a psicanálise, podendo-o traduzir para a “língua médica”. Essa foi a chamada ou superobjetivo interno do estudo que fui construindo para mim ao longo tempo, mas à época, era 2016, o projeto que submeti ao Comitê de Ética levava o título: “Espiritualidade, personalidade e humor, como marcadores de desfechos clínicos em pacientes com doenças graves: um estudo das dinâmicas subjetivas de pacientes e equipes de saúde no contexto hospitalar.

O tema da espiritualidade estava começando a fervilhar. Não à toa, “anamnese espiritual”, além de já ter virado curso de pós-graduação, aparece pouco depois no Brasil enquanto uma diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em meados de 2019. Nos congressos começaram a aparecer mais e mais mesas de discussão e uma defesa insistente por parte dos interessados da espiritualidade enquanto um assunto científico de alta relevância, que não deveria ser confundido com religião. Não ser confundido por quem? Foi a indagação que me tomou quando participei da primeira reunião científica da disciplina e ao perceber uma forte presença de grupos religiosos entre os pesquisadores, com suporte da Associação Médico-Espírita.

Foi uma coisa que me chamou muito a atenção e que talvez tenha me pego pela estrutura. Entrei em um debate com minha orientadora, que é médica cardiologista. Ela insistindo para que eu levasse a pesquisa com o tema da espiritualidade adiante, eu resistindo, ouvindo um eco “fuja de psicóloga que mistura psicologia com religião”, mas fui estudando mais à fundo e pensando como poderia

aproveitar a oportunidade do estudo para sustentar este antigo desejo de uma pesquisa que contribuísse para a interlocução da psicanálise com a ciência, a medicina, ou as ciências da saúde em geral, com não psicanalistas.

Foi o que chamei de superobjetivo. Um conceito do sistema Stanislavski que aprendi na escola de teatro e que se refere a meta principal que direciona cada cena e ato, a dramaturgia de uma peça. O que é só uma curiosidade que não sei se vem ao caso, mas que surgiu aqui na linha associativa (livre?), creio que porque estou pensando que esta é a primeira pesquisa sobre a qual escrevo desde o doutorado e é uma pesquisa psicanalítica. Estamos em um instituto de pesquisa em psicanálise e é a primeira vez que posso, poderei falar sobre o que foi a pesquisa (do doutorado) para psicanalistas. Claro, o objetivo é falar da pesquisa atual, não sobre a do doutorado, mas há conexões que me parecem relevantes, não apenas pelo meu percurso, ou talvez sim, porque penso que os resultados, além da experiência em si, direcionaram minhas questões.

Retomando então, comecei a contextualizar como fui tomada pelo convite para participar da pesquisa... eu que havia recentemente me deparado com a onda da renascença psicodélica em meio a da “espiritualidade científica”, cúmplices. E quando presenciei aquilo foi uma das coisas que me ajudaram a começar a relativizar mais meus paradigmas, ou preconceito mesmo, pois comecei a ver um sentido maior na investigação qualitativa do conceito de espiritualidade que eu havia feito, e na quantitativa também, aliás, ainda mais na combinação quali-quanti.

Ainda sem saber muito bem como, fui pra Boston aprender a análise qualitativa, justamente, e acho que consegui a vaga pro doutorado sanduiche por causa mesmo do método que empreguei, a *Grounded Theory,* vulgo teoria fundamentada em dados*.* Que basicamente é inventar a estrutura da pesquisa, pesquisando. Daquela questão que me ficou, sobre quem confundiria ou estava confundindo espiritualidade com religião e quais seriam as implicações disso na prática, no hospital, comecei a frequentar a enfermaria pensando, será que espiritualidade pode se traduzir como posição subjetiva? O que é espiritualidade pra você?

Eu nem sabia por onde ia começar. Lendo sobre os estudos na área, fui vendo que a principal questão era justamente quanto à definição, sobre como medir. A origem das discussões remontava aos primeiros questionários de saúde e qualidade de vida da organização mundial da saúde (OMS). Além de não haver um consenso sobre a definição de espiritualidade, discute-se se deve ser medida enquanto um

constructo isolado ou se como uma dimensão integrada, parte de medidas mais abrangentes de saúde mental.

Muitos dos questionários são escalas de bem-estar espiritual, sobre sentir-se em paz. Outras sobre fé e propósito de vida. E tem as que medem religiosidade, a frequência de práticas. Daí sai uma chamada “Pessoas espiritualizadas vivem mais”. Pois, justamente, o que faz de alguém espiritualizada ou espiritualizado? Se discute que quando se tira a parte do “sentir bem-estar”, as demais não têm o mesmo efeito isolado sobre a saúde, como ter fé ou crenças, a não ser ter uma prática religiosa frequente. Este é de fato o fator mais protetor para a saúde em termos populacionais. Claro, sempre pensei, enquanto se está na missa ou no culto, não se está no bar. Tudo bem que no terreiro é diferente, rola fumo e cachaça também. Mas aí entram outros confundidores, como raça e nível socioeconômico.

E você pode estar se perguntando onde estou indo com isso... além de no fato de que às vezes a prática religiosa não é no terreiro, missa ou culto, mas envolve ritual, bebida ou fumo e a planta é alucinógena... vou indo para outro tipo de chamada, vou dizer, “depressão é falta de Deus”. Assim como a onda biológica moderna com o ‘depressão é falta de serotonina’ vai demorar pra sair da boca do povo porque não é economicamente interessante, o que nos faria pensar que a lógica não é exatamente a mesma para o ‘depressão é falta de Deus’?

Minha questão desde o início foi sobre qual seria o risco das pessoas acharem que precisam ser mais religiosas ou se espiritualizar mais para se sentirem bem ou terem saúde. Não é só sobre pagar o dízimo e dobrado, é também, muitas vezes, sobre demorar mais pra ter acesso a tratamento adequado. Isso quando não se tem antes um ou até outros mais e alternativos que ainda pioram. Fundamentalmente, hoje, também é sobre a vulnerabilidade para virar arma de manobra política, como bem demonstra o recente documentário Apocalipse nos Trópicos.

Enquanto eu ia estudando, comecei a visitar os pacientes recém-admitidos nas enfermarias no Hospital São Paulo. Eu me apresentava como pesquisadora e os convidava para participar de um estudo sobre espiritualidade que eu ainda não sabia como seria, só que a primeira fase era aquela, descobrir o que pacientes e médicos acham que espiritualidade é. Não demorou ouvi “ah eu não acredito nessas coisas não dôtora”. Mas que coisas? Pensei e perguntei. O que você acha que é espiritualidade? Qual é sua história?

Não demorou, conforme foi se aumentando o acúmulo das entrevistas, aconteceu o que se chama “saturação (ou suficiência) teórica”. Dentro do escopo do estudo, as categorias que apareceram foram suficientemente robustas para sustentar a teoria emergente de que as pessoas se posicionam respondendo à primeira questão do estudo “Qual é a sua história?” de três formas: a história da doença, a história de si ou a história que o outro quer saber. Esse foi um momento de interrupção das entrevistas e de avanço na construção teórica. Eu já poderia quantificar um dado qualitativo para relacioná-lo a outros quantitativos existentes baseados nas teorias sob revisão crítica, e assim por diante.

Eu vou voltar à questão do humor que mencionei anteriormente e para lembrar porque considerei interessante colocar em perspectiva esse trajeto da história com essa metodologia de pesquisa, pois justamente é um tema que está na base da contraposição entre uma definição de depressão para a psiquiatria e do que se trata a depressão para a psicanálise, é de uma posição, não de um afeto, que talvez pudesse ser o correlato análogo de humor na psicanálise, já que para a psiquiatria, e a psicologia mesmo, o humor é um estado, mensurado enquanto tal, como tristeza, desesperança, irritabilidade, fadiga, negatividade, etc. (DIAS, 2003a; Fingermann; Dias, 2005).

Agora, para a psicanálise, o humor mesmo também pode ser outra coisa além de um puro estado de afetação, tal qual se traduz na psiquiatria? Se voltarmos à alusão que faz Lacan à função da comédia... me fez pensar justo isso, não deixa de ser um recurso de alta complexidade e que se refere a uma posição de identificação à imagem fálica na saída do Édipo, bastante refinada, não se poderia pensar? É uma questão que me apareceu e ficou. A espirituosidade. Ser, estar espirituosa ou espirituoso, me lembro que foi uma palavra que um paciente usou para definir sua própria espiritualidade e que me marcou, primeiro, justamente o humor dele.

“Em uma ou poucas palavras o que é espiritualidade para você?” seguida por “você se considera uma pessoa espiritualizada?” eram perguntas na entrevista que ficou semiestruturada ao final. “Me considero espirituoso”, me retrucou rápida e sabidamente, com humor, seu Walter, um marceneiro e fumante inveterado, como ele mesmo me disse, que estava internado para alguma das derradeiras sessões de quimioterapia por um câncer de pulmão que “fiz por merecer”. Sua história, ele me perguntou qual eu queria saber. Seu Walter não pontuou positivo para humor

deprimido e sua escala de neuroticismo foi baixa, assim como a de conscienciosidade. São dois dos cinco fatores da personalidade.

Uma das principais escalas que mede humor, é o Perfil dos Estados de Humor, conhecido como POMS. Inclui uma lista de 30 e poucos tipos de afeto, ou humores, como por exemplo “O quão deprimida(o) você se sente neste momento?”. Foi a escala do estudo. O modelo dos cinco grande fatores da personalidade utilizado é o mais conhecido e foi adaptado pra ser o mais breve possível, uma Escala de Diferencial Semântico, na qual o sujeito se posiciona. “Você se considera uma pessoa calma ou nervosa?”. Inclui 20 pares de adjetivos opostos distribuídos nas cinco escalas, incluindo extroversão, abertura a experiências e amabilidade, além das mencionadas, neuroticismo e conscienciosidade, que foram as escolhidas pela sensibilidade, pela conhecida relação mais forte a desfechos clínicos populacionais e mortalidade.

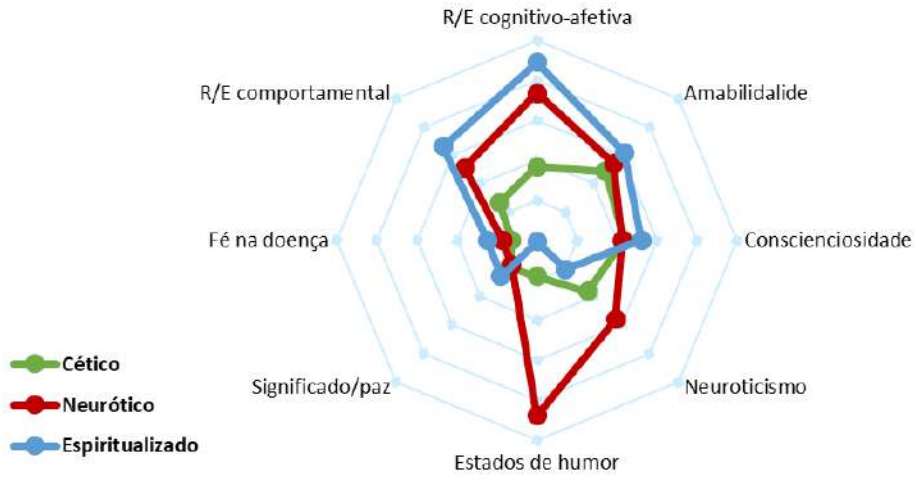
Fui avançando na investigação dos conceitos e medidas em saúde mental e cheguei no ponto de que elas no geral se agrupam entre as medidas de estado, como o POMS, e medidas de traço, como as de personalidade, podendo ou não incluir observação de cognições, como a percepção do estado de alerta, ou a frequência de comportamentos, como rezar, meditar. O fato é que podemos pensar que essas são medidas de fatores psicológicos, que, diga-se de passagem, foi no que se transformou o título da tese ao final “Traços psicológicos como marcadores de desfechos clínicos: uma nova forma de interpretação do papel da espiritualidade para a saúde”.

Essa nova forma de interpretação advém do fato de que foi possível demonstrar que não se trata de se espiritualizar mais, mas, antes, ou principalmente, de tratar a neurose, ou a posição subjetiva, que encontramos outras três, quantitativas. Da combinação das respostas para as escalas de humor, personalidade, religiosidade e espiritualidade (R/E), a análise (estatística) de conjuntos reuniu 289 pacientes em três grupos, e o desafio foi nomeá-los, a partir das métricas de pontuação de cada grupo nas escalas, como pode ser visto na Figura 1.

O grupo representado pela linha azul foi nomeado de “espiritualizado”, incluindo a maioria dos pacientes (60%) e das pessoas acima dos 60 anos (33%). O grupo da linha verde é o “cético”, representando 24% dos pacientes e a maioria dos com ensino superior (35%) e daqueles que se declararam sem religião ou crença (29%). O terceiro grupo, da linha vermelha, foi nomeado “neurótico”, ou “assombrado” (para o íntimos), representando 16% dos pacientes e as maiores proporções de mulheres (64%) e pessoas abaixo dos 50 anos (74%). O que vimos foi que esse grupo “neurótico” teve

três vezes mais chances de morbimortalidade, um risco 200% maior, essencialmente por mais óbito intrahospitalar e reinternações.

Figura 1. Gráfico de teia com as médias das medidas dos traços latentes



Fonte: a figura não está publicada e foi extraída da minha tese de doutorado.

Um total de 302 pacientes (51% homens), com idades entre 18 e 97 anos, foram entrevistados após admissão nas enfermarias de clínica médica, que se divide em masculina e feminina, e na geral de cardiologia. Com 289 pacientes completamos as escalas e de 255 analisamos as respostas abertas relacionadas à definição de espiritualidade. As entrevistas duraram 75 minutos em média, variando de 56 a 94, e muitos pacientes segui acompanhando depois, 53 até o óbito. Do total de entrevistados, 56 eram pacientes com lúpus ou outras doenças reumatológicas, por exemplo, e nem um caso com mais de 60 anos, a maioria com humor deprimido e altas pontuações para neuroticismo, religiosidade e espiritualidade.

Me lembro de uma paciente mulher, tão humilde. O genro, marido da filha, teve um mal súbito e morreu, de repente, aos 34 anos, ao lado dela e do berço onde estava a neta, antes de completar três meses. A filha, que na hora dormia, desenvolveu depressão “pós-parto” (ou óbito) e começou a rejeitar a própria filha (neta). Aquela mulher, desde então, passou a ter uma espécie de terror noturno, via o vulto do genro. O padre a mandava rezar, ela rezava, mas não funcionava. O padre dizia que não estava rezando o suficiente. Ela trocou de igreja, mais de uma vez. Testou outras religiões. Era mãe solteira, criou a filha e a neta, lidou com ex-marido e padrastos violentos, alcoólatras, mas a história daquela mulher, era a história da doença, do lúpus, inacreditavelmente ou não. Tinha pontuação média de neuroticismo, não tinha

humor deprimido, mas não sabia se tinha fé suficiente. “Dizem que quando a gente não dorme, é Deus chamando a gente pra um particular dôtora, sabia?”

Muitas coisas foram marcantes nessa jornada e os resultados, agora, ainda mais depois dessa nossa pesquisa, estou pensando, embasam “cientificamente” e metodologicamente a importância e o refinamento dessa noção de posição do sujeito, tão cara à psicanálise. Não apenas importância pela sua relevância clínica, mas por sua potencial acurácia em apontar, localizar, em termos de saúde pública, tantas questões relacionadas à depressão e ao adoecimento mental, mal-estar antigo, mas mais que atual.

Recortes clínicos

Com esta introdução enfatizando contextos e perspectivas, pensei em articular esses meus antecedentes acadêmico-científicos, como instantaneamente me conectaram às nossas temáticas da pesquisa, como uma visão de destino. Mas também pensei em situar melhor as demandas clínicas e porque estive mobilizada por enfatizar recortes, com exemplos e alguns casos desafiadores que já vinham fazendo questões para mim, justamente durante essa pesquisa e com a hipótese viva da posição depressiva, ou da depressão enquanto uma posição do sujeito.

“Não vê que ele é um sujeito morto?”, indaga à mãe de G, o quinto dos oito psiquiatras que já haviam avaliado seu filho. À época, estava com 12 anos. G é um homem de 40 anos, médico radiologista, casado, que já havia recebido o diagnóstico de transtorno bipolar, passado por 15 sessões de eletroconvulsoterapia, sem sucesso. Tentou todas as medicações possíveis, em função e não de resultados em testes genéticos, quando chega a mim para uma “terapia do sono”, no auge de uma grave dependência de hipnóticos. Foi internado duas vezes.

G. chega com a queixa de insônia, relacionada a pânico e fobia social. Ficou aproximadamente um ano e meio, do final de 2021 ao começo de 2023. E aconteceu uma curiosidade para mim agora, não me recordava. Fui checar novamente anotações desde o início do caso e já vi logo de primeira, na primeira supervisão, dizia “ler texto do Vox – Nota sobre o silêncio e a passividade.” De fato, como sofri nas manobras para tentar soltar a fala de G. Às vezes ele ficava em silêncio me olhando fixamente pela tela, até começar com um sorriso levemente irônico, desviar o olhar, e continuar mudo esperando uma pergunta.

O que me chamava a atenção, me recordo, é que não me causava angústia, eu tinha paciência com G. Eu achava, mas era mais, não era paciência, penso que fui mesmo tomada pela ambição terapêutica, pois certo dia, aí sim sem paciência, fiz uma manobra um tanto radical, pra não dizer selvagem, quando tentei forçar uma primeira sessão presencial. Era março de 2023. Aí ele não voltou mais.

Mas era muito difícil e demandante, mesmo. Cheguei a atender quatro vezes na semana, praticamente AT. Na terceira internação, que durou um dia, eu me posicionei contra, mas não adiantou. Já tinha me posicionado contra duas vezes antes, em conversas com a esposa e o psiquiatra, que eu mesma havia indicado, especialista em sono. Fazia pouco mais de um ano, quando G chegou, que havia tido um acidente em que entrou com o carro embaixo de um pontilhão na Av. 23 de Maio, depois de ter ingerido duas cartelas de Patz e tomado uma garrafa de vinho.

A questão com o Patz, que é a versão sublingual do zolpidem, com ação muito rápida, é que ele provoca um apagamento da experiência psíquica de adormecimento, além de poder desencadear sonambulismo. A depender do grau de dependência, a pessoa pode continuar tomando mais comprimidos sem se recordar e, no caso de G, se os comprimidos acabavam, às vezes a esposa o resgatava de madrugada dentro do elevador, com a chave do carro e o bloco de receituário. Ele se auto prescrevia. Outras vezes, com bebezinho, nem via. Desesperada, me escreveu algumas vezes. Antes dizendo-se descontrolada sob o efeito intenso dos hormônios no preparo para FIV, foram cinco anos. Depois, saindo com o recém-nascido de 15 dias da UTI e indo se hospedar em um flat com medo de G. Ele já chegou à farmácia, ao supermercado, se reabasteceu e sem qualquer lembrança. Tipo, morto.

Sabe que a história do menino de 12 anos sentado olhando para baixo na frente do psiquiatra quando ele vira para a mãe bradando e pergunta “não vê que ele parece um morto?”, não foi um episódio que aconteceu com G, foi uma lembrança que ele narrou dos tempos em que estava fazendo estágio na residência. Percebi depois quando fui revisar as anotações e foi um lapso produtivo, pois cheguei nas notas sobre a posição fantasmática e sobre o tempo quando a lembrança apareceu, adiante.

Um dos grandes momentos do processo com G, foi o dia em que ele saiu do trabalho e foi fazer a barba em uma barbearia. Para um sujeito que sempre foi fumar enquanto todos almoçavam, foi um acontecimento, que pontuei sutilmente, “E o que você viu lá na barbearia?”. Neste dia, apareceu depois ao final a lembrança do menino de 12 anos. Nas sessões seguintes apareceu a trilha com os efeitos borboletas

populando o pensamento, com uma revelação inquietante sobre uma transgressão ética na trajetória profissional e lembrada como um evento gatilho dessa obsessão. Depois G narra um sonho em camadas, “como no filme A Origem”, sei, “encontrou a ideia plantada na última camada?”.

Já estava ficando mais (des)velado o desejo de ser um morto, catatônico, enganando o psiquiatra que queria dormir. Então G faz *actings* e afanisa, tem uma recaída com Patz e álcool em meio a um escândalo, em uma viagem entre casais amigos. Mas, estava numa viagem entre amigos! Imediatamente antes, o que tinha aparecido era a história original sobre a qual fiz o lapso. “O G não gosta de viver” foi o que havia dito seu psiquiatra à mãe dele, na mesma época, interessantemente. Ele estava com mais ou menos 30 anos, durante a residência, a mãe viaja para visita-lo e vai com ele ao médico, nesse que foi o primeiro psiquiatra a dizer pra ele “Acho que a gente não andou pra frente”, quando começou. Na sessão seguinte chega com a barba feita. Foi de novo à barbearia.

Tantos elementos e discussões interessantíssimas possíveis a partir deste caso e após esta última revisão das anotações, já em contexto e perspectiva. A apresentação de uma holófrase medicamentosa, como um mutismo, uma narrativa em buracos, de um desmemoriado por eletrochoques, atormentado por pensamentos obsessivos. Seus filmes, “Efeito Borboleta” e “Brilho Eterno de uma Mente sem Lembranças”. G vivia com um botão de liga e desliga que, ainda bem, falhava.

O trabalho foi sendo torná-lo um sujeito com memórias. Me lembro do impacto que senti, de quando ele narrou pela primeira vez, depois de mais de um ano (não) falando, que dos 7 aos 16 anos ele fez “um esporte”, foi campeão estadual e nacional, e competiu internacionalmente. Na casa dele tinha um quarto de troféus em todas as paredes. Na sua área de atuação, está entre pouquíssimos com uma certificação internacional exigente. Uma prova que com muito custo, mas determinado, ele prestou três vezes e passou, fora do país. Ou seja, tem elementos que fazem pensar se isso é mesmo uma posição depressiva e, sim, é, mas é uma neurose obsessiva e bem grave, foi o diagnóstico que foi se desenhando e descartando um transtorno bipolar.

São duas irmãs mais velhas, com quem quase não convive, mas gosta dos sobrinhos. Se mudou de cidade e estado para estudar medicina e depois seguir na residência, quando os problemas começaram, o pânico, a insônia e o abuso de álcool com remédio. A primeira crise foi o dia em que o professor preceptor o convidou para almoçar. Daí em diante, passou a fumar enquanto todos almoçavam. O professor

poderia ter visto seu “tremor essencial”, provavelmente piorado porque na noite anterior tinha bebido. O medo de almoçar ou se sentar à mesa sempre apareceu relacionado às pessoas perceberem seu tremor, que tinha desde criança, mas que os pais não percebiam. A dúvida era se só ele que sentia e percebia o tremor, ou se os outros percebiam também. Um tremor que depois aparece como presente no tio, único irmão do pai, uma figura distante, que não parece perceber o filho, mas que quando a esposa (nora) convoca depois do nascimento do filho (neto), faz uma aparição contundente que deixou um certo enigma sobre sua relação com G. A mãe mais presente, mas à distância, sempre gostou de beber. Os pais parecem que comparecem em crises, para o mínimo, e olhe lá, quando ele se infantiliza.

São muitas informações sobre o caso, mas creio que pude listar elementos suficientes para sustentar que se trata de um exemplo contundente de uma posição depressiva. Possível de se pensar a posição fantasmática do sujeito, desde à perspectiva constitutiva, retomando pontos chaves das citações antes apresentadas. Penso estar claro que G narra uma mãe ausente que em geral só voltava com álcool, na cabeça. Muito álcool! Quando ele morre de beber ela vem. Como diz Khel (2015) “O neurótico, quando cai (de sua posição fantasmática), depara-se com o avesso da imagem que oferecia para atrair a demanda do Outro”, de morto (re)nascido.

O que me fez lembrar do caso E, também médico, “trabalha com emagrecimento”, tem 39 anos e que foi a sorte, chegou me perguntando, mas afirmando, que eu deveria ser uma pessoa espiritualista, por causa do quadro na parede atrás de mim, um cocar. Logo narra sua experiência com ayahuasca, que foi única, apesar dele seguir frequentando, três vezes ao ano, o pai de santo que repete o trabalho de proteção pra esconder ele do espírito da mãe. Não é qualquer coisa. E é gay e os pais são evangélicos. Ele sempre precisou esconder, até assumir depois que se mudou pra fazer faculdade. Tem um irmão cinco anos mais novo.

A mãe de E se enforcou, “com um nó muito bem-feito”. Na véspera, ela disse a E ao se despedir, ele com 23 anos voltando pra faculdade do final de semana, “se eu morrer, foi seu pai que me matou hein”. Morreu, no dia seguinte. Hein!? Passaram-se cinco anos sem que E pudesse falar com o pai. Até a sessão psicodélica, quando ele visualizou de alguma forma que o pai não poderia ter matado a mãe, apesar de ainda ficar ressabiado. A mãe falou a vida inteira que queria se matar, ele cresceu ouvindo isso, achava que ela era bipolar, “vivam uma relação conturbada”, mas E sempre defendia a mãe e diz que o pai viajava muito.

O pai, muito humilde, “mas esperto”, foi rechaçado pela família mais abastada da mãe, que escolheu ficar com ele e abdicar de qualquer herança, que os irmão fizeram questão de privá-la. Depois o pai de E montou negócios e ganhou muito dinheiro. Vive muito bem hoje e continua com a mesma cobrança muito alta de sempre, de ter que tirar boas notas, estudar, trabalhar e ganhar dinheiro.

A mãe se matou aos 44 anos, mesma idade que a mãe dela tinha quando morreu em um acidente de carro “no lugar dela”. Sim, viajavam em dois carros, quatro casais, se não me engano. Na parada, na estrada, a avó de E trocou de carro com sua mãe (filha), que estava grávida de E, pois o carro da frente estava mais rápido, acho. Esse carro chegou, o outro que ficou pra trás não chegou, se acidentou, e a avó de E “morreu pra eu nascer”. A mãe teve depressão, “parto prematuro com sofrimento fetal e bolsa rota” e contava que só foi conseguir pegar ele pela primeira vez depois de mais de um mês, ele começou criado pela babá.

Quando era criança E via espíritos, depois o espírito da mãe, que diz ter sido uma alucinação que veio depois da viagem com ayahuasca. Ficou dois meses sem dormir, foi uma crise, com infecções perianais. Se narra como muito ansioso e preocupado. Tem medo de perder o controle, medo de se matar. Ele só pensa no que fazer pra voltar a ganhar dinheiro. Ele já ganhou muito, sabe o que é bom e quer de novo. “Dinheiro é uma coisa que mexe comigo”. Vida agitada entre viagens, amigos e preparativos para o casamento com o futuro marido, com quem está há mais de 10 anos. Já estiveram em uma relação trisal, e depois ficaram os dois que em breve casarão. A questão é que seu futuro fatura mais do que ele aparentemente jamais será capaz de faturar.

Ainda são tantos elementos do caso, mas são mais fragmentos de história que ainda não pude exatamente encadear logicamente, não houve tempo hábil com o caso. E E tem uma riqueza simbólica maior, muito diferente de G, narra mais história, mesmo ficando em mais *loopings* de pensamento ainda, me perguntando o que eu acho, ao mesmo tempo em que se auto indagando sobre sua percepção. E também conhece e já narrou em detalhes a história de seus avós e bisavós, fugidos da guerra desde Granada e a Ilha da Bandeira. Foram muito pobres. Mas depois o pai começou a ganhar dinheiro quando ele estava com uns cinco anos. A mãe sempre queria viajar e o pai trabalhar, que mandava ela viajar sozinha com os filhos, que não ia. E “filho tem que prosperar mais que o pai” é a lei.

Que os frutos dos trabalhos e debates por vir permitam à cientificidade da psicanálise avançar, enquanto discussão dialética e desejante, sem demitir-se das posições estratégicas que pode ocupar. O espaço de tempo é restrito para seguir nas articulações que pudessem incrementar uma discussão mais detida sobre o papel da identificação, desde à teoria do estádio do espelho e sua função constitutiva, como operador da articulação dos conceitos de narcisismo e imaginário, desde Freud, também fundamentais para a noção de que a depressão não é um sintoma interpretável enquanto metáfora, mas um estado de ausência de desejo.

Esses recortes finais penso que fecham por ora, provavelmente brevemente, o percurso desta pesquisa. Digo brevemente por que penso que nossa pesquisa veio mais para levantar questões, só que não deixou de ter podido apontar a relevância clínica e importância política, econômica, filosófica, sócio-histórica, antropológica, ambiental, ou seja, estratégica, das pesquisas com potencial de promover interlocuções potentes da psicanálise com múltiplas áreas do conhecimento.

Referências

BEAUSSANT, Yvan *et al.* An Agenda of Psychedelic-Assisted Therapy Research in Seriously Ill Patients: Highlights from the Harvard Radcliffe Institute Exploratory Seminar (FR405). Journal of Pain and Symptom Management, v. 59, n. 2, p. 446–447, 1 fev. 2020.

BERMAN, Marshall. Tudo que é sólido desmancha no ar. *[S.l.]*: Editora Companhia das Letras, 2007.

DIAS, Mauro Mendes. Caderno do Seminário: neuroses e depressão lições I à V. São Paulo: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 2. n. 2, 2003a.

DIAS, Mauro Mendes. Caderno do Seminário: neuroses e depressão lições VI à XIII. São Paulo: Instituto de Psiquiatria de Campinas, 1. n. 1, 2003b.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. A hipótese depressiva. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico, 2023.

FARIA, Michele Roman. Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo de Freud a Lacan. 3ª ed. *[S.l.]*: Cabral Editora, 2014.

FINGERMANN, Dominique; DIAS, Mauro Mendes. Por causa do pior. *[S.l.]*: Editora Iluminuras Ltda, 2005.

HOWES, Oliver D.; THASE, Michael E.; PILLINGER, Toby. Treatment resistance in psychiatry: state of the art and new directions. Molecular Psychiatry, v. 27, n. 1, p. 58–72, 2022.

KEHL, Maria Rita. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. *[S.l.]*: Boitempo editorial, 2015.

LACAN, Jacques. O seminário, livro 4: a relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 1956–57, 1995.

LACAN, Jacques. O Seminario Livro 5: As Formacoes Do Inconsciente. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2021.

MONCRIEFF, Joanna *et al.* The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Molecular Psychiatry, v. 28, n. 8, p. 3243–3256, 1 ago. 2023.