

UM BREVE OLHAR SOBRE A MELANCOLIA E SUA COMPLEXA RELAÇÃO COM O MORRER

Marlene Rosa de Souza¹

Francieli Hennig²

RESUMO

A tristeza não parece ser uma causa clinicamente válida para ser registrada no atestado de óbito, entretanto, são cada vez mais conclusivos os dados que associam a tristeza extrema diagnosticada como depressão às doenças clínicas com maior destaque para as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, oncológicas e outras síndromes dolorosas crônicas. Tal combinação entre tristeza e doenças clínicas tem levado muitos pacientes a pior evolução tanto do quadro psicológico como clínico, levando a maior morbidade e mortalidade, ocorrendo nestes casos um claro desapego do paciente pela vida, e uma evidente desistência de si mesmo. Tal constatação nos impele a questionar se é possível que uma pessoa morra de uma tristeza profunda, e caso isso ocorra, qual o processo físico que faz com que a pessoa morra. Este artigo visa abordar este processo de morte causado principalmente pela desistência de viver, que podemos chamar de suicídio lento.

Palavras-chave: Psicologia. Melancolia. Morrer.

ABSTRACT

The sorrow does not seem to be a clinically valid cause to be recorded on the death certificate, however, are increasingly conclusive data that associate the extreme sadness diagnosed as depression clinical diseases with greater emphasis on cardiovascular diseases, endocrinológicas, neurological, oncology and other chronic pain syndromes. Such a combination of sadness and clinical diseases has led many patients the worst psychological frame both evolution as a clinician, leading to greater morbidity and mortality occurring in these cases a clear detachment of the patient for life, and an apparent withdrawal of himself. This urges us to question whether it is possible for a person to die of a deep sadness, and if it does, what the physical process that causes the person to die. This article aims to address this death process caused mainly by cancellation of live, which we call a slow suicide.

Keywords: Psychology. Melancholy. Die.

¹ Psicóloga. E-mail: marlene.bag@gmail.com.

² Professora do curso de Psicologia do IBES/Sociesc. Email: francieli@psicologiasensus.com.br Orientadora. Mestre em Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico pela UFSC

1 INTRODUÇÃO

Olhando sob a ótica psicológica é possível afirmar que nossas emoções sendo elas agradáveis ou desagradáveis são capazes de nos influenciar para a atividade atuando assim como poderosos motivadores da conduta humana, tendo ainda grande interferência na qualidade de vida psicológica, mobilizando o sistema nervoso autônomo e com direta relação com outros órgãos e sistemas. Portanto, é possível afirmar que emoções positivas potencializam a saúde em todas as suas esferas, da mesma forma as emoções negativas tendem a comprometê-la, ou seja, as emoções de forma geral influem tanto na saúde como na doença física e psíquica no âmbito psico-neuro-fisiológico.

Tristeza, dor, melancolia, angústia, muitas são as nomenclaturas para designar a profunda manifestação do sofrimento e padecimento humano ao longo da história. Seus registros são encontrados desde os mais remotos escritos da antiguidade, e muitas são as formas de entender e explicar esta moléstia do existir seja num viés científico ou em representações no campo da poesia, das artes ou da religião. Segundo o senso comum a tristeza pode ser tão devastadora ao ponto de levar sua vítima à morte, embora esta não seja uma causa clinicamente válida para constar numa certidão de óbito, são cada vez mais conclusivos os dados que correlacionam a tristeza extrema com patologias do coração em geral, doenças degenerativas, câncer, diabetes, etc.

Conforme será explanado, verifica-se a estreita relação entre esses diferentes fenômenos, ou seja, de que doenças crônicas podem levar a depressão da mesma forma que a depressão pode levar a doenças crônicas, e de que há relação entre a depressão e o desejo de morrer.

Este artigo caracterizado por uma pesquisa de natureza qualitativa e exploratória, através de embasamento teórico, intenciona abordar de forma mais específica a tristeza e sua representação psicopatológica, “a depressão” como uma emoção que produz uma experiência emocional desagradável e que muitas vezes vem imbuída de sentimentos de perda, desesperança, estresse, ansiedade e raiva, fatores que potencializam ainda mais os malefícios sobre o corpo e mente e são causadores de múltiplos transtornos e doenças crônicas. No entanto, o intuito aqui não é discutir as causas, ou tratamentos da tristeza, mas sim investigar a amplitude do prejuízo dessa emoção no sujeito como um todo, no âmbito físico e psíquico, compreendendo quão danoso poderá ser este sentimento e se poderá chegar às últimas consequências, ou seja, de forma a comprometer o bom funcionamento de órgãos vitais e finalmente conduzir ao óbito. Em outras palavras: “uma pessoa pode morrer fisicamente de uma tristeza profunda ou de um forte desgosto? E se morrer, quais os fatores físicos que a levam a morte?”.

Após busca de dados para a elaboração deste artigo, até o momento verificou-se que grande parte dos trabalhos acadêmicos trata dos efeitos indiretos da tristeza, ou depressão sobre o sujeito que sofre doenças clínicas e também, que o suicídio é o único fenômeno diretamente ligado à mortalidade por depressão. Portanto considerou-se de relevância este tema, pois poderá trazer contribuições no que diz respeito ao tratamento clínico e psíquico do sujeito que sofre, possibilitando sugestões de modificações no manejo e tratamento que não mais deveria ser diagnosticado e tratado unicamente por uma única linha de tratamento, mas deveria ser visto como um sujeito inteiro com corpo e alma, estabelecendo-se assim com mais critérios a relação entre depressão e comorbidades. Também a pesquisa poderá proporcionar reflexões e discussões a cerca desta questão, o que poderá possibilitar futuras pesquisas de relevância social do problema da morte relacionada à depressão, ampliando respostas ou formulações teóricas a respeito e aumentando o estágio de desenvolvimento deste tema.

2 MELANCOLIA E A PULSÃO DE MORTE

A existência humana é permeada e marcada pela fragilidade e vulnerabilidade evidenciadas a todo o momento por situações de extremo sofrimento muitas vezes impactantes, inesperadas e difíceis de serem compreendidas e aceitas, incluímos aí as adversidades mais radicais e desafiadoras para a existência e compreensão humanas, que são aquelas relacionadas à morte, seja porque vemos nos aproximar a nossa própria morte, seja porque perdemos pessoas queridas. É quando vivemos o luto.

Seria impossível falamos sobre melancolia relacionada à morte sem mencionarmos os estudos psicanalíticos de Freud sobre o luto, melancolia e a pulsão de morte, onde Freud compara a experiência do luto ao que em sua época era chamada de ‘melancolia’ e hoje é identificado como ‘depressão’.

Freud aponta tal associação, e caracteriza a melancolia como uma profunda e dolorosa depressão provinda da perda de capacidade de amar, um vazio temporário de seus afetos, penoso desânimo, a interrupção do interesse pelo mundo externo e das atividades, com auto-recriminação excessiva, também um completo sentimento de desvalorização do “eu” manifestada pela auto-acusação e auto injúria, que leva o sujeito a autopunição. Freud pontua que na melancolia “a sombra do objeto caiu sobre o ego”. (FREUD, 1917[1915], p. 254). É importante esclarecer que tal perda pode ser representada por uma pessoa amada, um objeto, um ideal tanto em nível real como simbólico.

Embora pareçam óbvios tais sentimentos no enlutado durante o seu processo de elaboração, pois como bem sabemos o luto, de modo geral, é a reação à perda, mas, em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia, em vez de luto. Segundo Freud (1915), no luto espera-se que com o decorrer do tempo haja a recuperação da capacidade de redirecionar seus afetos ocorrendo, portanto a elaboração e superação, é quando toda a libido é retirada do objeto perdido, já que este não existe mais. No entanto no estado melancólico a experiência da perda tem a mesma dimensão, mas não se sabe o que se perdeu e nem o porquê, ou seja, o processo da perda é inconsciente. Tais pessoas mostram uma disposição patológica, pois traduzem na perda uma melancolia, isso ocorre quando há uma perturbação da auto-estima, de forma que o sujeito se repreende e sente-se desprezível, esperando ser punido.

Tal melancolia não vem só como único sintoma patológico, mas vem acompanhado da depressão profunda e da pulsão de morte com o empobrecimento do ego. Portanto luto, melancolia e pulsão de morte estão intrinsecamente associados. Freud afirma que enquanto “no luto é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia é o eu, ele mesmo (...). Há um suplantar das pulsões que compelem cada coisa viva a agarrar-se à vida”. (FREUD, 1915, [1923] p. 108).

Segundo Teodoro (2010, p. 72), no que diz respeito à depressão, o entendimento psicanalítico tem como base que esse quadro patológico poderia ser provocado pela presença de conflitos de perdas, que seriam gerados por sentimento ambivalentes em relação ao objeto perdido, numa relação de amor e ódio, e que portanto desencadearia uma raiva internalizada.

De fato, pode-se considerar que ocorre aqui um total desapego pela vida, acompanhado de um funesto abandono de si mesmo, pois não há mais preocupação com o corpo, não há mais cuidados com a saúde, ocorre a insônia, a falta de apetite, e finalmente o sujeito adoece na alma e no corpo. Conforme bem aponta Mendes (2014.p. 425).

O melancólico é atacado por seu próprio supereu. O eu do melancólico é extremamente autocrítico, ele se julga o pior dos humanos e se condena à morte. Humilha-se diante de todos. Colocando-se como uma pessoa indigna. Ao delírio de inferioridade, junta a insônia, a inapetência e as pulsões de autodestruição. As auto-acusações de um melancólico têm um sentido, revelam o seu estado patológico e o predomínio da pulsão de morte. (...) Assim, a melancolia coloca em evidencia a pulsão de morte, por meio de um ideal do eu cruel, a ponto de assassinar o sujeito.

Percebe-se aqui o que nos relata Oliveira (2012, p. 5), que o “sentimento de culpa é intensamente consciente. Dessa maneira, o ego do melancólico é soterrado pela pulsão de morte, se reduzindo a um dejetto, empobrecido libidinalmente”. Conforme o embasamento bibliográfico,

poderemos conhecer dentro da psicanálise a relação entre a depressão e o que Freud e Lacan chamam de “segunda morte” e a “a dor de existir”.

Num de seus estudos psicanalíticos sobre a morte Freud pontua que tudo o que vive está destinado à morte sem exceção, portanto conclui-se que “o objetivo de toda a vida é a morte” (Freud, 1920/1996b, p. 49 apud MOHR, 2013). Ainda conforme Mohr (2013 p. 180), já no final de sua vida Freud afirmou que “é possível que a morte em si não seja uma necessidade biológica. Talvez morramos por que desejamos morrer. (...) Toda morte é suicídio disfarçado (...) o objetivo derradeiro da vida é a sua própria extinção”. Mais tarde Lacan, ao fazer contribuições nos estudos freudianos em suas implicações clínicas faz a reflexão. Se toda morte é suicídio disfarçado e morresse sempre por causas internas seria possível conjecturar que alguns quadros clínicos, como a depressão, seriam uma antecipação dessa morte? (MOHR, 2013).

Segundo as concepções lacanianas a segunda morte seria a “morte vinculada à cadeia de significante, à cadeia simbólica que perpassa todo o sujeito” (...). “Uma morte, que poderia acontecer mesmo em vida”, portanto, o sujeito deixa de viver quando ocorre o seu apagamento na cadeia do significante. “Se pensarmos que o sujeito só existe enquanto possibilidade de ser nomeado, entendemos que o sujeito só existe enquanto pertence à cadeia significante, à linguagem”.(MOHR, 2013, p. 192). Este fenômeno está diretamente ligado aos sintomas depressivos, como desânimo e perda da vontade de viver e o desejo de morte, não propriamente o desejo de morrer fisicamente, mas o desaparecimento em vida, a segunda morte. Nesta fase é comum o sujeito isolar-se, trancafiar-se, ficando longe de tudo e de todos, com o desejo de ser esquecido e de esquecer-se.

Falando-se de dor, de forma geral sabemos que a dor se constitui como algo que faz parte da existência humana e dependendo do contexto ela pode ser caracterizada em dois tipos, a dor física, corporal, ocasionada por um ferimento ou enfermidade e dor psíquica muitas vezes indescritível, que não sabemos explicar a razão e que muitas vezes pode estar ligada ao vazio de existir. No entanto a dor corporal também pode afetar o sistema psíquico assim como a dor psíquica é capaz de afetar o corpo, de forma que o corpo e alma doem. (MELO, 2011, p.29).

A questão desafiadora é determinarmos de que forma esta dor, em forma de tristeza profunda traduzida como melancolia ou depressão pode culminar em complicações físicas ao ponto de doer também o corpo na forma de enfermidade e conduzir à morte literal e se de fato existem essas correlações. Neste sentido o próximo tópico trará informações sobre o assunto num contexto sócio histórico que nos põe a refletir sobre esta possibilidade.

3 BANZO – A TRISTEZA DO ESCRAVO NEGRO

Antes de precipitadamente concluirmos que é impossível morrer de tristeza é necessário analisarmos o que a história nos conta sobre a tristeza extrema e suas consequências.

“Vai com a sombra crescendo o vulto enorme

Do baobá...

E cresce na alma o vulto de uma tristeza, imensa, imensamente...”

Esses versos no soneto de Raimundo Correia referem-se ao “banzo” uma tristeza, um estado de depressão psicológica, uma doença crônica, uma nostalgia profunda que tomava conta dos negros escravizados no Brasil e que levava à morte. Segundo Ribeiro (1929, p. 248 apud STUBBE, 1989 p. 24) “Banzo seria para os negros da África uma moléstia estranha, que é a saudade da pátria, uma espécie de loucura nostálgica ou suicídio forçado, o banzo, dizimava-os pela inanição e fastio, ou os tornava apáticos e idiotas”. Ou ainda como sugere Sigaud (1844 apud STUBBE, 1989, p. 9) era como uma “forma de nostalgia que provoca morte lenta, espécie de consumação produzida pela inanição e devido à causa moral”.

Para compreendermos melhor o banzo precisamos nos reportar ao século XVI até meados do século XIX, quando o tráfico negro trouxe para o Brasil (excluindo-se os que morreram durante as longas travessias em navios) de 3.5 milhões a 18 milhões de escravos destinados a trabalhos pesados nos engenhos de açúcar e nas fazendas em geral. Vinham de Congo, Guiné, Angola, Costa da Mina e desembarcavam na Bahia, Rio de Janeiro e em Pernambuco e de lá seguiam para outras regiões do país.

Segundo Sombart, (1928, apud STUBBE, 1989), as mortes dos embarcados chegavam a 40% que se amontoavam de 300 a 500 nos porões, de forma que entre a caça e o transporte e o 1º ano de cativo, de 400 mil escravos apenas 280 mil sobreviviam. Além de viajarem apinhados, sofriam fome, sede, maus tratos e enfermidades, muitos deles atiravam-se ao mar num suicídio libertador. Ao chegar ao destino eram afastados propositalmente das suas famílias, ajuntados em senzalas e então eram designados ao trabalho e fiscalizados pelos feitores. Além de mal alimentados eram frequentemente castigados. Como podemos então explicar o banzo diante deste quadro situacional dos escravos? Seria um exagero alegar que morriam de tristeza?

Segundo nos conta Antonio de Oliveira Mendes (1750-1817 apud ODA, 2008 P. 736), que escreveu sobre a enfermidade banzo e da saúde dos escravos há uma ligação entre enfermidades mortais e o péssimo tratamento dado aos cativos em todas as etapas do comércio negreiro. Ainda conforme Oda, (2008, p. 736/737) outras obras como “Do Clima e das Doenças do Brasil” (2009)

do médico Frances Xavier Sigaud, e também o livro do naturalista e médico bávaro Carl Friedrich Philipp e de Von Martius “Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros” (1844) e “Considerações sobre a nostalgia de Joaquim Manuel de Macedo” (1844) consideravam o banzo uma enfermidade mental, uma variante da nostalgia- melancolia, desencadeada por causas morais, tais como as saudades da África ou o ressentimento por castigos injustos. Oda (2008 p. 737) afirma que Von Martius considerou o banzo um mortal quadro melancólico, decorrente da perda da liberdade e que Macedo considerava a nostalgia uma moléstia mental originada das saudades da pátria, tendo como sede o cérebro.

Nesses relatos antigos, tais mortes voluntárias são muitas vezes descritas como uma forma passiva de suicídio, onde era comum que recusassem alimentos deixando-se morrer por inanição e em outras vezes de causarem a própria morte por meio de enforcamentos, afogamentos e o uso de armas cortantes.

Em tempos mais recentes, começaram a surgir visões médicas da moléstia, é o caso dos estudos do psiquiatra Álvaro Rubim de Pinho, da Faculdade de Medicina da Bahia (1982) que se refere ao banzo como uma das “síndromes de campo de concentração”, justificando um quadro mental depressivo multicausal característicos de situação de terror, de fome, de confinamento, que resultavam em carência nutricional, vulnerabilidade e doenças graves que culminavam em sintomas físicos e mentais do banzo.

Também em outra obra, Cannon (1942 apud STUBBE, 1989) descreve a morte pelo banzo como um fenômeno psicógeno e defende que pessoas primitivas podem literalmente morrer ao serem psicologicamente isoladas da comunidade.

Outra obra do psiquiatra Nobre de Melo (1954 apud STUBBE, 1989), defende que a dificuldade de povos pré-letradas a uma sociedade complexa provocou profundo choque cultural, onde se enquadra o banzo com um tipo de melancolia nostálgica, que pode provocar a morte pelo marasmo e suicídio, e Leme Lopes (1967, apud STUBBE, 1989), enfatiza o banzo como proveniente da perda da liberdade, da pátria, dos vínculos familiares e éticos, e define o banzo como uma depressão reativa pelo desenraizamento. Ainda citando a obra de Stubbe (1989), pode-se afirmar que tais escravos encontravam-se em colapso psíquico e motor que os levava a morte, imbuída de perda total de esperança do futuro, da identidade e integridade psicossociocultural. Stubbe (1989) faz uma analogia com os experimentos de Seligman (1979) sobre o fenômeno psicológico do “Desamparo Aprendido”.

O experimento foi dividido em duas fases com três grupos diferentes de cães. Na primeira fase, o cão do primeiro grupo, ficou em um compartimento onde foram administrados choques

elétricos nos pés traseiros. Ele poderia parar o choque encostando o focinho em um painel. O cão do segundo grupo, que ficou em outro compartimento, não teve chance de parar o choque. O cão do terceiro grupo, não recebeu nenhum estímulo aversivo. Na segunda fase do experimento, os cães dos três grupos podiam evitar os choques indo até um compartimento anexo. Nesta fase, foram observados resultados significativos: o primeiro grupo de cães aprendeu na primeira fase uma forma de parar os choques, por isso, facilmente escaparam da dor fugindo para o novo compartimento. O segundo grupo teve dificuldades para aprender que poderiam escapar da dor, eles haviam aprendido na primeira fase que não poderiam controlar a situação. Havia sido gerado neles um sentimento de impotência ou desamparo aprendido.

Podemos afirmar que nos caso dos negros escravos ao não mais verem nenhuma perspectiva de saída daquela situação angustiante e aterrorizadora, experimentaram sentimento de total impotência, desesperança e desamparo e por isso de forma passiva, sem nenhuma possibilidade de ação desistiram completamente de tentar qualquer outra possibilidade de saída, e entregaram-se à morte.

Com respeito aos atos suicidas dos escravos no Brasil, existem vários trabalhos como os de Tschudi (1866, 76ff) e Lasch (1898, apud STUBBE, 1989) que concordam que ocorriam em resultado da escravidão, e é interesse notar que o número de suicídio de escravos diminuiu vagarosamente até o ano da abolição (1888).

Se retornarmos aos escritos psicanalíticos conforme já vimos no tópico anterior ainda é possível citar Freud em sua obra Psicologia das Massas (1921), onde ele descreve o medo da separação e a fragilidade do Ego diante do perigo real muito intenso onde acredita não conseguir superar por suas próprias forças. Diante desta situação inevitável e definitiva quando se sente totalmente desprovido de qualquer amparo e proteção exterior o Ego entrega-se e deixa-se morrer abandonando a si mesmo.

Portanto podemos compreender o banzo como uma moléstia mental bastante complexa que afligia os escravos, muitas vezes relacionada com as crenças dos cativos; assim, a morte seria o único modo de voltar para a terra natal e reencontrar seus entes queridos.

Mas, voltando para os nossos dias, a pergunta permanece, e se faz necessário aqui um olhar atento sobre as novas descobertas no universo da saúde mental e física, e sobre a relação entre a tristeza e a doença, e entre a doença e a morte, conforme veremos no tópico seguinte.

4 A TRISTEZA E SUAS COMORBIDADES

É bem certo que sentimentos de tristeza e alegria colore o fundo afetivo de uma vida psíquica normal, e que a tristeza constitui-se uma resposta humana e universal diante de situações desagradáveis como a perda, a derrota e outros desapontamentos e adversidades. Porém nos concentraremos aqui na tristeza como psicopatologia denominada de depressão, com todos os seus sintomas descritos na literatura que envolvem basicamente humor depressivo com sensações de tristeza, auto-desvalorização, sentimento de culpa, distorções cognitivas onde qualquer dificuldade é vista como um obstáculo intransponível, superestimação das perdas, incapacidade de experimentar prazer, fadiga, alterações no sono no apetite e comportamentos suicidas.

Segundo o Dicionário de Psicologia Rudinesco “a melancolia é definida como uma forma de loucura, caracterizada pelo humor sombrio, isto é, por uma tristeza profunda, em estado depressivo capaz de conduzir ao suicídio (...) a expressão mais incandescente de uma rebeldia do pensamento e a manifestação mais extrema de um desejo de auto-aniquilamento ligado a perda de um ideal”. (RUDINESCO, 1998, p. 505, 506).

De forma que mesmo pessoas consideradas “fortes” chegam num determinado ponto que são vencidas pelo esgotamento, tanto físico como afetivo, surgindo aqui paralelamente questões psíquicas até então adormecidas que somadas aos outros fatores produzem grande sofrimento e quadro de ansiedade patológica e depressão.

4.1 A PSICOSSOMATIZAÇÃO

Tendo em mente tais considerações percebemos aqui quão devastador pode ser emoções negativas, e neste sentido percebe-se um desgaste psicossomático proporcionado pelo esforço em dissimular emoções que acabam eclodindo em outro lugar do organismo. Acredita-se hoje que transtornos psicossomáticos ou psicofisiológicos podem acarretar numa série de sintomas que levam a enfermidades. O verbete “psicossomática” no Dicionário de Psicanálise de Roudinesco (1998) refere-se à origem e à paternidade da medicina psicossomática. “Nascida com Hipócrates, a medicina psicossomática concerne simultaneamente ao corpo e ao espírito e, mais especificamente, à relação direta entre soma e psiquê. Descreve a maneira como as doenças orgânicas são provocadas por conflitos psíquicos, em geral inconscientes” (p. 624). De fato, se levarmos em conta que somos uma soma de alma e corpo, como podemos traçar um corte tão perfeito entre a alma e o corpo de forma que alma seja só alma e corpo seja só corpo? Como definir, portanto quando é a alma ou quando é o corpo que dói.

Segundo Ballone, (2007), embora muitas pessoas tentem dissimular suas emoções negativas, com a esperança de que desaparecerão e até aparentem certa tranquilidade, o que de fato ocorre é que estão desenvolvendo uma alta reatividade fisiológica. Tais pessoas se obrigam a dissimular seus sentimentos em nome das convenções sociais de forma constante, porém continuam experimentando intimamente emoções negativas e corrosivas. Todo este desgaste emocional pode cobrar um preço muito alto, numa ruína psicossomática proporcionada pelo esforço em dissimular emoções, culminando no que no senso comum se diz; “que emoções não manifestadas eclodem em outro lugar do organismo”, ou ainda; “aquilo que eu não digo o meu corpo grita”.

Ballone (2007), explica como se dá este processo. Ocorre uma excessiva ativação das respostas fisiológicas do órgão ou do sistema (por ex: cardiovascular ou respiratório), que acaba por lesionar por trabalhar por muito tempo e em consequência surgem os transtornos psicofisiológicos como problemas digestivos, dores de cabeça e nas costas, arritmias cardíacas e hipertensão arterial, etc.

Ainda Segundo Ballone (2007) outra situação que pode gerar ou agravar doenças físicas é quando o paciente literalmente desiste de viver, na chamada desistência depressiva, e isso contribui para que a doença física o acometa e encontre espaço para o agravamento. Neste caso ocorre aqui o auto abandono, fomentado pela sensação de que não há saída para as situações em que se encontra, sejam problemas familiares, situação econômica, luto ou outras perdas.

Em seu livro “Depressão - Corpo, Mente e Alma”, Teodoro (2010), expõe que pessoas portadoras de diversas enfermidades apresentam sintomas de depressão e que pelo que parece esse fato está ligado a fatores fisiológicos e psicológicos corroborando duas situações interligadas, a de que a presença de algumas doenças parece aumentar o risco de depressão e que efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no combate à doença podem provocar sintomas depressivos. Ainda, outra situação ligada ao campo psicológico indicam que enfermidades mais graves que requerem longo período de tratamento intenso, oferecem algum risco para a vida do paciente e que provocam limitações diante da vida por causa de suas sequelas podem provocar incapacidade, exclusão, impotência, insegurança, sentimentos de baixa auto-estima e total desesperança diante da vida, o que invariavelmente acarretam em depressão. (TEODORO, 2010 p. 62).

E de fato, se verificarmos em que contexto se encontram tais pessoas devido sua enfermidade, percebemos que estão em situação de total vulnerabilidade em todas as esferas; psicológicas, mentais, físicas e sociais, pois é o momento em que a pessoa experimenta sentimento de marginalização da estrutura social que acabam por gerar preconceito e conseqüentemente exclusão social. Entre essas pessoas estão as que sofrem paralisias, amputações, perdas de sentido

como a visão ou audição, as que sofrem de degenerações causadas pela idade avançada e pessoas que perdem formas físicas que trazem comprometimento estético. De fato, “entre as doenças que costumam revelar sintomas depressivos associados ao quadro, estão: câncer, mal de Parkinson, demência, diabetes, problemas hepáticos, distúrbios da tireoide, hipertensão, problemas cardíacos, AIDS, doenças degenerativas e problemas renais”. (TEODORO, 2010 p. 62).

Ballone (2007), argumenta que a prática clínica tem mostrado que parte das manifestações somáticas pode ter relação com uma forma de expressão de defesa que é a culpa. Segundo suas considerações, é com o corpo que o sujeito aprende a se comunicar e a interagir com o mundo a sua volta, é através do corpo que se obtém prazer, portanto é também através do corpo que enfrenta situações estressantes, e muito provavelmente é através dele que se recrimina e se culpa. Ainda segundo o autor é também através do corpo que o sujeito se enreda numa autopunição, instalando-se um processo psicodinâmico de reação e defesa ao estresse interior proporcionado por algum conflito íntimo. “É assim que o sujeito se impõe o sofrimento”.

O mesmo autor ainda relata que muitas vezes são evidentes as condutas mórbidas e auto destruidoras de pacientes, que em alguns casos são descuidados com a saúde e com sua segurança, fumam, abusam na dieta, agravando ainda mais o quadro clínico de doenças como diabetes melito, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, úlceras varicosas. Segundo o autor, tais frequentes deslizes em relação aos cuidados terapêuticos que deveriam tomar, apontam para uma forma inconsciente de perpetuar a doença, como forma de manter o autoflagelo. (BALLONE, 2007).

4.1.1 A psicossomatização do câncer

A partir de 1950 começaram a surgir muitos trabalhos de orientação psicanalítica estudando a estrutura de personalidade dos pacientes com câncer. Também é cada vez maior o número de pesquisadores que reconhecem o papel dos fenômenos psíquicos, psicossociais e socioculturais no desenvolvimento de várias doenças incluindo o câncer. “Essas pesquisas têm apontado cada vez mais para os componentes emocionais e comportamentais associados ao desenvolvimento de doenças malignas”. (Mackay, 1982 apud CARERO, 2001). Segundo as mesmas pesquisas, entre os fatores psicossociais de risco para o surgimento do câncer, estão o estresse, traços de personalidade e hábitos pessoais.

Para dar embasamento a tal analogia é necessário buscarmos dados na literatura que fazem relação direta entre depressão e comorbidades físicas. Neste sentido há algumas reflexões e

pesquisas que correlacionam a oncologia, psicanálise e psicossomática e que se faz relevante serem abordados aqui, pois de fato, a experiência com a doença oncológica pode trazer muitos questionamentos fazendo que o sujeito inicie um processo de volta aos significantes pelos quais fez sua trajetória de vida e acima de tudo traz a real consciência da sua finitude.

Uma nova abordagem clínica do ser humano, a psiconeuroendocrinoimunologia engloba e relaciona alterações físicas e imunológicas vinculadas às emoções e parte do princípio de que a imunidade é a pedra angular no desenvolvimento de qualquer tipo de câncer.

Embora saibamos através de estudos que o câncer pode ser causado por inúmeros fatores que incluem a herança genética, fatores ambientais e fatores psíquicos sociais é importante analisarmos aqui como o funcionamento de nosso sistema imunológico tem ação direta sobre a ocorrência de câncer e como fatores psicossociais podem ter ligação direta com o bom ou mau funcionamento do sistema imunológico.

Segundo Carero, (2001, p. 11-12) nosso sistema imunológico tem o poder de identificar que proteínas pertencem ao organismo e quais as que são elementos estranhos a ele e que precisam ser eliminadas. É como se o sistema imunológico fosse dotado de uma memória bioquímica que o habilita a distinguir algo em torno de 10 milhões de micro-organismos estranhos ao corpo e embora tais elementos do sistema imunológico funcionem autonomamente, mantém uma estreita relação com outros sistemas, podendo ter seu funcionamento influenciado por alterações emocionais. Os linfócitos T, chamadas de "natural killers", têm a função de vigiar a existência de qualquer célula anômala e proporcionar sua pronta destruição, o que é chamado de vigilância imunológica. Se, portanto ocorrerem nessas células uma falsa leitura, podem ocorrer diversas doenças. "Quando reconhecem como anômalas células normais do organismo e, devido a esse falso reconhecimento, procederem a sua destruição, estaremos diante das doenças chamadas autoimunes. Se, pelo contrário, elas não "perceberem" a existência de células realmente anômalas, poderão negligenciar sua tarefa de vigilância imunológica". Carero (2001 p. 11-12). Quando esta falha ocorre, quem aparece é o câncer. Conforme explica

ele (o câncer) deve ser o reflexo de suas relações, sejam relações com o mundo objectual (ambiente), sejam suas relações consigo própria. Muitos autores concordam em afirmar que os pacientes de câncer costumam ter em comum o fato de terem perdido alguma parte de suas relações antes de apresentarem a neoplasia. (...) Desemprego prolongado, depressão e luto são os estressores críticos mais estudados. Todos parecem produzir um rebaixamento da resposta linfocitária, com casos de imunossupressão prolongada (O'Leary, 1990 apud CARERO, 2001 p 12).

Ainda, conforme relata Carero (2001, p. 12) segundo estudos da área da psicossomática as evidências nos levam a pensar que o sistema nervoso central regula a atividade do sistema imunológico já que muitas das funções orgânicas são controladas pelo sistema nervoso central, ou seja “a personalidade” e que, portanto, fatores psicológicos exercem efeitos sobre os processos de controle e podem assim alterar o sistema imunológico, neste sentido há claras evidências de que estados psicológicos como depressão e ansiedade podem alterar o funcionamento da imunidade. Vários trabalhos apontam em direção à possibilidade de que interações psiconeuroimunológicas podem ser um dos mecanismos biológicos que sustentam as correlações entre aspectos psicológicos e o câncer. “De um modo geral, há muito tempo os clínicos estão cientes sobre a influência do trajeto neuroendócrino e da ação do hipotálamo na resposta imunológica do organismo, bem como, e por causa disso, na origem e no curso do câncer”. (CARERO, 2001, p. 13). Pois de fato é no denominado sistema límbico que tem início nossa função avaliadora da situação, dos fatos e eventos de vida e aqui vale ressaltar que vários fatores que precisam ser levados em consideração como; a personalidade prévia, a experiência vivida, as circunstâncias atuais e as normas culturais.

Isso explicaria por que diante de situações semelhantes pessoas diferentes reagem de forma distinta dada a algumas situações vividas, há aqui um processamento interno, uma forma divergente de entender e sentir determinado fato, e o que é estressante para um, pode não ser para outro. Tanto os fatores constitucionais de personalidade, quanto as experiências anteriores de vida representariam o núcleo desse sistema de avaliação. Da mesma forma, também o modo de enfrentar cada situação é peculiar e particular a esse determinado indivíduo, conforme sua história, circunstâncias, aptidões e personalidade.

Em geral cada indivíduo enfrenta de forma particular uma situação estressora, fantasiando, racionalizando, negando, rezando, da mesma forma há aqueles buscam uma forma atípica de enfrentamento que seria deprimir-se, agredir-se, culpar-se ou culpar outros, chorar ou gritar. Alguns podem ainda, isolar-se, comer, beber, arriscar-se, fumar, trabalhar, tudo de uma forma exacerbada e compulsiva que acaba por eclodir no corpo pelo adoecimento e somatização.

Ainda segundo Carero (2001 p. 15) durante uma situação de estresse ocorre o aumento nos níveis dos hormônios corticoesteróides (cortisona) secretados pelas glândulas suprarrenais “e parece que estes níveis acham-se em proporção inversa à eficácia dos mecanismos de adaptação, ou seja, nos casos com mecanismos adaptativos adequados os níveis não são muito elevados mas, no caso de pessoas deprimidas, portanto, com severas dificuldades adaptativas, esses níveis são maiores”.

participa, liberando norepinefrina (noradrenalina). Nas situações estressoras de tensão e ansiedade a liberação medular privilegia a epinefrina (adrenalina). (...) As catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) afetam as reações imunológicas, seja por reação fisiológica, como por exemplo a contração do baço, seja por estímulo celular através de receptores específicos (adrenérgicos) na membrana celular. O certo é que o aumento das catecolaminas inibe as respostas de anticorpos. (CARERO, 2001 p. 15)

Conforme o exposto observa-se interações entre os fenômenos psicossociais e o sistema imunológico, e que corroboram para importantíssimas patologias como, por exemplo, as doenças autoimunes (autoagressão), infecciosas, neoplásicas e são centenas de experimentos que atestam a expressiva influência das emoções no Sistema Imunológico.

Ainda segundo Carero (2001), o desamparo é considerado por alguns autores como um dos elementos que podem influenciar o desenvolvimento do câncer. Neste sentido “já foram publicados trabalhos onde se estabelecem relações entre sentimentos de perda, vergonha e desesperança ao surgimento de linfomas, leucemia e outros tipos de câncer”.

Temoshok (citado por Cox T e Mackay C) sugere que dois grupos principais de fatores possam estar relacionados a um risco aumentado do câncer: primeiramente, a perda de uma relação importante (frequentemente pai, mãe, filho ou cônjuge) e, em segundo, uma grande inabilidade em expressar sentimentos (hostis, irritáveis, etc.) ou uma liberação inadequada da emoção. Entre esses sentimentos de perda de relações, o luto parece desempenhar papel preponderante. Os diversos mecanismos psicofisiológicos que relacionam as emoções com o início do câncer adquirem força quando se considera o papel do sistema nervoso central na regulação do sistema imunológico. (CARERO, 2001 p. 24).

4.1.2 A psicossomatização em doença cardiovascular

Como já vimos, transtornos psicossomáticos ou psicofisiológicos podem acarretar numa série de sintomas que levam a enfermidades, e entre essas uma das mais comum e impactante são as doenças relacionadas ao coração, inúmeras pesquisas clínicas e experimentais têm relacionado o estresse e depressão com a doença coronariana.

O coração ocupa no imaginário a representação de todas as motivações humanas, sendo assim considerado a fonte da vida e de todas as aspirações. Utiliza-se do próprio coração para fazer referencia a si mesmo. De fato, a identidade do coração está fortemente ligada a ideia de emoção, como se houvesse uma divisão coração como símbolo da emoção e cérebro como símbolo da razão. Portanto dentro de tal expressão simbólica, se a fonte da vida adoece passa-se a sentir medo da morte. Segundo Ballone (2007), a depressão é um forte agravante para a mortalidade no infarto do miocárdio, e salienta que pacientes que desenvolveram depressão clínica num período de 18 meses após este tipo de infarto tiveram o risco de mortalidade elevado de forma significativa.

Ballone ainda salienta que, a prática médica tem mostrado que adversidades na vida cotidiana como perda do emprego ou do prestígio, conflitos conjugais, insatisfação profissional morte ou doença de familiares está diretamente relacionado ao infarto do miocárdio ou crises coronarianas. Aqui vale a ressalva que a personalidade é também determinante neste quadro, pois se aplica a determinado grupo de pessoas mais suscetíveis a estresse por uma atitude mais pessimista diante da vida. Nesses casos, acompanham sentimento de desesperança, culpa, desilusão e derrota.

Partindo desta premissa, Ballone (2007) menciona a depressão como sendo com um dos fatores desencadeadores para doenças coronárias, da mesma forma que tem mostrado ser um fator de risco para um prognóstico ruim em pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio. Ballone e colaboradores (2007), salientam que 66% dos pacientes com infarto do miocárdio sofreram algum transtorno emocional, sendo principalmente a depressão ou ansiedade, e que os danos das emoções sobre o coração acontecem por meio das arritmias, da hipertensão, doenças coronárias e infarto do miocárdio, sendo a depressão o principal fator de aumento de risco de morte no ano que seguiu ao infarto.

Em um estudo de observação durante 54 meses que inclui 2.900 participantes com idade entre 55 e 85 anos, observou-se que entre os pacientes sem doença coronária no início do estudo, a morte por esta causa foi maior entre aqueles que sofriam de depressão maior. Entre aqueles que já tinham doença cardíaca diagnosticada, as mortes se triplicaram entre os depressivos. O estudo mostra que as pessoas portadoras de depressão maior (ou grave, pelo CID, 10) são mais propensas a morrer em consequência de uma doença cardíaca que as pessoas não depressivas. A prevalência maior no estudo foi de 2% e de 13% por cento de pacientes que sofriam depressão maior. (BALLONE, 2007).

Ainda segundo Ballone (2007), em outro estudo (WULSON, 2000) fez comparações entre pacientes com histórico de depressão com pacientes sem tal histórico. Ao avaliar os riscos para o desenvolvimento de doenças coronarianas nos depressivos contra os pacientes que não tinham depressão, concluiu que o risco para que os depressivos desenvolvessem coronariopatia é comparável ao risco associado com a obesidade e um pouco mais baixo do que o risco associado ao hábito de fumar.

E assim como no caso do câncer há também uma explicação psicofísica para o desencadeamento de problemas cardiovasculares. É no sistema límbico (a sede das emoções), onde se incluem o hipotálamo, que coordena as diversas funções neurovegetativas, inclusive as cardiovasculares e implicam na regulação do sistema nervoso autônomo simpático e do sistema nervoso autônomo parassimpático. Portanto, de forma simples podemos afirmar que compete

ao hipotálamo, no sistema límbico, atuar sobre os diversos órgãos internos e estruturas orgânicas, estimulando-as ou inibindo-as através do sistema nervoso autônomo. Assim sendo, nas situações de estresse e ansiedade o organismo reage liberando catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e corticóides, seja por ação direta do sistema simpático, o qual coloca o organismo em estado de alerta, seja por ação indireta do sistema nervoso autônomo sobre as glândulas suprarrenais. Essas catecolaminas e os corticóides aumentados no estresse produzem uma vasta série de alterações no organismo (abaixo). Tais alterações podem ser alistadas conforme postula Ballone (2007):

- * elevação da frequência cardíaca
- * elevação da pressão arterial
- * aumento do débito cardíaco
- * aumento do consumo de oxigênio
- * aumento da excitabilidade cardíaca
- * entrada de sódio e saída de potássio e magnésio das células
- * lesão endotelial
- * aumento da adesividade plaquetária
- * vasoconstrição periférica
- * retenção de sódio e água
- * hemoconcentração
- * aumento da coagulação sanguínea
- * aumento da glicose e do ácido lático
- * aumento dos ácidos graxos e do colesterol

Estudos epidemiológicos mais rigorosos prosseguem no sentido de determinar o grau de risco que a depressão acrescenta no desenvolvimento de coronariopatias para determinar com maior precisão os mecanismos precisos através da qual a depressão aumenta a mortalidade entre pacientes que sofrem ataque do coração. Conforme Ballone, (2007), suspeita-se que a depressão diminua a aderência ao tratamento, mas falaremos sobre isso mais adiante. Outra possibilidade é que a depressão contribua para piora do quadro através de mecanismos biológicos, “tais como a adesividade crescente das plaquetas, tornando os pacientes mais vulneráveis ao desenvolvimento de oclusão arterial e novo Infarto do Miocárdio subsequente (Wayne Katon) ou ainda, influência do sistema nervoso autônomo sobre a contratatura da musculatura lisa das artérias coronárias”. (BALLONE, 2007).

relação parece multifatorial (fatores psicossociais e biológicos). Apesar de o maior poder estatístico dos estudos prospectivos, a maioria da evidência fisiopatológica provem de estudos transversais. (SANTARENO, 2010 p.11).

De todos esses estudos podemos concluir conforme atesta Santareno, (2010), que há um aumento na morbimortalidade cardiovascular em doentes com sintomas depressivos, o que sugere que mais que uma mera resposta emocional a depressão é também um fator de risco cardiovascular.

O luto ou separação foram particularmente relevantes para a morte súbita por DCV (doenças cardio vasculares), Verificou-se um aumento de 40% na taxa de mortalidade nos 6 meses pos-luto em viúvas de meia idade (mais da metade por causa cardiovascular). Desconhece-se por mudanças do estilo de vida durante o período de luto, se pelo stress em si. (SANTARENO, 2010, p. 45,46)

4.1.3 A psicossomatização em doenças infecciosas

Talvez entre as patologias mais diretamente ligadas à psicossomatização estejam as doenças infecciosas. Trata-se de uma relação estreita entre estresse, doenças infecciosas e fatores psicológicos. A psiconeuroimunologia tem trazido estudos sobre este tema mostrando que uma das mais importantes funções do equilíbrio do organismo é protegê-lo das agressões infecciosas e proporcionar resistência às infecções, impedindo a multiplicação de agentes infecciosos, para isso utiliza-se das barreiras naturais da pele, cílios e pela presença de ácidos que inibem a proliferação de germes.

Neste sentido os anticorpos desempenham uma papel crucial pois facilitam a atração, a aderência e a fagocitose dos germes invasores pelas células brancas e macrófagos e neutralizando partículas virais. Dessa forma ocorre a destruição das células infectadas por vírus ou outros parasitas pelas células chamadas linfócitos T. No entanto o estresse pode modificar o bom desempenho desses agentes protetores permitindo a multiplicação e passagem de microorganismos nocivos. Ballone (2007), cita como exemplo o que se observou em pacientes com tuberculose, as relações entre melhoras e pioras dos pacientes e seus problemas emocionais. Estudos datados de 1919, de Ishigami, revelam a diminuição da atividade fagocitária das células imunológicas durante episódios de excitação emocional, atribuindo-os ao estresse da vida.

4.2 DESISTÊNCIA DE SI MESMO E O SUBDIAGNÓSTICO DA TRISTEZA MORTAL

Há ainda outro tipo de situação capaz de gerar ou agravar doenças físicas, é quando não se quer mais viver e o sujeito entra num estado de total abandono de si mesmo, o que também é uma característica do estado de espírito de tristeza intensa ou depressão. Esse quadro psicológico contribui para a permissão da entrada da doença física. É como um suicídio lento (um banzo), onde o paciente se desinteressa pela cura de sua doença a tal ponto que a resposta terapêutica é em vão. Conforme explica Ballone (2007), o paciente dota uma postura autodestrutiva, aliado a isso estão seus complexos, conflitos e experiências vividas não totalmente elaboradas, sendo comum em muitos casos a associação dos complexos de culpa.

A presença da depressão tem sido responsável pela piora do quadro clínico de vários pacientes. Conforme Cooper e Unützer (et al., 2002; apud TENG, 2005, p.150) “estudos recentes descrevem maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas”, e isso não tem só a ver com a piora do quadro em si, mas também tem a ver com o fato de que pacientes com depressão e ansiedade tem maior risco de não aderirem ao tratamento clínico. “Segundo Di Matteo et col. (66), a depressão aumenta para o dobro o risco de não adesão terapêutica”.(SATARENO, 2010 p.16)

Também, conforme pontua Teng (2005, p.153), embora não se tenha evidências concretas de que depressão provoque câncer, “a relação entre queda da sobrevida e presença de depressão é nítida”, pois os deprimidos aderem menos ao tratamento propostos piorando o quadro, o que vem a agravar um ciclo vicioso de desesperança que pode culminar em suicídio, além disso, o sistema imunológico comprometido pela depressão que elevam os hormônios do estresse podem também reduzir a sobrevida.

Tal constatação sugere que o tratamento eficaz da depressão é essencial no paciente clínico, já que a depressão aumenta o risco do agravamento de várias patologias, como é o caso da doença coronariana e do câncer. Mas infelizmente na maioria das vezes tanto o diagnóstico como o tratamento são negligenciados pela equipe médica. É o que Ballone (2007), argumenta quando cita o desinteresse da clínica para com a questão emocional e cita Fulop (2000), que avaliou a presença de depressão entre pacientes idosos com insuficiência cardíaca congestiva, e observou que 21,7% desses pacientes tinham depressão, porém receberam alta hospitalar do serviço de cardiologia sem que se desse a devida valorização ou tratamento de tais quadros depressivos, não sendo nem se quer diagnosticado corretamente tal quadro depressivo em nenhum dos casos até um período de 7 meses depois da alta hospitalar. Embora os estudos mostrem que até mesmo os medicamentos inibidores seletivos do recaptção da serotonina (ISRS) são bastante seguros e eficazes em pacientes com doença de coração.

Tais reações emocionais do paciente diante do adoecer devem servir de alerta e devem ser muito bem avaliadas e valorizadas pelo médico despertando o interesse do médico clínico para com o diagnóstico e o tratamento dos transtornos depressivos. Porém na prática o que se observa é que, isso frequentemente tem sido ignorado. Conforme pontua Ballone (2007), o enfoque do estudo e o entendimento da doença é sempre em nível anatômico, clínico e sintomatológico. O desejável é que o clínico se concentrasse no entendimento do sujeito como um todo, e compreendesse a pessoa que sofre por trás da doença.

Aqui cabe ressaltar a necessidade de um modelo médico que estudasse a causa ou o progresso de doenças utilizando-se de fatores biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, um modelo biopsicossocial, que diferentemente do modelo biomédico requer uma equipe que procurasse compreender como a causa da doença decorre no funcionamento do corpo do indivíduo, que procurasse potenciais causas psicológicas para um problema de saúde, como perturbações emocionais e pensamentos negativos, e finalmente que investigasse como os diferentes fatores e relações sociais podem influenciar na saúde.

De fato, muitas vezes a depressão no paciente clínico, não é identificada e tratada, e pacientes não são encaminhados para avaliação e tratamentos psicológicos ou psiquiátricos. Tal conduta tem permitido que o paciente fique ainda mais vulnerável a complicações físicas que poderão levá-lo a morte Conforme Furlanetto (2006), há de se ter uma atenção mais apurada também na história pessoal e familiar do paciente, pois “pacientes com história prévia de depressão, indecisão, insônia, baixa auto-estima, desesperança ou anedonia morriam significativamente mais durante a internação, independentemente da gravidade física inicial” (FURLANETTO et al., 2000; VON AMMON CAVANAUGH et al., 2001, p.9).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se analisarmos o quanto o sofrimento psíquico pode ser devastador ao ponto de provocar em nosso corpo uma variedade de patologias que podem levar a morte, é possível afirmarmos que a depressão poderá matar? Como se fosse um veneno mortífero que intoxicaria nosso corpo ou uma bactéria mortal? Não está a depressão no corpo do sujeito que sofre? Aliás, na parte mais nobre do corpo, no cérebro, no sistema límbico, o centro das emoções que tem função e influencia sobre todo nosso corpo como se fosse um maestro de uma sinfonia. Seria possível então afirmarmos que a tristeza que acomete o sujeito é reflexo de uma auto sabotagem onde ele se rende a uma

SOUZA, Marlene Rosa de. HENNING, Francieli. **Um breve olhar sobre a melancolia e sua complexa relação com o morrer.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.11, n.2, p.31-52, TRI II 2017. ISSN 1980-7031

autopunição? Onde quanto mais severo o seu próprio julgamento sobre si mesmo, mais alta a punição podendo chegar à pena máxima, ou seja, a morte.

Em seus estudos psicanalíticos da histeria, Freud percebeu que ao contrário do que a medicina da época ensinava, o corpo é portador de um saber, e dessa forma podemos pensar que a lógica do seu funcionamento vai além de uma estrutura puramente orgânica, já que sua estrutura também é simbólica. Abre-se aqui um abismo entre o modo como a psicologia e a medicina tratam do assunto e de como direcionam seu olhar sobre o corpo e as patologias. Mas num olhar mais atento podemos ver que somos feitos de corpo e alma, de psique e soma, portanto como tratar a alma sem tratar o corpo, e como tratar o corpo sem tratar a alma? Aqui se faz necessário pensarmos numa medicina mais psicologizada e numa psicologia mais médica diminuindo o abismo entre as duas áreas.

Desse modo, é interessante propor aqui um diálogo entre essas diferentes abordagens, medicina e psicologia e também de reconhecer o sujeito que sofre no corpo e no espírito como alguém capaz de se responsabilizar não só pela sua doença, mas também pela sua cura. Cabe aqui também um olhar mais atento da psicologia com a psicossomática, analisando a fala do paciente e encontrando marcas e significantes que possam explicar causas e origens da formação da doença.

A medicina possui estratégias como instrumentos cada vez mais precisos na condução de diagnósticos das patologias orgânicas, as doenças estão nos livros, nos protocolos, nas laminas dos microscópios e cada vez mais se descobrem avanços, e é possível que se detecte por meio de instrumentos qual a origem da dor quando ela dói no corpo, mas quando a dor é na alma? Como buscamos sua origem e compreensão? Podemos tentar nos enganar e concluir que tal dor não existe já que não pode ser sondada e investigada com algum instrumento e que, portanto, não precisa ser tratada, dessa forma corremos o risco de presumir erroneamente que deva ser menos nociva e menos mortal do que a dor no corpo.

6 REFERÊNCIAS

BALLONE, Geraldo José; ORTOLANI, Ida Vani; PEREIRA Neto, Eurico. **Da Emoção à Lesão: Um Guia de Medicina Psicossomática** – 2ª Edição - Impresso 2007. Edição: 2Ano: 2007. País de Produção: BRASIL

<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=41> Acessado em 21/10/2016.

CARERO Ângela; ARRUDA, Margarete Rocha Maria de Lourdes Barbosa; GADELHA, Maria Emilia Cardoso. **Câncer e Psicossomática** - Seminário apresentado no Curso de Especialização em Psicossomática – Turma 182 Orientado pelo Prof. Anderson Zenidarcy. São Paulo. Dezembro 2001

- SOUZA, Marlene Rosa de. HENNING, Francieli. **Um breve olhar sobre a melancolia e sua complexa relação com o morrer.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.11, n.2, p.31-52, TRI II 2017. ISSN 1980-7031
- FREUD, Sigmund. **Psicologia das Massas.** (1921) Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago.
- FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia.** (1915) Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago. 1923.
- FURLANETTO, Letícia Maria; BRASIL, Marco Antonio. **Diagnosticando e Tratando Depressão no Paciente com Doença Clínica.** Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal de Santa Catarina. 2006.
- MELO, Hediany de Andrade. **Melancolia na Contemporaneidade: A Dor de Existir?.** Campina Grande, 2011.
- MENDES, Elzilaine Domingues. **Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2014, Vol. 30 n. 4, pp. 423-431 Brasília
- MOHR, Allan Martins. **Psicanálise, Depressão e a Segunda Morte às Margens do Nilo.** Rev. SBPH vol.16 no.2 Rio de Janeiro dez. 2013
- ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **Escravidão e Nostalgia no Brasil: o Banzo.** Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo Dec. 2008
- OLIVEIRA, Flávia Lana Garcia. **“A Única Solução Para Mim é a Morte”:** A Escuta Psicanalítica Em Um Caso de Tentativa de Suicídio. 2012.
- PINHO, Álvaro Rubim. **Aspectos Históricos da Psiquiatria Folclórica no Brasil.** Trabalho apresentado á Academia de Medicina da Bahia. 1982
- ROUDINESCO, Elisabeth. PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Ed. Jorge Zahar. 1998.
- SANTARENO, Sofia Martinho de Oliveira. **A Complexa Relação entre depressão e doença Cardiovascular: Evidencia que Suporta a Relação Fisiopatológica.** 2010
- STUBBE, Chirly dos Santos. **Banzo - Uma Nostalgia Afro-brasileira.** Journal of African Psychology, South of Sahara, the Caribbean and Afro-Latinamerica, Enugu, vol.1. N°2, p.8-14. 1989
- TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. – **Depressão e Comorbidades Clínicas.** São Paulo – Ver. Psiq. Clin. 32 (3); 149-159, 2005.
- TEODORO, Wagner Luiz Garcia. **Depressão - Corpo Mente e Alma.** 3ª Edição. Uberlandia MG. 2010.