

**CAPACITAR NH**

**PATRICIA MARQUES DE ANDRADE**

**DEPRESSÃO: ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DA DOENÇA NA VISÃO  
PSICANALÍTICA**

DEPRESSION: NEUROPSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DISEASE IN PSYCHOANALYTIC VISION

MANAUS – 2017

**PATRICIA MARQUES DE ANDRADE**

**DEPRESSÃO: ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DA DOENÇA NA VISÃO  
PSICANALITICA**

DEPRESSION: NEUROPSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DISEASE IN PSYCHOANALYTIC VISION

Trabalho apresentado para obtenção do grau de  
especialista em Neuropsicologia (Capacitar NH).  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Rosemeire Simões Chaves

MANAUS - 2017

## DEPRESSÃO: ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DA DOENÇA NA VISÃO PSICANALÍTICA

Patrícia Marques de Andrade<sup>1</sup>  
Rosemeire Simões Chaves<sup>2</sup>

### RESUMO

A depressão vem sendo considerada a 'doença do século'. Destaca-se que os casos de indivíduos acometidos de tal doença vêm aumentando a cada ano, atingindo pessoas em todos aspectos e contextos culturais. Alguns estudos estão em curso, visando elucidar como ocorre a depressão, levando-se em conta os aspectos psicológicos e neuropsicológicos da doença. O artigo apresenta um estudo acerca da depressão: aspectos neuropsicológicos da doença na visão psicanalítica. Este trabalho visou identificar a depressão por meio do suporte da neuropsicologia e do viés psicanalítico. Para objetivar o artigo descreveremos, ressaltando as instruções e recomendações do diagnóstico: a) Descrever as principais alterações cognitivas decorrentes na depressão; b) Ressaltar a importância da avaliação neuropsicológica para diagnosticar a depressão; c) Recomendar o diagnóstico e tratamento para a depressão sob o viés da psicanálise. Para atingir os objetivos propostos, utilizou-se de pesquisa bibliográfica. Uma análise mais conclusiva dos resultados revela que os estudos dos aspectos neuropsicológicos dos transtornos mentais e, no caso específico desta revisão, da depressão, são de grande importância na medida em que permitem a aproximação do campo das neurociências ao da psicanálise.

Palavra-chave: Sistema Neuronal; Epistemologia da Loucura, Psicanálise e Depressão; Neuropsicologia; Sociedade contemporânea.

### ABSTRACT

Depression has been considered the 'disease of the century'. It is noteworthy that the cases of individuals afflicted with such a disease have been increasing every year, reaching people in all aspects and cultural contexts. Some studies are underway to elucidate how depression occurs, taking into account the psychological and neuropsychological aspects of the disease. The article presents a study about depression: neuropsychological aspects of the disease in the psychoanalytic view. This work aimed to identify depression through the support of neuropsychology and psychoanalytic bias. In order to objectify the article, we will describe, highlighting and making the diagnosis instructions and recommendations: a) Describe the main cognitive changes that result in depression; B) To emphasize the importance of neuropsychological evaluation to diagnose depression; C) Recommend the diagnosis and treatment for depression under the bias of psychoanalysis. To reach the proposed objectives, bibliographic research was used. A more conclusive analysis of the results reveals that the studies of the neuropsychological aspects of mental disorders and, in the specific case of this review, of depression are of great importance in that they allow the neuroscience field to approach the one of psychoanalysis.

Keywords: Neural System; Epistemology of Madness, Psychoanalysis and Depression; Neuropsychology; Contemporary society.

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Pós graduanda em Neuropsicologia.

<sup>2</sup> Psicóloga, especialista em Neuropsicologia, Mestranda em Psicanálise Clínica -UIISP/S.P

## 1. INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos afetivos que mais acometem pessoas e que estão tomando proporções grandiosas na atualidade, temos a depressão. Esse distúrbio mental afetivo vem sendo considerado o ‘mal do século’. Doença que se estabelece aos poucos e de forma não perceptível, sendo associada a uma simples tristeza despercebida por anos e que repentinamente, modifica e atrapalha a rotina da pessoa.

Pensando nas possíveis formas de entender a depressão, o presente artigo, justifica-se pela necessidade da realização de um estudo mais aprofundado acerca da depressão na atualidade, sob o enfoque da neuropsicologia e psicanálise.

Desta forma, é importante reconhecer o perfil cognitivo tanto quantitativo quanto qualitativo da depressão e tentar traçar a partir daí a sua neuroanatomia funcional e reconhecer seus subtipos (unipolar, bipolar, primária ou secundária).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o referencial teórico existente de depressão. A pesquisa utilizada para o levantamento de material para a construção, onde serão examinados livros, artigos publicados em bases de dados (SciELO, Pepsico), bem como, outros subsídios encontrados em livros ou revistas que discutem o tema.

Abordando desta forma o desenvolvimento para o contexto deste artigo, propondo um entendimento acerca da depressão na perspectiva neuropsicológica e na visão psicanalítica.

O estudo investigará se a depressão pode ser detectada através de testes oriundos da Neuropsicologia, se poderá ser tratada de forma preventiva. Gerando assim, um entendimento mais abrangente vinculando a revisão da doença por um viés analítico.

Descreveremos as principais alterações cognitivas decorrentes na depressão e ressaltaremos a importância da avaliação neuropsicológica para diagnosticar a depressão.

O artigo apresenta seções específicas, para que o leitor possa ter um entendimento acerca do assunto. Sendo assim, o artigo traz as seções: 1- As influências do sistema neuronal na depressão; 2- Fundamentos epistemológicos da loucura; 3- A visão psicanalítica diante da pessoa com depressão; 4 - Depressão e sociedade contemporânea; 5- A depressão e seus aspectos neuropsicológicos; 6 - Neuropsicanálise na compreensão da mente e da dor.

Acredita-se que o trabalho é relevante para conhecimento e interesse em estudos futuros nas áreas da Psicologia, Neuropsicologia e Psicanálise, tendo em vista que novas abordagens possam investigar com mais profundidade acerca de suas problemáticas.

## 2. AS INFLUÊNCIAS DO SISTEMA NEURONAL NA DEPRESSÃO

Existem evidências que sugerem a presença de déficits neuropsicológicos acompanhando o Episódio Depressivo Maior (LAKS et al, 1999). Observa-se que esses déficits se apresentam de forma ampla e tendem a incluir anormalidades envolvendo a sustentação da atenção, função executiva, velocidade psicomotora, raciocínio não verbal e novas aprendizagens. Contudo, a disfunção neurocomportamental associada ao Transtorno Depressivo Maior parece depender de diferenças individuais, com somente alguns indivíduos deprimidos demonstrando comprometimento.

Na avaliação neuropsicológica de pacientes deprimidos, os domínios cognitivos mais comumente afetados são: evocação após intervalo de tempo, aquisição da memória, atenção, concentração, flexibilidade cognitiva e abstração (ZAKZANIS et al, 1999). Entretanto, é importante ressaltar que nem todos os pacientes deprimidos apresentam estes déficits. Estudos demonstraram que tais déficits de memória associados à depressão são similares aos de pacientes com disfunção subcortical (por exemplo, doença de Huntington) (LAKS et al, 1999). Bieliauskas (1993) apud Porto et al (2002) demonstrou que “os déficits de memória estão diretamente relacionados à depressão em idosos, principalmente em pacientes com história crônica e recorrente de episódios de depressão”.

No mesmo contexto, Basso e Bornstein (1999) apud Porto et al (2002) , demonstraram que “os pacientes com Transtorno Depressivo Maior com episódios recorrentes apresentam maior probabilidade de ter déficits cognitivos do que aqueles que apresentam episódio único”.

A atenção é uma das principais funções da cognição estudadas nos processos depressivos, talvez pela facilidade com que é avaliada sua alteração que pode ser observada mesmo ao exame clínico superficial. Outro fator fundamental para o desempenho do paciente com depressão é o seu nível de motivação, fator psicológico que interfere sobremaneira no funcionamento cognitivo e comportamental desses indivíduos (LAKS et al, 1999).

Os estudos neuropsicológicos associados à neuroimagem trouxeram consideráveis avanços para o entendimento dos correlatos neuroanatomofuncionais dos transtornos psiquiátricos. Distinguem-se três tipos de exames, de acordo com seus objetivos: a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) avaliam alterações estruturais do cérebro; a ressonância magnética funcional (RMf), a tomografia por emissão de pósitron (PET) e a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) geram imagens que descrevem o estado funcional e metabólico do cérebro como um todo e de determinadas regiões,

permitindo a investigação sem a utilização de métodos invasivos (WEIGHT & BIGLER, 1998).

### 3. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DA LOUCURA

A loucura enquanto fenômeno psicossocial acompanha o homem em sua trajetória histórica. Em quase todas as sociedades há indícios de pessoas que perderam o controle de suas emoções e alteraram o seu comportamento a ponto de causar estranheza em seus semelhantes. A loucura é um fenômeno tipicamente humano, pois é somente quando afetado em seu devir que o sujeito põe em questão seu ser, constituindo a psicopatologia. Nos animais pode haver alteração de comportamento, de hábitos, mas não psicopatologia, pois o animal não põe em questão seu ser, não havendo, portanto, aquilo que caracteriza os transtornos psicológicos no homem: o arrependimento, a culpa, o inconformismo, o ódio, o vazio, enfim, o sofrimento psíquico (FOULCAULT, 1991).

No entanto, cada época histórica vai tratar deste fenômeno de um modo característico, marcado pelo horizonte racional, cultural, social, político predominante no momento. Desta forma, a loucura na Idade Média era possessão demoníaca e na modernidade, época do Racionalismo, passa a ser a perda da razão. Em tempos de cuidados médicos torna-se psicopatologia, concebida enquanto doença mental (LEONE, 2000).

Na concepção de Foucault, (1991, p. 35),

Enfim, são essas descobertas extremas, e apenas elas, que nos permitem, atualmente, considerar que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigos a essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir.

A loucura, cuja voz a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força (FOUCAULT, 1991, p. 52).

Entende-se que as concepções acerca da loucura se ampliaram e ocorreram avanços muito significativos no que concerne a tentar explicar essa psicopatologia, diferenciando-a da depressão.

#### 4. A VISÃO PSICANALÍTICA DIANTE DA PESSOA COM DEPRESSÃO

A experiência comum do estado deprimido poderia caber numa única sensação: aquela, quase física, de aniquilamento (FÉDIDA, 2009, p. 9). Sendo assim, a depressão é concebida como uma doença que vai aos poucos enfraquecendo seu portador.

Para Freud (1926 [1925], p. 94) apud Siqueira (2007):

A depressão é uma inibição generalizada, ou seja, “limitações das funções do eu, fugas – por precaução ou por empobrecimento de energia”. Podemos, portanto, associar a depressão à inibição, já que tanto a depressão quanto a inibição são gerados pelo eu – reações do eu.

Fédida (2009, p. 33), ressalta que:

As metáforas produzidas para se imaginar a depressão inevitavelmente remetem ao frio, ao silêncio gelado, ao desaparecimento aparente de qualquer vida. E embora frequentemente faltem metáforas na queixa depressiva, devido a uma espécie de exaustão da linguagem, não é raro escutar pacientes deprimidos descreverem uma solidão absoluta [...].

“Consigo escutar melhor o depressivo, o estado depressivo invade a totalidade da pessoa, seu pensamento, sua vontade, seus sentimentos e sua personalidade é esta a estrutura da síndrome de depressão” (GELLMAN, 1987, p. 11).

A depressão, portanto, é um estado duradouro que persiste por várias semanas até por vários meses, humor triste não é depressão. A depressão é uma afecção do eu, pode ser um conflito entre os desejos profundos do indivíduo e a realidade, ou ainda entre eles e o superego, por via da realidade como infortúnio cotidiano, ou como um equívoco do destino ou um fracasso que ele a si mesmo não perdoa. Sua depressão nascerá de uma apreciação negativa da realidade, ele precisa compreender o que é representativo e significativo para a pessoa adoecida.

O indivíduo começa a vomitar a própria vida, a eliminar todas as nossas escórias afetivas. A depressão é a reação do EU, seu mundo vazio e sem interesse. É um estado agudo (tem cura) é uma doença cíclica (GELLMAN, 1987, p. 20).

Paulo (2005), inclui como parte do tratamento ideal a psicoterapia, enfocando abordagens psicossociais, psicoterapia psicanalítica breve ou de enfoque cognitivo.

O medicamento não curará as causas da depressão e quanto mais os sintomas forem vistos como sinais de desvio ou de comportamento inadequado, mais o sofredor sentirá o peso da norma, do que se espera que ele seja.

## **5. VISÃO DA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA ACERCA DA DOENÇA**

A depressão vem sendo considerada uma doença, pois está acometendo cada vez mais acelerada, pessoas numa proporção recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS 2000), a depressão afeta cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo; 5% da população sofre de depressão e 10 a 25% da população mundial poderá apresentar um episódio depressivo em algum momento da vida.

Conforme as pesquisas em curso, a depressão é um dos problemas atuais mais comuns encontrados pelos profissionais de saúde mental. Parece provável que nenhum fator isolado possa explicar a ocorrência da depressão, mas sim que esta seja o resultado de uma interação entre vários fatores diferentes. Seu início e evolução estão ligados a um grande número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas. Estas incluem histórico familiar de depressão ou alcoolismo, perda ou negligência precoce dos pais, eventos negativos e recentes da vida, cônjuge crítico e hostil, ausência de relacionamento de confiança, falta de apoio social adequado e uma longa história de baixa autoestima (BECK et al, 1997).

A depressão tem algumas características que muitas vezes passam despercebidas, não somente por quem sofre da doença, mas também por familiares e amigos, podendo ser confundida com tristeza. Ficar atento aos seus sintomas é importante – pois possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento mais eficaz, de acordo com a recomendação dos médicos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS,2000), a depressão atinge 121 milhões de pessoas ao redor do mundo e está entre as principais causas que contribuem para incapacitar um indivíduo. Prevê ainda que até o ano de 2020 a depressão passe a ser a segunda maior causa de incapacidade e perda de qualidade de vida.

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose (ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, 2011).



A Organização Mundial de Saúde, OMS (1996), ocupa-se atualmente, com a *American Psychiatric Association*, (APA) (1994), para padronizar uma nomenclatura que inclua os recentes avanços e descobertas no conhecimento, e diagnóstico da psicopatologia que é a depressão (PAULO, 2005).

No entendimento de Paulo (2005), a depressão “é uma desordem que impõe severas limitações ao ser humano” e afirmou que, “com exceção das disfunções coronarianas, a depressão é mais incapacitante, pois reduz a produtividade, ocasiona ausências no trabalho”.

Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas possuem elementos mais complexos (DEL PINO, 2003 apud DALGALARRONDO, 2008, p. 307).

O conceito de depressão é muito amplo e se estende da psiquiatria à psicanálise. As definições de depressão que se encontram nos trabalhos de psiquiatria normalmente se baseiam no DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e no CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

O DSM-V e o CID-10 (2014) descrevem os principais sintomas de depressão como:

Rebaixamento do humor ou humor depressivo a maior parte do dia; redução da energia e da atividade; diminuição do interesse ou prazer nas atividades (anedonia); rebaixamento da capacidade de concentração; fadiga acentuada, mesmo após um mínimo esforço; significativa perda ou ganho de peso; insônia ou hipersonia quase todos os dias, ou despertar matinal precoce; agitação ou retardo psicomotor; redução ou perda da libido; diminuição da autoestima e autoconfiança; sentimento de desesperança/sentimento de menos valia ou culpa imprópria; sentimento de indignidade; choro frequente; diminuição da habilidade para pensar e tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte; ideias suicidas ou tentativa de suicídio.

De acordo com Dalgalarrondo (2008, p.307), “do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo”.

Em contrapartida as síndromes e as reações depressivas surgem com muita frequência após perdas significativas (de pessoa muito querida, emprego, moradia ou algo simbólico) (DALGALARRONDO, 2008, p. 309).

A depressão, como outros transtornos mentais, se caracteriza pela presença de uma série de sintomas que podem mudar com o tempo. Organizar os sinais e sintomas segundo suas características comuns é um passo necessário para a compreensão de seu substrato psicopatológico, para a descoberta de sua coesão subjacente e, por fim, de seus mecanismos compartilhados (STEFANIS e STEFANIS, 2005, p.14).

Neste sentido, a pessoa depressiva não consegue reagir frente as situações cotidianas, não mantém um raciocínio lógico, fica alheia ao que se passa ao seu redor.

## 6. A DEPRESSÃO E SEUS ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS

A neuropsicologia pode ser definida como uma ciência aplicada, que visa estudar a repercussão de disfunções cerebrais sobre o comportamento e a cognição (LEZAK, 1983 apud ROZENTHAL et al, 2004), vem atualmente ganhando importante lugar no estudo das desordens psiquiátricas. A partir de testes, ela não só fornece informações quanto ao potencial cognitivo global de um paciente, mas principalmente procura qualificar a natureza funcional dos déficits observados através da análise comparativa e qualitativa dos resultados obtidos, permitindo uma correlação anatomofuncional refinada.

Assim, a neuropsicologia enriquece o diagnóstico clínico e ainda permite correlações com as informações advindas de outros exames complementares, que aferem atividade eletrogênica, metabólica e os de neuroimagem, fazendo uma ponte entre estes e o quadro clínico do paciente (LEZAK et al, 1990 apud ROZENTHAL et al, 2004).

Nesse contexto da depressão, cabe-nos destacar a alteração do sono. Corroborando com a ideia, Dalgalarondo (2008, p. 309) considera que os marcadores biológicos ( não são específicos) , onde ocorre a “inversão cronobiológica (por exemplo, da arquitetura do sono, com diminuição da latência para o primeiro ciclo do sono REM)”.

Rozenthal et al (2004, p. 205) destacam aspectos da neurobiologia da depressão, onde as regiões mais estudadas têm sido as áreas frontais e suas conexões, bem como as áreas temporais.

Ainda sobre esse contexto, Rozenthal et al (2004, p. 206), destacam as alterações nas principais conexões. A amígdala também vem sendo amplamente estudada nos transtornos afetivos por estar intimamente relacionada ao aprendizado emocional.

É recorrente a ideia entre autores que, o núcleo central da amígdala parece ser de crucial importância para a relação entre emoção e comportamento. Em estudos com animais, observa-se que a atividade neuronal nesta região aumenta quando o animal se depara com estímulos carregados de emoção, e a estimulação da amígdala central resulta em respostas emocionais (como medo) na ausência de estímulos externos.

Desta forma, Kennedy (1997, apud ROZENTHAL et al, 2004) refere, em estudos com PET scan, anormalidades consistentes nas regiões pré - frontais, singulares e da amígdala. Na depressão, parece haver uma redução global do metabolismo cerebral anterior e um aumento do metabolismo de glicose em várias regiões límbicas, com ênfase na amígdala. A melhor

evidência desta anormalidade vem de estudos de pacientes com depressões relativamente graves e recorrentes e uma história familiar de transtorno do humor.

Durante os episódios de depressão, o aumento do metabolismo de glicose estaria relacionado com rumações intrusivas. Este hipermetabolismo amigdaliano serviria como um amplificador emocional que ajudaria a distorcer os sinais de estressores relativamente menores em pessoas vulneráveis. Esta alteração seria reversível com farmacoterapia eficaz (ROZENTHAL et al, 2004).

Assim, pode-se inferir que a neuropsicologia vem cada vez mais se aprimorando no sentido identificar fatores ou padrões neuropsicológicos que seriam fundamentais nos episódios de depressão.

## **7. NEUROPSICANÁLISE NA COMPREENSÃO DA MENTE E DA DOR**

Para Callegaro (2011, p. 203) “As neurociências vêm conquistando territórios importantes na compreensão da mente humana. Novos métodos e o conhecimento gerado, estão produzindo modificações importantes nas disciplinas que estudam a cognição e o comportamento”.

A psicanálise foi fundada por um neurocientista cuja primeira tentativa foi unificar a psicologia e a neurologia. Freud desistiu da abordagem, pois o conhecimento da época era insuficiente, percebendo que a tentativa de construir uma neuropsicologia desembocaria numa teoria especulativa e imprecisa (SCHORE,1997; SACKS, 1998 apud CALLEGARO, 2011, p. 204).

Apesar das dificuldades inerentes a uma integração entre neurociência e psicanálise, a primeira tentativa importante de construir uma neuropsicologia de suporte às ideias sobre o inconsciente dinâmico, foi feita há mais de 100 anos pelo fundador da psicanálise Sigmund Freud (CALLEGARO, 2011, p. 205).

Mediante este contexto mundial, pode-se inferir que a depressão causa um sofrimento, único e que somente quem é acometido por esta síndrome, sabe de seus efeitos negativos. A vida de uma pessoa deprimida muda drasticamente e vem acompanhada de uma dor.

“Mark Solms foi um dos primeiros psicanalistas que tentou integrar a psicanálise nas ciências do cérebro, o que acabou na proposta de criação da neuropsicanálise” (CALLEGARO, 2011, p. 204).

No intuito de buscar um diálogo entre psicanálise e neurociência pode-se perceber inúmeras possibilidades de unificar os enfoques subjetivo e objetivo de cada corrente.

Callegaro (2011, p. 205) destaca que:

Não é a unificação mágica da neuropsicanálise proposta por Solms que desponta no horizonte contemporâneo da pesquisa do cérebro, mas sim um novo conjunto de hipóteses sobre o processamento do inconsciente, o novo inconsciente

É sabido que a depressão é uma das síndromes reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS,

A depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno, e uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento) (MURRAY; LOPEZ, 1996 apud DALGALARRONDO, 2008).

Sobre a dor, é preciso que o psicanalista tente dar um sentido, uma vez que a dor em si mesma não tem sentido. De acordo com Nasio (2007, p.19),

Em si, a dor não tem nenhum valor nem significado. Ela está ali, feita de carne ou de pedra [...]”. para acalmar a dor, é necessário tomá-la como expressão de outra coisa, destaca-la do real, transformando-a em símbolo. Atribuir um valor simbólico a uma dor que é em si puro, real, emoção brutal, hostil e estranha, é enfim o único gesto terapêutico que a torna suportável.

Freud e Lacan abordaram muito pouco acerca do tema da dor e nunca se debruçaram sobre o assunto de forma mais exclusiva.

“Do ponto de vista psicanalítico, não há diferença entre a dor física e a dor psíquica. Não há diferença entre a emoção própria da dor física e a emoção própria da dor psíquica” (NASIO,2007, p. 22).

No entendimento de Nasio (2007),

Do ponto de vista metapsicológico, a dor é afeto que exprime na consciência a percepção pelo eu – percepção orientada para o interior – do estado de choque, do estado de comoção pulsional (trauma) provocado pelo arrombamento não do invólucro corporal do eu, como no caso da dor física, mas pela ruptura súbita do laço que nos liga ao outro eleito (NASIO, 2007, p. 32-33).

Neste contexto da depressão e dor, o psicanalista procura intermediar o que o paciente está sentindo, dando-lhe um significado. E o uso da neuropsicanálise pode contribuir para compreender a dinâmica da depressão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar deste tema tão rico e amplo, proporcionou a visibilidade com uma perspectiva bem ampla em torno da depressão, embasado teoricamente no suporte da neuropsicologia e do viés analítico.

Os objetivos almejados e planejados para alcançar o resultado esperado da pesquisa, sedimentou com grande desfecho satisfatório e triunfante em torno da depressão.

Os estudos dos aspectos neuropsicológicos da depressão nos levam a pensar, na importância, principalmente, no que direciona esta pesquisa, fazendo uma revisão pela psicanálise sustentado pela neuropsicologia, que possibilitou um novo olhar acerca do transtorno em estudo.

Sabe-se que a depressão é um estado de solidão, onde se lida com o vazio, perdas, o luto, com fracassos e com pedidos de socorro do corpo sinalizando para o emocional. Onde a dor da alma é invisível sendo sentida apenas por quem a sofre.

Dentro do âmbito neuropsicológico, deve-se sempre atentar, para o diagnóstico do psiquiatra, pois, é dele o poder discriminativo que lhe é conferido, com prevalência correta ou não, para sugerir o diagnóstico.

Observando-se pacientes, que esperavam sua vez para consulta no Hospital Psiquiátrico, a maioria em um pré surto ou mesmo em surto, pode-se perceber a forma como esses pacientes eram tratados. Muitas das vezes, o paciente se colocava diante do médico psiquiatra, e o mesmo mal levanta a cabeça e perguntava: "O que você está sentindo?" O paciente em poucas palavras relatava suas queixas e seus sintomas. Enquanto o psiquiatra prescrevia a receita e encerrava a consulta.

Aquele paciente saía dali com um diagnóstico, às vezes errado por algum transtorno específico, onde apenas, ele poderia estar vivenciando uma crise depressiva adquirida por uma perda significativa momentânea. Desencadeando assim, um quadro agravado até mesmo pelos efeitos colaterais medicamentosos, farmacológico e fugindo do caso especificamente. É neste momento que entra o papel imprescindível do Neuropsicólogo, com aquele olhar clínico, com sensibilidade e atrelado ao amor pelo que faz.

Assim, no decorrer dos estudos, pode-se entender que cabe a Neuropsicologia a investigação cerebral e neuronal, das relações entre o comportamento, emoções e funcionamento do cérebro como um todo. O caminho está aberto para novas pesquisas,

técnicas de tratamento, diagnósticos, prevenções e sequelas deixadas por diversas lesões neuronais e cerebrais.

Avaliando clinicamente, analisando o cérebro, o comportamento, investigando as funções motoras, cognitivas e sensoriais aliadas ao sistema nervoso. É de suma importância um neuropsicólogo em equipes multidisciplinares, pois este irá identificar o comprometimento (ou não) neurológico cerebral e reabilitando neurologicamente este paciente.

Pode-se concluir que os estudos dos aspectos neuropsicológicos dos transtornos mentais e, no caso específico desta revisão, da depressão, são de grande importância na medida em que permitem a aproximação do campo das neurociências ao da psicanálise.

## **BIBLIOGRAFIA**

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães Silveira. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html> > Acesso em: 08.10.2011.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatry Press; 1994.

\_\_\_\_\_. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatry Press; 2014.

BASSO, M. R ; BORNSTEIN, R. A. (1999). Neuropsychological deficits in psychotic versus nonpsychotic unipolar depression. *Neuropsychology*, 13, 69-75.

BECK, A. T., RUSH A. J., SHAW B. F., EMERY G. (1997). **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas,1997.

BIELIAUSKAS, L. A. (1993). Depressed or not depressed? That is the question. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 119-134.

CALLEGARO, Marco Montarroyos. **O novo inconsciente: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo de processamento mental**. – Porto Alegre: Artmed,2011.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** – 2 ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEL PINO, C. C. **Teoria de los sentimientos.** Barcelona: Fabula Tusquets,2003.

ELIA, L. (org.). **Clínica e pesquisa em psicanálise.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FÉDIDA, Pierre. **Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia.** Trad. Martha Gambini. – São Paulo: Escuta, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectivas, 1991.

FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia.** Vol. XIV,1856-1939. Rio de Janeiro: Imago, 1926-25.

\_\_\_\_\_. **Inibições, sintomas e angústia** (1926 [1925]). ESB, v. XX.

GELLMAN, Charles. **Como compreender a depressão.** Trad. Maurício Ruffier.- Paris: Le Hameau Éditeur,1987.

KENNEDY, S.H. A review of functional neuroimaging in mood disorders: positron emission tomography and depression. *Can J Psychiatry* 1997;42:467-75

LAKS, J.; MARINHO, V. M; ROZENTHAL, M. e ENGELHARDT, E. (1999). Neuropsicologia da Depressão. **Revista Brasileira de Neurologia**, 35, 97-102.

LEADER, Darian. **Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia.** Trad. Fátima Santos. – Rio de Janeiro: Best Seller,2011.

LEONE, E. Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental:1990/1997. **Revista de Ciências Humanas**, p.121-151, 2000.

LEZAK MD. **Neuropsychological assessment.** 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1983.

LEZAK MD, et al. **Amnesic syndrome in schizophrenia.** *Psychol Med* 1990;20:967-72.

Manual diagnóstico e estatístico de transtorno - DSM-5 / [American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - Porto Alegre: Artmed, 2014.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. **The global burden of disease**. Cambridge: Harvard University, 1996.

NASIO, Juan-David. **A dor de amar**. Trad. André Telles e Lucy Magalhães. - Rio de Janeiro: Jorge-Zahar, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde. 10ª revisão.

PAULO, Maria Salete Lopes Legname de. **Depressão e psicodiagnóstico interventivo: proposta de atendimento**. 1.ed. São Paulo: Vetor, 2005.

PORTO, Patrícia; HERMOLIN, Marcia; VENTURA, Paula. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* [online]. 2002, vol.4, n.1, pp. 63-70. ISSN 1517-5545.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Eliazs. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **R. Psiquiatr.** RS, 26(2): 204-212, mai./ago. 2004.

SACKS, O.W. (1998). Sigmund Freud: The other road. In: G. Guttmann & I. Scholz-Strasser (Eds.), **Freud and the neurosciences: From brain research to the unconscious** (pp.11-22). Viena: Verlag.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147.

SCHORE, A. (1997). A century after Freud's Project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 45 (3), 807- 40.

SIQUEIRA, Érica de Sá Earp. A depressão e o desejo na psicanálise. **Estudos e pesquisa em psicologia**. v.7 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007. Versão On-line ISSN 1808-428.



STEFANIS, Costa N.; STEFANIS, Nicholas C. Diagnóstico dos transtornos depressivos: uma revisão. IN: MAJ, Mario e SARTORIUS, Norman (Org.). **Transtornos depressivos** . Trad. Claudia Dornelles – 2.ed.- Porto Alegre: Artmed,2005).

WEIGH, G.; BIGLER, E. D. (1998). Neuroimaging. In: **Psychiatry. The Psychiatric Clinics of North America.**, 21, 725- 59.

ZAKZANIS K. K., LEACH L., KAPLAN E. (1999). **Neuropsychological Differential Diagnosis**. USA: Suecks e Zeitlinger Publishers.