

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Roziliane Oesterreich de Freitas

Por que meu vô chorava: a clínica da depressão

Doutorado em Psicologia Clínica

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Dr. Renato Mezan.

São Paulo
2018

POR QUE MEU VÔ CHORAVA: A Clínica da Depressão

Roziliane Oesterreich de Freitas

In memoriam ao meu vô materno, Oswaldo Oesterreich

A tarefa do escritor não é, portanto, simplesmente lembrar os acontecimentos, mas subtraí-los às contingências do tempo em uma metáfora.

Walter Benjamin, *Magia e técnica, arte e política*.

São Paulo

2018

Banca Examinadora

A depressão que espreita nossas sociedades, toda vez que se esquecem de fazer guerras, poderia ser menos pesada se nos autorizássemos a ter mais incertezas e mais curiosidades. As certezas desertizam a psique. (Radmila Zygoris)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pacientes, especialmente por não imaginarem o quanto me movem.

Agradeço ao orientador professor Renato Mezan, por sua generosidade.

Agradeço aos meus afilhados de casamento Cida e Giovanni Vella.

E gratidão a Cida, irmã de coração.

Agradeço especialmente aos meus pais, Arthur e Anita; aos meus filhos, David e Guga e às minhas noras, Luana e Vanessa.

E dedico este estudo aos meus netos Yuri e Mariah Vitória.

Resumo

FREITAS, R.O. Por que meu vô chorava: a clínica da depressão. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2018.

A tese intitulada *Por que meu vô chorava: a clínica da depressão* foi construída a partir da experiência clínica com pacientes diagnosticados depressivos que fazem uso de medicação com acompanhamento psiquiátrico. Não se trata, como poderia o título sugerir, de uma resposta à experiência de depressão do meu avô; e sim de uma inspiração para que o estudo sobre a clínica da depressão adquirisse contornos próprios. Pensar a depressão à luz da Psicanálise, levando em conta a sua gênese, o sentido dos sintomas, a clínica diferencial em relação às demais neuroses e patologias, exigiu reunir autores de relevantes estudos no campo da Psicanálise, especialmente o estudo publicado por Maria Rita Kehl *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*, por traduzir o que eu estava a empreender na escuta das depressões dos pacientes encaminhados por amigos psiquiatras. Para preservar o andamento das análises dos pacientes, vali-me de referências literárias, como exemplos aproximados aos tipos de depressão que abatem os neuróticos. Sabemos que não somente os neuróticos sofrem de depressão; neste estudo, porém, a experiência e as referências teóricas e literárias apontam para três tipos de depressão: a depressão na neurose histérica, na neurose obsessiva e no tipo que contém uma raridade de entendimento, o da depressão neurótica. É na dimensão de sua estrutura psíquica que a escuta do sofrimento do depressivo incide no âmbito do tratamento clínico. Por fim, a difícil questão da condução clínica da depressão, especialmente dos casos graves, acompanhados de medicação psiquiátrica.

Palavras-chave: psicanálise, depressão, neurose.

Abstract

FREITAS, R.O. Why my grandfather cried: the depression clinic.

PHD thesis in Clinical Psychology. Catholic University of São Paulo, 2018.

Why my grandfather cried: the depression clinic - was built from clinical experience with diagnosed depressed patients using psychiatric medication. It is not, as the title might suggest, a response to my grandfather's experience of depression; but rather as an inspiration for the study of the clinic of depression to take its own shape. Thinking of depression in the light of Psychoanalysis, considering its genesis, the sense of symptoms, the differential clinic in relation to other neuroses and pathologies, required bringing together authors of relevant studies in the field of Psychoanalysis, especially the study published by Maria Rita Kehl, for translating what I was undertaking in listening to the depressions of patients referred by psychiatrist (colleagues) friends. To preserve the progress of patient analyzes, I have used literary references as approximate examples of the types of depression that depress neurotics. We know that not only do neurotics suffer from depression; in this study, however, experience and theoretical and literary references point to three types of depression: depression in hysterical neurosis, obsessional neurosis, and the type that contains a rarity of understanding, that of neurotic depression. It is in the dimension of its psychic structure that the listening of the suffering of the depressive affects in the scope of the clinical treatment. Finally, the difficult question of the clinical conduct of depression, especially of severe cases, accompanied by psychiatric medication.

Key words: psychoanalysis, depression, neurosis.

Sumário

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 9 |
| O banho de aurora | 9 |
| A) Karl Abraham..... | 28 |
| B) Fixação e impedimento | 38 |
| C) Depressão: inibição e sintoma | 46 |
| D) Melancolizados por um lado, deprimidos por outro..... | 58 |
| A) Melancolia(s) e depressão(ões) | 67 |
| B) O tempo | 77 |
| a) O sonho com os mortos (Pierre Férida) | 82 |
| C) Abraham e nós..... | 84 |
| A) Duas vias da depressão na neurose | 92 |
| a) <i>Colapsos.....</i> | <i>92</i> |
| b) <i>O mal obscuro.....</i> | <i>97</i> |
| c) <i>A depressão nos histéricos e obsessivos</i> | <i>102</i> |
| B) A terceira via da neurose..... | 104 |
| a) <i>Perto das trevas.....</i> | <i>116</i> |
| (In)Conclusão | 121 |
| 1) O que fazer com o vazio que abate o depressivo..... | 122 |
| 2) O despertar de invenção | 124 |

INTRODUÇÃO

O banho de aurora

Muitos anos antes de conhecer a Psicanálise numa aula da faculdade de Filosofia e Psicologia¹, conheci, mesmo sem saber, os sintomas do mal-estar em sua versão contemporânea: a depressão. Era adolescente e admirava meu avô, um descendente de austríacos, de sentimentos reservados e poucas palavras que pareciam bastar. Era ele que, durante o período da ditadura militar, nos informava o que se passava ao redor, mas que pensávamos estar longe do campo minado de proteção da família. Era ele que, após escutar todas as rádios e ler o jornal, nos informava o que acontecia no Brasil daquela época, nas curtas visitas durante o café da manhã na casa de cada uma das filhas, genros e netos. Lembro-me de acordar com a voz dele no silêncio da atenção de todos, o que em mim despertava um ímpeto de curiosidade que me punha em segundos ao seu lado. Ele era breve e profundo em suas palavras; enquanto pitava seu cigarro de corda, eu presenciava o que talvez tenha despertado em mim o desejo de saber.

Certa manhã, meu vô não apareceu, o que se seguiu nas muitas manhãs seguintes. Lembro-me de ter ido visitá-lo: em pleno sol do dia, ele estava imerso na escuridão do quarto e assim ficou por muito tempo. Até que um dia acordamos com o alarde apavorado de minha avó anunciando que seu companheiro de mais meio século tinha desaparecido. Então, ela abriu as janelas do quarto escuro em busca de sinais para além daqueles que marcavam no colchão da cama o corpo doente do marido. No avançar da hora do almoço, depois de uma longa manhã em que estávamos todos juntos, angustiados sem sabermos o que teria acontecido, surgiu meu vô com os cabelos e a roupa ainda molhados.

¹ UFSM-RS, década de 1980.

Anos depois – mais recentemente, desde que comecei a atender a casos de pacientes que, através de um amigo psiquiatra, são encaminhados para a análise, medicados e com o diagnóstico de depressão –, a memória de meu vó reacendeu, fazendo com que a minha tese sobre a clínica da depressão adquirisse contornos próprios.

“Resgatar a clínica das depressões do campo exclusivo da psiquiatria me parece um desafio ante o qual o psicanalista não pode recuar”, diz Maria Rita Kehl. Concordo! E parece não haver outra grande saída. O aumento assombroso dos diagnósticos de depressão, que desde a década de 1970 cresce juntamente com a indústria farmacêutica dos antidepressivos e com a prescrição médica psiquiátrica, ecoa no campo da Psicanálise. Mas o que fazer quando nos deparamos com a inconsistência do conceito de depressão no campo psicanalítico? Kehl relembra que Colette Soler incentivou a não “[...] nos desencorajar a pensar psicanaliticamente os fenômenos depressivos que chegam à nossa clínica”².

Nomeada de moléstia psiquiátrica, a depressão faz proliferar os tratamentos com inibidores seletivos da recepção de serotonina – classe de drogas a que pertence o Prozac, hoje substituído pelo Citalopram, além de outros medicamentos, e responde por dados assustadores, tais como: menos da metade dos que têm a doença diagnosticada obterá tratamento apropriado; nos Estados Unidos, as estatísticas apontam que, do total dos 15% diagnosticados depressivos que cometerão suicídio, 2 a 4% se matarão como consequência direta da doença³. “A depressão ceifa mais anos do que a guerra, o câncer e a Aids juntos. Outras doenças [...] mascaram a depressão quando esta é a causa; [...] a depressão pode ser a maior assassina do mundo”⁴, alerta Solomon.

E a situação tende a piorar com o aumento de incidentes de depressão

² KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009, p. 14.

³ SOLOMON Andrew, *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Tradução Myrian Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

⁴ *Ibidem*, p. 25.

em jovens e crianças, somado ao grupo daqueles que correm o risco de a sua depressão ser confundida com as doenças físicas pelas quais ela se manifesta. Como se vê, mesmo com poucos dados, pois há muito mais informações a respeito, estamos “à beira do abismo”⁵. Para além da situação encontrada em dados de pesquisas consideradas sérias, temos o que se chama “patologização do curável”, termo recuperado também por Solomon, que chama a atenção para o grave erro e para as sérias consequências do que pode ser facilmente revertido, mas que passa a ser tratado como doença. Temos perguntas que ecoam e que nos alertam para o grande engano de diagnóstico e de tratamento perante um mal que se consagrou como doença do século – fenômeno que atravessa a passagem do século XX e aporta no XXI como doença mental característica dos novos tempos.

Ao pensarmos a depressão como fenômeno ou, melhor dito, como um sintoma que desvela um fenômeno, teremos que olhar a forma como vivemos hoje, contexto importante para compreender o aparecimento do sujeito depressivo na análise. Neste contexto, concordamos que há um conluio curioso entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido, unindo o fenômeno depressivo à parafernália nosográfica da psiquiatria, e “[...] fazendo frente à ignorância de tudo que constitui a dimensão não sensorial da linguagem – em outros termos, à dimensão psíquica”⁶. Não é possível negar, o autor chama a atenção para uma tragédia contemporânea, que tem como vítima o próprio sujeito.

A Psicanálise não é uma ciência, no sentido das ciências da natureza, e Freud sabia disto, tanto que abandonou o modelo fisiológico-neurológico, o que fez com que a Psicanálise também fosse ensinada nos departamentos de Psicologia, Antropologia, Sociologia, Literatura e Filosofia. Psicanalistas contemporâneos, atentos às questões atuais que nos acometem, perguntam se

⁵ Expressão usada pelos depressivos, apontada por Solomon como forma de o depressivo definir a passagem da dor para a loucura.

⁶ DELOUYA, Daniel. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. (Coleção Clínica Psicanalítica/dirigida por Flávio Carvalho Ferraz)

Freud teria podido inscrever a Psicanálise como uma disciplina integral da universidade – não pôde, sabe-se bem.

Nesta pesquisa, essa questão de que o destino da Psicanálise seja o de não ser uma disciplina à parte direciona nosso olhar ao campo da Psiquiatria atual, que se beneficia dos avanços biológicos e neurocientíficos da mesma forma que o resto da Medicina já o faz. Instituições líderes na pesquisa médica⁷ seguem criando programas para a Psiquiatria, como o Research Domain Criteria⁸, que priorizam pesquisas de detecção objetiva das doenças mentais mais prevalentes por meio de marcadores – EEG, neuroimagem, testes cognitivos, monitoramento da expressão gênica entre outros –, enquanto as taxas de suicídio atingem o maior nível de todos os tempos em vários países, como os EUA, Reino Unido, Japão, Canadá, Brasil e outros. Isto tem atraído críticas, mas também o slogan de progresso para a ciência.

A recente publicação do livro *Por que Freud hoje?* permite pensar o caráter psicopatológico a partir de uma perspectiva freudiana sem negar o assentamento neurobiológico de todo fato psíquico. Porém, entender esse “assentamento” exige acompanhar inevitáveis impasses, brilhantemente construídos no artigo “Freud, o sujeito da psicopatologia e o futuro da psiquiatria”, em que o autor diz:

A triunfante hegemonia das perspectivas neurobiológicas, genéticas e cognitivo-comportamentais dos chamados “transtornos mentais” dá ares de ter relegado definitivamente as ideias de Freud ao estatuto de página virada na história da disciplina.⁹

E o eleva à contracorrente dessa visão. Para sustentar sua posição, Mário Eduardo Costa Pereira, psicanalista e psiquiatra, professor titular de Psicopatologia Clínica, circunscreve os efeitos maiores da Psiquiatria, que

⁷ A exemplo do National Institute of Mental Health (NIMH).

⁸ Com a sigla RDoC, projeto incentivado pelo NIMH.

⁹ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. “Freud, o sujeito da Psicopatologia e o futuro da Psiquiatria”, In: *Por que Freud hoje?* KUPERMANN, Daniel (Coord.). São Paulo: Zagodoni, 2017, p. 167.

[...] se encontra hoje em uma profunda crise teórica e clínica, que tende, em um futuro próximo, a se acentuar de maneira ainda mais contundente, tendo como consequência o esgotamento das formas atuais do exercício de sua prática.¹⁰

A partir da histeria, Freud elaborou uma clínica aplicada em seu início às neuroses atuais, ou seja, a neurose de angústia e a neurastenia, provocadas por uma vida sexual insatisfatória, e como exemplo podemos lembrar o coito interrompido como um fator físico da vida sexual que passa a ser fonte de angústia, uma angústia não prolongada ou recordada. Dessa forma, o raciocínio centrado na ideia de represamento ou descarga de energia física e psíquica conduzirá Freud à hipótese de que os melancólicos apresentam uma espécie de anestesia psíquica, no sentido de gerar uma energia psíquica que não se satisfaz no corpo, e por isso carecem de sensação de prazer, mesmo mantendo uma tensão erótica psíquica, provinda da ânsia de amor.

Nas cartas dirigidas ao seu amigo Wilhelm Fliess, Freud apresenta essa primeira teorização que se refere a questões muito atuais, ou seja, a relação entre angústia e depressão, com esboços dedicados à melancolia¹¹. Freud chegou a classificar esse sofrimento como depressão, depressão periódica, efeitos depressivos, depressão periódica branda, melancolia, melancolia senil, melancolia neurastênica, melancolia histérica, melancolia genuína aguda, melancolia cíclica, melancolia de angústia, estado de ânimo tipicamente melancólico. Vê-se que, já de início, a Psicanálise aponta a própria dificuldade em reunir numa unidade um quadro tão diversificado e mostra também a preocupação em estabelecer uma distinção no uso das palavras *melancolia* e *depressão*.

Até hoje, e isto é preciso investigar, melancolia e melancolias, depressão e depressões. Parecem ainda ser formas de nomear que nem sempre estabelecem claramente os seus limites, o que é um grande problema na

¹⁰ *Ibidem*, p. 167.

¹¹ Refiro-me aos *Rascunhos E G*.

prática clínica psicanalítica, especialmente com pacientes que chegam abrigados pelo guarda-chuva da depressão, sem esquecermos os diagnosticados de esquizofrenia e de transtorno bipolar.

Este estudo tem como base a análise de pacientes que, encaminhados ou não pelo psiquiatra, chegam ao consultório com o diagnóstico de depressão e medicados, ou porque passaram por um evento de depressão grave ou porque se sentem deprimidos. Mesmo não expondo aqui a escrita/o relato dos casos de depressão, porque meus pacientes seguem em análise, há como pano de fundo de tudo o que aqui explico o atendimento de cada um dos casos, sua investigação e estudo. O que proponho em minha tese escora-se em uma inspiração conceitual, como um fio que urde a tessitura sustentada pela orientação de um doutorado, o conceito de *transposição*: “Entre um fenômeno da clínica e o objeto de um escrito analítico ocorre uma *transposição*, que converte o primeiro no segundo: um acontecimento dá origem a uma questão ou a uma elaboração conceitual”¹². Tratei disso no texto “Do contato profissional ao Divã”¹³, que parafraseia o título do texto de Renato Mezan, “Da poltrona à mesa de trabalho: a construção do caso clínico”, um dos ensaios publicados no livro *Intervenções*. A transposição é, neste trabalho, um outro jeito de escrever sobre o que se passa ao longo do caminho entre nós e o consultório, atravessados por uma questão fundamental – a depressão nos casos de pacientes assim diagnosticados e fazendo uso de algum antidepressivo.

Se o projeto desta tese se deve à inspiração do que vivenciei com relação ao meu vô, o processo de sua escrita começou quando percebi que poderia me valer do conceito de transposição, sem tomá-lo à risca como escrita da clínica a partir da construção de um ou mais casos. Não arriscarei uma análise do que pode ter sofrido meu vô, nem irei me valer de um caso

¹² MEZAN, Renato. *Intervenções*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 198.

¹³ Texto apresentado na XV Jornada CORPOLINGUAGEM, VII ENCUESTRO OUTRARTE – II JORNADA DE INVESTIGACIÓN: FORMACIÓN DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN EL URUGUAY, 2015.

clínico em especial; o que não quer dizer que a experiência clínica com os pacientes diagnosticados como depressivos não tenha exposto acontecimentos que exigem elaboração.

A proposta deste estudo foi a de responder às seguintes perguntas: que recursos conceituais, clínicos e metodológicos organizam o referencial psicanalítico sobre a depressão? E como esses recursos podem nos ajudar a conduzir a análise de pacientes diagnosticados como depressivos? Encontrar respostas a estas perguntas significou valer-se de importantes recursos:

- o recurso expressivo das referências psicanalíticas, especialmente de psicanalistas brasileiros que, ao responderem às questões acima expostas, oferecem soluções analíticas. Os psicanalistas incorporam os fenômenos através de sua experiência clínica – dificilmente não seria assim em relação à depressão hoje;
- os recursos literários que, no relato da própria experiência com a depressão, os narradores oferecem como uma voz aos pacientes que estão em análise – motivo pelo qual estes estarão preservados, mesmo que a eles se dirija este trabalho;
- o recurso da escrita como transposição daquilo que se observa a partir da experiência clínica; caminho de estudo, investigação e elaboração.

A literatura no gênero romance psicológico publicada sobre a depressão foi também uma solução encontrada para falar em nome dos casos de depressão que ainda estão em análise. São depoimentos que parecem importantes na maneira de esse diagnóstico se expandir como entendimento do que seja a depressão e como tratá-la; inclusive, pode-se perceber algo no fato de um romance tornar-se *best-seller* e disseminar uma compreensão. Refiro-me aos romances *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*, de Andrew Solomon; *O mal obscuro*, de Giuseppe Berto, e *Perto das trevas*, de William Styron.

Misteriosa, imprevisível, indescritível, assim a depressão é definida na

literatura que constrói um retrato da doença desde os anos 1950 e assola os novos tempos. E recebe amparo de entendimento especialmente provindo da medicina psiquiátrica, no aporte das classificações das doenças mentais, especialmente quando o tratamento psicanalítico é tido como ineficaz. Entretanto, não é uma visão unânime: os depoimentos dos autores são fontes de informações que falam da intensidade do sofrimento, cada qual na sua experiência, sem deixar de nos proporcionar uma leitura analítica.

William Styron, num “verdadeiro retrato íntimo da agonia torturante”, que afetou sua vida e de muitas outras personalidades e conhecidos seus, confessa: “A depressão é um distúrbio do espírito, tão misteriosa e imprevisivelmente percebida pela pessoa – pela mente mediadora – que é quase indescritível.”¹⁴ Favorável às técnicas cognitivas, especialmente nos primeiros estágios da doença, segundo ele, encara com reservas a cura farmacológica. Reconhece a perda como um elemento psicológico desencadeador da depressão. “Perda em todas as suas manifestações é a pedra de toque da depressão.”¹⁵ Depressão que não lhe era estranha, nem visitante inesperada. “Há décadas ela batia à minha porta.” Mesmo que conceba, sem controvérsia, as raízes genéticas da depressão – mesmo monstro que aterrorizou a vida do pai –, a morte deste pai e a morte da mãe apontam para o luto e o lugar que a perda de objeto ocupa na estruturação do sujeito e na constituição do objeto de desejo e da fantasia¹⁶.

Publicado em 1964, o premiadíssimo livro *O mal obscuro*, de Giuseppe Berto, é um monólogo autobiográfico que tem como foco narrativo o fluxo de consciência, com associações livres que avançam sem pausas ao descrever os sofrimentos no tempo presente, como efeito em análise, e sugestão do próprio psicanalista freudiano Nicola Perrotti. A escrita do livro faz parte da terapêutica contra uma depressão que durou cerca de 10 anos.

¹⁴ STYRON, William. *Perto das trevas*. Trad. Aulyde Soares Rodrigues. Rio de Janeiro: Rocco, 1992, p. 15.

¹⁵ *Ibidem*, p. 62.

¹⁶ LACAN Jacques. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

A essa altura creio que todos ou quase todos tenham uma idéia aproximada desse gênero de cura psicanalítica que está começando a ficar na moda em toda a parte [...] não me restavam segundo todos os especialistas senão duas saídas, ou seja, o eletrochoque e a psicanálise, e se é verdade que descartei o eletrochoque [...] é igualmente certo que escolhi a psicanálise [...]¹⁷.

Os sofrimentos que se reacendem com a morte do pai como fato desencadeador da depressão e, com ela, as reminiscências da infância e juventude apontam para Freud e o parricídio original, o luto pelo pai primitivo e a identificação com ele, a identificação com o pai morto e a condição para a melancolia.

Andrew Solomon escreve *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão* com dois claros entendimentos que vamos percebendo ao longo do livro: um entendimento diz respeito ao testemunho do autor que, como ninguém, viveu ele próprio os males da depressão, que afeta milhões de pessoas sob diferentes aspectos: “Comecei escrevendo sobre minha depressão: depois, sobre depressão similar em outros; em seguida, sobre diferentes tipos de depressão em outros; e finalmente sobre a depressão em contextos completamente diferentes”¹⁸. Outro ponto importante da leitura que se pode fazer do que Solomon escreve é que, descrente da Psicanálise devido a erros graves cometidos por sua analista, tornou-se adepto do tratamento medicamentoso como resposta a uma concepção cognitivista dos sintomas e atento ao entendimento bioquímico dos inibidores de serotonina: “Sob vários disfarces, a depressão é e sempre foi onipresente por motivos bioquímicos e sociais”¹⁹. A má condução do processo analítico a que Solomon se submeteu tem consequências não somente na gravidade de seu sofrimento, como também no entendimento do que seja esse sofrimento e o tratamento adequado – e esclarecem o fato de seu livro ter-se tornado um *best-seller* estadunidense sobre

¹⁷ BERTO, Giuseppe. *O mal obscuro*. Trad. Maurício Santana Dias. São Paulo: Ed. 34, 2005, p. 13

¹⁸ SOLOMON, 2014, p.13.

¹⁹ *Ibidem*, p.13.

a depressão. Encontramos nas referências à Psiquiatria somadas às abordagens sociológicas a construção de um conceito de doença na escolha do autor pelo termo depressão, muitas vezes tratada como “alterações de humor” – uma das formas atuais de a Psiquiatria dizer “depressão”. E lança desafios sobre a fronteira entre a melancolia e a depressão, a neurose e a psicose. É interessante perceber no título do livro, *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*, a tonalidade de indefinição a respeito do que seja depressão na expressão “demônio do meio-dia”. Nos estudos sobre a melancolia (Robert Burton), essa referência exclui especialmente a depressão ao designar como no estado melancólico o sujeito se encontra tomado pelo “demônio”; ou seja, pela “[...] acídia [...] que, sob efeito da bile negra, dispensa a depressão”²⁰.

Seja qual for a legitimidade conjugada na afirmação de que a depressão não é uma categoria diagnóstica psicanalítica, temos muitos estudos no Brasil e no exterior que, desde os anos 1970, se referenciam uns aos outros por proximidade teórica ou não, mas prioritariamente por dois *leitmotive*, como razões pelas quais se movem. Um “motivo condutor” se transmite pela experiência clínica como campo proliferador das singularidades que experienciam um fenômeno de seu tempo, “[...] perante o qual o analista não pode recuar”, diz Maria Rita Kehl. O outro motivo parece ser o fato de uma emergência de fundamentação teórica e clínica no entendimento do que seja depressão, a partir do que Freud expôs sobre a melancolia e como esse conceito prossegue até os tempos atuais.

Um dos entendimentos vem de Jacques Lacan ao falar do recuo do sujeito em não entrar na neurose, o que não significa tomar uma posição perversa nem psicótica. Desse entendimento, associa-se a depressão como covardia moral, e entende-se isso como ético, como uma falha de poder agir. Infelizmente, nosso sistema médico apoia esta posição do sujeito, fazendo dele um paciente passivo, que não pode enfrentar a angústia de agir na sua

²⁰ BURTON, Robert. *A anatomia da melancolia*: v. I. Trad. Guilherme Gontijo Flores; prefácio Manoel Tosta Berlinck. Curitiba/PR: Editora UFPR, 2011, p.6-7.

vida. Alguns pacientes vêm nos procurar em virtude disso, mesmo aqueles que correm em busca de medicamentos que os tornem aptos para a ação. A questão parece complicar-se ainda mais quando os médicos e os psiquiatras, e a sociedade, apostam nas palavras “depressão” e “ansiedade” como uma tradução e entendimento para as queixas daquele que em sua vida não consegue tomar pulso e agir.

No campo psicanalítico, há divergências a respeito desse entendimento, o que particularmente acho profícuo, pois se discute o lugar do fenômeno depressivo na Psicopatologia moderna, encontrando na metapsicologia freudiana ou pós-freudiana um lugar para a depressão. E o que se ressalta é a importância do eixo narcísico para a compreensão do que seja hoje a depressão, bem como da sua central participação na economia da construção psíquica e da solicitação do objeto que ela implica. A experiência clínica é amplamente retratada nas diferentes conduções da discussão do que seja a depressão e que projeto de cura analítica é possível.

Em espaços psicanalíticos, como na ALI – Association Lacanienne Internationale –, fala-se das novas estruturas psíquicas, mas não estou bem convencida disso e, portanto, sigo neste estudo o que vemos na clínica, as boas velhas estruturas, histeria, neurose obsessiva, a particularidade da neurose narcísica e a relação com a melancolia, e especialmente a depressão nas escolhas de neurose. Outro ponto que me chama a atenção: enquanto encontramos novos e potentes antidepressivos, a incidência da “depressão” aumenta! O que o olhar crítico para a indústria farmacêutica tem apontado é de que (sem ironia) os antidepressivos são a causa da depressão, no sentido de que, na falta de condições que permitam ao sujeito elaborar o sentido de seu abatimento, muitos depressivos expressam uma compreensão de si mesmos como alguém que sofre de algum tipo de déficit.

Freud privilegiou o termo melancolia e nos legou a dificuldade de clareza diagnóstica, o que também quer dizer que o entendimento do que seja

depressão não se desenvolve a partir do que se perspectiva em apoiar a tese da melancolia como psicose. No entendimento proposto aqui, a depressão pode ser interpretada a partir das escolhas de neurose, entretanto, nisso não se restringe, e é preciso explicar.

Ao interpretarmos o momento clínico atual “[...] dominado pelo desmembramento das categorias de neurose, psicose e perversão em prol de novos contínuos sindrômicos, reordenados pela clínica medicamentosa”, como expôs Éric Laurent, a clínica psicanalítica, “[...] ordenada pelo texto freudiano, supõe a consideração dessas categorias”²¹. Porém, não menos complexo é delimitar o problema teórico e clínico que define as “entidades” psicopatológicas, melancolia e depressão, tanto na obra de Freud quanto no campo psicanalítico que o sucedeu. A relação de desafio metapsicológico e clínico da Psicanálise está partilhada entre posturas diversas, entre as que conservam e as que modificam ou mesmo abandonam as categorias da experiência freudiana. É também neste contexto de desafio que tentarei construir a questão clínica da depressão no que mais próximo se traduz minha experiência com pacientes diagnosticados depressivos.

Desafio que pode colocar a questão sob uma direção conflitante com o que marca nossa experiência, por exemplo, ao tentarmos entender a afirmativa: “Na clínica, a *depressão* não existe [...]”²². E nos levar a reconhecer o que segue essa afirmação, “[...] o que encontramos são estados depressivos que ocorrem em algum momento na vida de um indivíduo e apresentam uma história subjetiva precisa.”²³ Isso, quem coloca é o psicanalista Antonio Quinet, com quem aprendi muito de Psicanálise. Porém, a forma como coloca a depressão, com uma abordagem a favor da psicose, não ilustra o todo do qual posso falar da experiência clínica com a depressão. Reconheço a importância de uma clínica da psicose voltada para a depressão, que esclareça

²¹ LAURENT, Éric. *Versões da clínica psicanalítica*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995, p.155.

²² QUINET, Antonio. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006, p. 169.

²³ *Ibidem*, p.169.

os limites entre depressão e melancolia, e as generalizações na categoria de transtorno. Como bem diz o autor: “A melancolia, como quadro clínico está perdida, atualmente sob etiqueta de distúrbio bipolar, e para o senso comum entra na categoria genérica de depressão”²⁴. As consequências da generalização se agravam no diagnóstico de depressão, um termo colado ao referencial psiquiátrico no tratamento com antidepressivos. Ana Cleide Guedes Moreira, no artigo “A melancolia na obra de Freud: um Narciso sem [des]culpa”, publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, preocupada em delimitar algumas balizas necessárias na investigação da melancolia pelo método psicanalítico, reconhece que o fato de não haver uma definição precisa a respeito das entidades psicopatológicas, melancolia e depressão, tanto na obra de Freud quanto no campo psicanalítico que o sucedeu, tem por consequência a permanência de um problema nos âmbitos teórico e clínico. Por isso, salienta a importância de retomar a definição freudiana para desassociar a melancolia unicamente como forma de nomear as psicoses, e a depressão como correspondente dessa psicopatologia em quadros neuróticos. Reconhece que a melancolia se circunscreve em torno da hipótese freudiana da perda do objeto cuja sombra recobre o ego, e disso resultam todos os desenvolvimentos posteriores.

A psicanalista francesa e autora de dois importantes livros sobre melancolia²⁵, Marie-Claude Lambotte, elabora a ausência de representação do objeto (perdido) para o melancólico desvinculado do entendimento a respeito dessa ausência de representação nas psicoses maníaco-depressivas e também o que dessa representação resulta nas neuroses comuns. Realmente, dar visibilidade à melancolia, além de retirar a prevalência do termo depressão, que a conduziu a uma *invisibilidade*, segundo Moreira, nos faz rever o entendimento a respeito das relações que se estabelecem com a perda de

²⁴ *Ibidem*, p. 169.

²⁵ Marie-Claude Lambotte. *Estética da melancolia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000, e *O discurso melancólico*. Trad. Sandra Regina Felgueiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

objeto; ou de identificação do eu com o objeto perdido e odiado (Quinet), ou de ausência de representação como deserção do Outro (Lambotte) ou de recuo do sujeito (Kehl).

Em *Luto e melancolia*, Freud apontou a existência de um problema de definição, uma vez que a melancolia assume várias formas clínicas, cujo agrupamento em uma única unidade não parecia ter sido estabelecido com certeza, inclusive na Psiquiatria descritiva. A definição clínica estabelecida por Freud neste texto, que se mantém ao longo de sua obra, será aqui considerada, bem como os desdobramentos que Lacan promove na noção de luto, na medida da sua relação com a melancolia e as tendências à depressão.

No prefácio de *A anatomia da melancolia*, escrito por Robert Burton, estudo de grande repercussão sobre a melancolia, Manoel Tosta Berlinck resume perfeitamente os ingredientes e formas de manifestações da melancolia em suas tonalidades (para uma vida sem tonalidade?) e, por isso, diz ele “[...] seria sempre precipitado afirmar que se trata de psicose, como afirmam diversos clínicos na atualidade”. A melancolia é psicose em suas manifestações intensas, bem como pode ser neurose narcísica em suas manifestações menos intensas. Mesmo assim, as controvérsias não se resolvem a respeito da melancolia, salienta Berlinck. Nem a respeito da depressão, diríamos. O próprio autor, neste prefácio, ao se posicionar perante o entendimento da diferença entre melancolia e depressão, recupera o ponto de vista apresentado no livro de Fédida, *Dos benefícios da depressão*, e no texto publicado conjuntamente com Fédida, “A clínica da depressão: questões atuais”. No primeiro, a construção argumentativa a favor da hipótese de que há uma diferença entre a *depressividade* inerente à vida psíquica e o “[...] estado depressivo, que representa uma espécie de identificação com a morte ou com o morto”²⁶; ou seja, a depressão é compreensível no luto e, por isso, passageira. “Não há

²⁶ FÉDIDA, Pierre. *Dos benefícios da depressão – elogio da psicoterapia*. Tradução Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2009, p. 4.

depressão interminável”, dirá Berlinck.

Daniel Delouya também não afirma que há depressão interminável, porém que “[...] é notória a diferença entre, de um lado, estados e momentos depressivos na vida normal e nos quadros de neurose e psicose e, de outro, aqueles que constituem quadros depressivos propriamente ditos, como vêm sendo caracterizados nos manuais de psiquiatria”²⁷. Vê-se um entendimento bastante amplo do que possa ser a depressão, porém o autor considera que a depressão “propriamente dita” deverá ser contemplada pelos estudos psicanalíticos como um “fenômeno unitário”. Ou seja, sob o ângulo da unicidade, o mesmo com o qual Freud elaborou o tema da angústia. Delouya entende o sentido de depressão como estação psique, que já de início nos remete à ideia de espaço psíquico onde encena o afeto depressivo.

Vê-se que, no entendimento de Maria Rita Kehl e de Daniel Delouya, há algo muito interessante que parece fazer resistência ao conceito de *décifit* atribuído pela psiquiatria ao que seja a depressão. Se o olhar médico, psiquiátrico, para o sujeito deprimido, encontra seu foco no que é visto como deficitário, para os psicanalistas Delouya e Kehl as formas de representação possíveis do que falta ao sujeito nunca serão deficitárias, e sim tentativas de valer-se ou não de seus recursos psíquicos, constituídos no tempo (Kehl) ou no espaço (Delouya) psíquicos. Excelentes divergências de entendimentos surgem neste campo analítico.

É possível pensar um tipo de depressão marcando uma estrutura psíquica como um vetor da neurose, segundo Maria Rita Kehl, por haver aí algo que define o psíquico na relação que se estabelece entre a depressão e o tempo. O tempo como construção social, mas também como a condição ontológica do psiquismo, que Lacan, “[...] em *O tempo lógico*, faz recordar ao leitor de Freud que o sujeito da psicanálise não advém de um lugar, ou seja, de uma relação com o espaço, mas de um *intervalo*, isto é, de uma lógica

²⁷ DELOUYA, Daniel. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 15.

temporal”²⁸. As formas de simbolização da ausência, em relação ao espaço e ao tempo, para Delouya e para Kehl, abrem possibilidades teóricas e clínicas importantes na Psicanálise que se pratica no Brasil.

Para que se possa aí chegar, ou seja, tecer um entendimento da clínica da depressão na atualidade, é necessário recuar em direção às primeiras investigações sobre a melancolia. Muito antes de *Luto e melancolia*, Freud relacionou a melancolia com a sexualidade oral e anal, e junto com Karl Abraham, ainda hoje é de se concordar que novos horizontes fundamentais foram abertos, para além do contexto do início do século XX, na compreensão do fenômeno melancólico.

Karl Abraham refere-se a uma “depressão de ânimo neurótica”, que não foi suficientemente valorizada em sua época, ao contrário de hoje, que estamos “às voltas” para entender o que há nessa depressão tão valorizada para a Psiquiatria médica e seus laboratórios fabricantes de antidepressivos. Estamos nos referindo aos meados da primeira metade dos anos 1900, em que o termo “depressão de ânimo” servia para designar tanto estruturas neuróticas como estados de tristeza, desânimo, inapetência para a vida. Embora todos estes males participem do sofrimento do depressivo, o referido termo, tributário da Psiquiatria desde então, foi um conceito fecundo nas reflexões abrahamianas, porém hoje revela confusões no que diz respeito à singularidade de uma depressão como forma de sofrimento neurótico.

Hoje estamos diante de um cenário em que a depressão, como campo de certa exclusividade da psiquiatria, atinge aproximadamente 10 % da população mundial. E, para tratar dessa população, o diagnóstico médico é referendado no DSM-5, que apresenta uma categoria de transtornos depressivos considerada muito bem definida e muito bem distinta de outra categoria, a de transtornos de ansiedade. Os transtornos são listas infindáveis que classificam num universo de nomenclatura os chamados transtornos de

²⁸ KEHL, 2009, p.113.

humor, que se incluem na lista dos “estados de ânimo depressivo”, os transtornos causados pela “perda de interesse ou de capacidade para o prazer”.

A infindável lista dos transtornos poderia incluir também, no centro das depressões, importantes transtornos existenciais, expressos por meio das (poucas) palavras daqueles que se queixam nos consultórios dos psicanalistas de que suas vidas não fazem sentido e não valem a dor de viver. Além disso, encontramos com frequência, entre os depressivos, transtornos na percepção temporal revelada por aqueles que sentem que o tempo cotidiano, sem a sustentação de uma fantasia a respeito do futuro, tornou-se um tempo estagnado, um tempo que não passa. Transtornos da esperança trazem graves efeitos colaterais da resignação e fatalismo, sintomas da anulação do sujeito (do desejo) quando ele vive a impressão, ou a certeza, de que sua existência não há de fazer nenhuma diferença no curso “natural” de uma vida que não lhe pertence, pois já está desde sempre determinada por interesses e poderes planetários imunes aos efeitos da ação política. Sem contar os transtornos da imaginação, colonizada pela indústria onipresente do espetáculo.²⁹

Como se vê, o problema não está no fato de a Psicanálise não oferecer à depressão, conceito médico desde sua origem, uma categoria específica nosológica na teoria freudiana para abarcá-la. Pois o que se põe como desafio a uma psicanálise voltada para a clínica da depressão é que consiga entender “[...] em que consiste o nó que amarra o conjunto de ‘transtornos’ que se manifestam, acima de tudo, pela via da palavra, ainda quando tais incidências da linguagem atinjam também o funcionamento do corpo erógeno”³⁰. Quem sabe os nós que amarram³¹ o conjunto de “transtornos” que se manifestam pela palavra, que podem escorrer pelo corpo, nos ofereçam laços ou formas de laços, ou enlaçamentos possíveis de entender como o campo psíquico se põe à mostra hoje.

Neste recuo de um contexto histórico tão distante para uma perspectiva

²⁹ KEHL, 2009, p. 53.

³⁰ *Ibidem*, p. 53.

³¹ Não havia me dado conta do que já tinha lido no texto da Maria Rita quando preparei o texto para a qualificação, ocasião em que o professor Paulo Carvalho generosamente me alertou para esta questão que releio.

de entendimento para a atualidade, reacende o olhar para uma humanidade, no sentido daquilo que é parte do humano. Estamos falando de um *pathos*, intrinsecamente estruturado na sexualidade, e nos interessa saber que relação esse “afeto” tem com os diagnósticos de depressão. Alguns sinalizadores apontam as direções deste trabalho, que se propõe a pensar a clínica com pacientes diagnosticados depressivos: o entendimento do que seja a depressão não se desenvolve a partir do que se perspectiva em apoiar a tese da melancolia como psicose; soma-se outro entendimento, o qual tem como formas clínicas da depressão a interpretada a partir da teoria da neurose.

Nossa hipótese é de que não se trata de questões de exclusão nem de substituição, para aquilo que o campo psicanalítico denomina depressão(e/ou melancolia); e o que pode decorrer das posições de entendimento vem aliviar dificuldades clínicas. E, oferecer, assim, uma dinâmica mais ampla e coesa de entendimento dos tempos atuais epidêmicos de doença mental, desde aqueles anos de 1970.

Meu vô chegou vitalizado depois de mergulhar nas águas de um rio próximo ao bairro, enquanto os primeiros raios de sol evaporavam as gotas da aurora do dia em seu crepúsculo matutino. “O oposto da depressão não é a felicidade e sim a vitalidade. E hoje minha vida é vital, mesmo nos dias em que estou triste³²”, disse Andrew Solomon, que recorreu à farmacologia – o que meu vô não fez. Chegou anunciando a todos que o que o tinha abatido era uma doença cuja cura não estava na Medicina. Naquela época, década de 70, não sabíamos o que seria a depressão, longe estávamos de entender o que meu vô já anunciava: “A medicina não nos reinventará”. De lá para cá, houve uma maciça e acelerada produção de neuro e psicotrópicos, de estudos e tratamentos.

Meu avô não fez análise, nem sabíamos o que era Psicanálise naquela

³² SOLOMON Andrew, *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Trad. Myrian Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 214.

família de religiosos. Seu recurso foi se apropriar de uma tradição, um ritual, como uma reza, em que o contato com a natureza era fonte de revitalização. Prestes a cair na desistência, tomou pulso de sua vida, depois daquele banho na aurora do dia, quando o dia ainda não tinha cometido nada de errado; na aurora, é quando ainda é inocente. Saiu revitalizado, mas não curado, sempre em pé tocando a vida. Entretanto, naquele homem de aparência forte, ao longo dos anos fez-se um choro constante, meu vô chorava para dentro, silencioso, sempre, não interessava onde estivesse, geralmente a uma certa distância, observando a família reunida. Cresci me perguntando por que meu vô chorava; e hoje é como se eu o escutasse através de meus pacientes, numa rede complexa de interrogações, crendo que ainda há algo para dizer sobre a depressão, embora saiba que um indizível sobre nossas existências escapa a qualquer tentativa de preenchimento. Talvez exatamente por isso, no banho de aurora meu vô tomou pulso perante a dor de existir, mas cuja dor nunca o abandonou de fato, e é sobre essa dor que o deprimido nos interroga.

CAPÍTULO I

A) **Karl Abraham**

Recorro de início a Karl Abraham, um dos primeiros e mais ilustres discípulos de Freud, brilhante a respeito do que se consolidou como teoria da libido e a relação com a escolha da neurose, para entender que, na prática analítica, e também fora do espaço analítico, a propagação do diagnóstico de depressão acompanha um complexo movimento existente no medicar-se. Por fim, os ensinamentos de Freud sobre a teoria da libido e sua relação com a escolha da neurose. O que Freud chamou de “escolha da neurose” remete à singularidade que justifica por que uma pessoa cai enferma de uma neurose específica, e não de nenhuma outra. Isso pode fornecer pistas ao que seja depressão em sua expressão contemporânea e, conseqüentemente, como essa expressão contemporânea se traduz em termos de diagnóstico preliminar e condução de análise.

Os adultos de hoje não parecem distanciados daqueles da época de Abraham que, como “crianças mimadas”, anseiam incessantemente pela satisfação costumeira e reagem à frustração de uma fonte de prazer à qual se acham morbidamente fixados, formando sintomas neuróticos de uma depressão de ânimo.

Há aqui um ponto importante realçado pelo autor, que se refere a esta origem da depressão de ânimo que não foi suficientemente valorizada. Ou seja, atribuir valor a esta forma elementar de depressão ofereceria informações sobre a psicogênese dos estados depressivos. Abraham considerou a presença de sintomas que apresentam uma relação direta com a ingestão de alimentos; em outros termos, com uma fonte oral, que põe em evidência a experiência de fome e temor. É no corpo depressivo que a fome e o temor se alojam como sintomas, refletindo as dores subjetivas deste estado que poderíamos chamar

de melancólico. E o efeito sugestivo da receita médica, associado à crença do neurótico em encontrar alívio ao colocar qualquer coisa na boca, mesmo sem prescrição médica, tem para Karl Abraham uma interpretação que hoje recoloca a questão do corpo medicado e depressivo.

A melancolia, tantas vezes reconstruída ao longo dos tempos, como forma humana de representar essa dor da ausência que nos constitui como sujeitos da falta, atualmente ganha novos significados e atribuições. Podemos dizer que esses novos significados e atribuições passam a fazer parte do cotidiano como uma reação das pessoas às grandes transformações, ao buscarem, na ilusão de uma gratificação narcisista, uma saída através das formas arcaicas e subjetivas de gozar. Para entender, refaremos o percurso que nos leva a Karl Abraham e sua contribuição à Psicanálise.

Em 1913, numa conferência para a Sociedade de Berlim, Abraham mostrou-se preocupado com a inter-relação dos instintos nutricionais e sexuais e, em 1916, publicou “O primeiro estágio pré-genital da libido”, uma de suas contribuições mais brilhantes à Psicanálise. Acrescentam-se a esta dois textos de 1924, “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais”, valioso aporte ao que hoje chamamos de clínica dos distúrbios da oralidade, e “Influência do erotismo oral na formação do caráter”. Neste conjunto de estudos³³, Abraham confirmou as conclusões de Freud sobre o erotismo oral, ao demonstrar também, através de material clínico, exemplos de hábitos orais infantis persistentes na predisposição neurótica. É importante aqui salientar que Abraham interveio nesta parte dos debates na primeira metade do século XX, quando definiram os rumos da teoria psicopatológica dos estágios do desenvolvimento psicosexual, procurando encontrar no entendimento dos pontos de fixação e de regressão temporal da libido a explicação para a clínica.

³³ Nesse conjunto há dois outros estudos da *Teoria Psicanalítica da Libido*: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido, nos quais Karl Abraham se dedicou à psicose maniaco-depressiva e estados afins, e à teoria do caráter anal.

Abraham, cujos estudos de melancolia se estenderam até a chamada psicose maníaco-depressiva, fundamentou os efeitos que a problemática do narcisismo colocou para a teoria e para a prática psicanalíticas. O mesmo não foi diferente em Freud, que no estudo de 1914 introduziu a questão do narcisismo pela via do problema da psicose, situando-a no narcisismo secundário, revelando uma estrutura básica, o narcisismo primário, formadora do ego. A partir disso, novas formulações irão constituir concepções desde então existentes, o que, na atualidade, vem com toda força expressar a distinção entre psicose, melancolia, neurose narcísica e depressão.

Reconhecendo o que Freud declarou no texto de 1912: “Os destinos da libido são decisivos para a saúde ou para a doença nervosa”, Abraham observa uma regressão do investimento libidinal do objeto para a fase oral da libido, fase anterior à escolha de objeto. E confirma que a predisposição à melancolia está diretamente relacionada com a escolha de objeto do tipo narcísico. No texto de 1916, “O primeiro estágio pré-genital da libido”, Abraham revê os fatos que antecederam suas conclusões e que serviram de base para a teoria dos estágios pré-genitais da libido. São fatos observados sobre os primeiros fenômenos da sexualidade infantil. E lembra que Freud reconhece a autoridade que, muito antes dele, em 1879, havia chegado às mesmas conclusões: trata-se de Lindner, que notara o caráter libidinal do processo; chamou-lhe a atenção o fato de que o sugar, independente de saciar a fome, era realizado com intensidade pelas crianças. Chamou-lhe a atenção que esta intensidade durante o ato de sugar aumentava até alcançar uma espécie de orgasmo, provocando o adormecimento da criança. Associado ao sugar, atentou para o instinto do agarrar e identificou assim uma gradual transição do sugar para a masturbação, ou seja, “[...] para uma atividade de caráter indiscutivelmente sexual”³⁴.

Freud acrescentou aos estudos de Lindner características determinantes

³⁴ ABRAHAM, Karl. *Teoria Psicanalítica da Libido*: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970, p. 52.

da sexualidade infantil, tais como: essa atividade instintiva, o sugar, não se acha dirigida ao objeto, mas se manifesta autoeroticamente; a forma primitiva de expressão sexual depende de uma função importante para a preservação da vida, portanto não é um fenômeno independente; a membrana mucosa dos lábios é uma zona erógena de obtenção de prazer, portanto, a satisfação liga necessidade de nutrição e zona erógena.

E diz Abraham:

Na infância, o indivíduo tem um intenso prazer no ato de sugar e já nos familiarizamos com o ponto-de-vista de que esse prazer não deve ser creditado inteiramente ao processo de ingerir alimento, mas sim que se acha em alto grau condicionado pela significação da boca como zona erógena.³⁵

Entende-se com isso que o alimento, como objeto de uma necessidade orgânica, física, se distingue, como objeto do instinto, daquilo que constituirá o objeto da pulsão, isto é, o seio materno para o bebê. No desmame, quando esse objeto é abandonado, ou seja, quando a satisfação desliga-se da necessidade de nutrir-se, tanto o objeto quanto o objetivo ganham autonomia com respeito à nutrição, constitui-se o protótipo da sexualidade oral para Freud – o chupar o dedo – e o início do autoerotismo. Este estado original da sexualidade infantil, anterior ao do narcisismo, conduziu Karl Abraham a pensar sobre a fase oral como organização sexual pré-genital canibal – momento em que o prazer está relacionado à ingestão de alimento e à excitação da mucosa dos lábios e da cavidade bucal –, denominado por Freud de incorporação do objeto.

O brilhantismo da investigação realizada por Karl Abraham está em buscar nos pontos de fixação e na regressão temporal da libido o destaque para uma teoria psicopatológica que irá explicar sua experiência clínica. Diz ele:

³⁵ *Ibidem*, p.163.

Com base na experiência psicanalítica, viemos a assumir o ponto-de-vista de que aqueles elementos da sexualidade infantil que são excluídos de participação na vida sexual do indivíduo adulto em parte se transformam em certos traços de caráter [...].³⁶

E lembra que tal ponto de vista não partiu dele: “Como é bem conhecido, Freud foi o primeiro a demonstrar que certos elementos do erotismo anal infantil sofrem uma transformação dessa espécie”³⁷. Nas páginas que antecedem essas afirmações, o autor realça o que já estava concebido, ou seja, que a melancolia encontra suas raízes nas fases orais e anais precoces, nas quais o sujeito teria se fixado:

Já dissemos que a tendência em abandonar o objeto de amor tem sua origem na fixação da libido na fase anterior do nível sádico-anal. Entretanto, se descobrirmos que o melancólico se inclina a abandonar essa posição em favor de uma ainda mais primitiva, ou seja, o nível oral, temos então de supor que existem certos pontos de fixação em seu desenvolvimento libidinal que datam da época em que sua vida instintiva se achava ainda centrada na zona oral.³⁸

O entendimento de que, nos primeiros meses de vida, o *infans* ainda não constitui “uma unidade primitiva comparável ao eu”, conforme mostrou Freud, permite pensar nesse corpo como “sede de experiências fragmentadas de prazer” que, aos poucos, organizam os investimentos pulsionais.

[...] é uma suposição necessária, a de que uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido. Mas os instintos autoeróticos são primordiais; então deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se forme o narcisismo.³⁹

Eis um desdobramento conceitual importante na constituição do que seja o narcisismo precedido pela fase autoerótica, que “[...] situa o ego como

³⁶ *Ibidem*, p. 161.

³⁷ *Ibidem*, p. 161.

³⁷ *Ibidem*, p. 108.

³⁸ FREUD, S. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos [1914-1916]*. *Obras completas*, vol. 12. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 10.

investimento libidinal”⁴⁰, explica Joel Birman. Essa unidade comparável ao eu, ao ego, não existe desde o começo no indivíduo, e é preciso que ocorra um novo ato psíquico para que essa unidade narcísica se forme, conduzindo o bebê a identificar-se com ele mesmo, num encontro com seu próprio eu. Um novo ato psíquico que estrutura o narcisismo se reserva em um fator constitucional das pulsões de autoconservação que, por não se satisfazerem mais na modalidade fantasmática, exigem um objeto externo. Foi nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* que Freud, pela primeira vez, estabeleceu a relação entre as pulsões sexuais e as necessidades – as primeiras derivam das segundas mediante uma operação pensada através da noção de apoio. “[...] as pulsões sexuais se constituíram num momento mítico da história do sujeito, emergindo das ‘necessidades’ e estruturando o funcionamento fantasmático”⁴¹, lembra Joel Birman.

Abraham, ao salientar que a vida psíquica do melancólico gravita **sobretudo**⁴² em torno da mãe, afirma a reação narcísica que tem origem na fixação da criança com o objeto que assegura sua satisfação: o seio, a mãe. Essa reação surge da mesma fonte na qual as fantasmáticas em torno da fome e temores se formarão em relação à mãe, “[...] seja para dominá-la ou destruí-la, seja para manter com seu corpo uma relação privilegiada, seja ainda numa reação narcísica e emprego do duplo (com o Ego Ideal)”⁴³. O fantasma da incorporação do objeto, que na alucinação aplaca a falta, a insatisfação, é uma solução imaginária de intervenção corporal, oral, digestiva, sem deixar de ser destrutiva e sádica. No entender de Karl Abraham, essa reação organizadora do narcisismo não se restringe a uma fase evolutiva na história libidinal do sujeito, no sentido de passageira, mas sim uma estrutura permanente porque persiste apesar das reestruturações libidinais posteriores.

⁴⁰ BIRMAN, Joel; NICÉAS, Carlos Augusto (Coords.). *O objeto na teoria e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Campus, 1984, p. 19.

⁴¹ *Ibidem*, p.19.

⁴² Guy Rosolato inclui esse termo ao intercalar na afirmação a ideia de que tantos outros elementos sobrevestem a vida psíquica do melancólico, porém, “**acima de tudo**”, em torno da mãe.

⁴³ BIRMAN, Joel; NICÉAS, Carlos Augusto (Coords.), *op. cit.*, p. 84.

Anterior ao texto de *Introdução ao narcisismo*, Freud escreveu “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico”⁴⁴, esclarecendo brilhantemente esse processo acima descrito. Esse texto escrito em 1911 foi um dos estudos fundantes da teoria das pulsões, e é interessante como a ideia de uma experiência de temor e fome presente nos escritos de Abraham constrói-se neste texto. Através dos termos *Lust-Unlust* – prazer e desprazer, Freud mostrou como se constitui no interior de aparelho psíquico a tendência em nos apegarmos às fontes de prazer à nossa disposição; e a dificuldade com a qual renunciamos a elas⁴⁵. Com a introdução do princípio de realidade, se separa uma espécie de atividade de pensamento, constituindo, assim, a atividade de fantasiar, que começa já nas brincadeiras infantis e, posteriormente, conservada nos *devaneios*, abandonando a dependência de objetos reais, explica Freud.

Devido a essas condições, cria-se uma relação mais estreita entre o instinto sexual e a fantasia, por um lado, e os instintos do Eu e atividades da consciência, por outro. Tanto em indivíduos sãos como em neuróticos esta relação se apresenta bem íntima, embora tais considerações de psicologia genética nos façam reconhecê-la como secundária. A continuidade do autoerotismo é que torna possível se ater por tanto tempo à satisfação mais fácil com o objeto sexual, momentânea e fantástica, em lugar da satisfação real, que demanda esforço e adiamento. A repressão permanece todopoderosa no âmbito da fantasia; ela consegue inibir ideias *in statu nascendi*, antes que sejam notadas pela consciência, quando o seu investimento pode ocasionar o desprazer. Esse é o ponto fraco de nossa organização psíquica, que pode ser utilizado para fazer voltar ao domínio do princípio do prazer processos de pensamento que já se haviam tornado racionais. Um elemento essencial da predisposição psíquica para a neurose é então fornecido pelo atraso em educar o instinto sexual na consideração da realidade, e também pelas condições que tornam possível esse atraso.⁴⁶

Freud entendeu que “A continuidade do autoerotismo torna possível se ater por tanto tempo à satisfação mais fácil com o objeto sexual, momentânea

⁴⁴ FREUD, S. *Caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911–1913)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 85.

e fantástica, em lugar da satisfação real, que demanda esforço e adiamento”. A satisfação no próprio corpo do indivíduo, favorecendo o não-encontro com a situação de frustração, forçou o advento do princípio de realidade. Quando, posteriormente, começa o processo de encontrar um objeto, ele é logo interrompido pelo longo período de latência que retarda o desenvolvimento sexual até a puberdade, esclarece Freud. E estes dois fatores – autoerotismo e período de latência – ocasionam que o instinto sexual seja detido em seu desenvolvimento psíquico e permaneça muito mais tempo sob domínio do princípio de prazer, do qual, em muitas pessoas, nunca é capaz de se afastar, diz Freud.

No texto “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico” (1911), Freud expõe o funcionamento dos princípios fundamentais da teoria das pulsões, ou seja, como se constitui o sujeito do desejo – o sujeito humano. O psiquismo funciona com dois princípios, e o princípio que rege o psiquismo na infância é o princípio do prazer, que é um princípio do prazer possível experimentado na infância que não é o da vida intrauterina perdida ao nascer, mas o que é possível a partir daquela experiência que ainda se prolonga nos primeiros momentos após o nascimento. Por se prolongar nos momentos que precedem o nascimento, o organismo ainda alimentado faz com que a experiência de saciedade permaneça protegendo o pequeno *infans*, até o momento em que irá experimentar o que na vida intrauterina não experimentou, ou seja, a fome.

Abraham chama a atenção para uma origem da depressão de ânimo neurótica que não parece ter sido suficientemente valorizada. E essa origem tem relação direta com a satisfação autoerótica e que se apresenta com duas finalidades: uma é a de impedir uma depressão de ânimo ameaçada, e a outra é de afastar a que já se instalou. Seu emprego no primeiro sentido é ilustrado pelo fato de que muitos neuróticos se voltam imediatamente para seu método costumeiro de satisfação já de manhã cedo, a fim de impedir uma depressão

de ânimo: “Cada novo dia, cada retorno à vida desperta, enche-as de vivo desagrado. Esse desagrado duraria e estragaria todo o seu dia se não recorressem à sua forma costumeira de satisfação, como a uma medida profilática contra a depressão neurótica. E as diversas espécies de excitação da zona oral [...]” são de significação particular a este respeito.⁴⁷

Em uma palestra⁴⁸, a psicanalista Maria Rita Kehl explica como se desenvolve o processo de construção dos recursos psíquicos a partir das primeiras experiências. No início, a experiência da fome é totalmente orgânica, e o choro é uma expressão muscular reflexa de desconforto. Ao ser atendido, o recém-nascido vivenciará a primeira experiência de saciedade – experiência primeva, que passa pelo tubo digestivo e aplaca o desconforto causado pela fome, como uma expressão orgânica neste momento, explica Maria Rita Kehl. É exatamente a repetição dessa experiência que formará o que Freud chama de trilhamento mental, “[...] que parte da marca mnêmica dessa pequena memória da experiência de satisfação e da marca psíquica que a experiência de fome, dor ou outro desconforto imprimiu”. E, assim, começa a percorrer associações para encontrar a marca mnêmica do objeto, que é o seio, o leite, a proteção. Maria Rita Kehl fala de uma parábola científica por partir da observação, sem ter muito como confirmar, de como o humano passa da pulsão à linguagem. É a primeira representação psíquica, ou seja, representação do objeto que lhe irá satisfazer, como uma marca, ainda não como linguagem, mas como um meio ambiente, como uma marca de memória, diz a palestrante. “A criança adquire a primeira representação psíquica.” A fome como um mal-estar orgânico fica associada ao objeto de satisfação, e nesse caminho psíquico, que parte de uma tensão de necessidade para a sua representação, constitui-se o que a Psicanálise nomeia como sendo o desejo. O desejo não é nem um impulso, ou seja, a falta, nem o objeto; “O desejo é o trilhamento, é um movimento psíquico, e não um estado, uma

⁴⁷ ABRAHAM, 1970, p. 75.

⁴⁸ Palestra para o grupo O Povo em Pé, projeto Máquina do Tempo, 5 de agosto de 2012.

coisa, uma marca”, anuncia Maria Rita Kehl

O difícil é calcular, de maneira eficaz, o peso relativo dos fatores constitucionais e seus acidentes. Por exemplo, a respeito de as pulsões sexuais retirarem a libido investida no objeto não encontrado ou não satisfatório e fazerem-na voltar sobre o próprio ego, firmando na reversão da pulsão, de volta ao eu, o objetivo sexual. Ou seja, o caminho psíquico que parte de uma tensão de necessidade para a sua representação – o desejo. Este cifrará as identificações futuras, pois caracterizou a relação de amor com a mãe – relação de ambivalência, sustentada pela fantasia da criança.

Vê-se, assim, que constituição e acidentes são fatores que apontavam, na época de Abraham, e apontam hoje para o fato de que estamos diante de uma linha tênue entre a normalidade e a psicopatologia.

Não é possível, neste assunto, fazer uma distinção nítida entre a inclinação normal e o hábito, por um lado, e a compulsão patológica, por outro. Para fins práticos, contudo, podemos em geral estabelecer um critério, que é a maneira pela qual o indivíduo tolera a abstinência temporária do estímulo a que está acostumado. A reação de uma pessoa à frustração de uma fonte de prazer à qual se acha morbidamente fixada apresentará cunho patológico. Ela formará sintomas neuróticos. Não há dúvida de que na pessoa normal a satisfação das necessidades sexuais exerce acentuada influência sobre sua disposição. Contudo, a pessoa sadia é capaz de tolerar, dentro de certos limites, uma falta temporária de sua satisfação habitual. Ela pode, além disso, obter certas gratificações substitutas ao longo da linha da sublimação. A mesma coisa pode ser dita de um grande número de neuróticos. Outros, porém, são extremamente intolerantes quanto a qualquer diminuição de seu prazer costumeiro e tanto mais o são quanto menos sua vida instintiva se achar afastada do nível infantil.⁴⁹

Semelhantes a crianças “mimadas”, os adultos do tempo de Abraham e do tempo de hoje parecem dar corpo a uma economia libidinal que anseia incessantemente pela satisfação costumeira. E, bem como previu Abraham, a consequência disso é tornarem-se completamente dependentes dela – que a

⁴⁹ ABRAHAM, 1970, p. 74.

chamou de satisfação costumeira – e reagirem com grande desprazer se têm de passar sem seu prazer habitual.

Karl Abraham, para explicar este fato, recorreu ao efeito sugestivo da receita médica, e a experiência mostrou que os neuróticos se sentiam momentaneamente aliviados ao colocarem qualquer coisa na boca, mesmo sem prescrição médica. O que se vê hoje foi naquele momento um fenômeno para o especialista em doenças nervosas, quando percebeu que, para os neuróticos deprimidos ou excitados, o efeito “sugestivo” de um vidro de remédio não reside unicamente no tratamento medicamentoso, mas, em grande parte, “[...] em sua função de fornecer à boca do paciente algo que lhe desperta ecos de suas mais antigas e agradáveis lembranças.”⁵⁰

B) Fixação e impedimento

O entendimento de Abraham nos remete ao texto “Sobre os tipos neuróticos de adoecimento”, escrito em 1912 por Freud, e auxilia a pensar em certa dissolução de fronteira entre os conceitos *Fixierung* e *Versagung*, fixação e impedimento, que possuem papéis importantes na causação da neurose. O conceito de impedimento, que na teoria freudiana não significa “frustração”, como muitas vezes foi traduzido, talvez possa se pensar que não significa que ao final algo não se frustra, pela própria característica de fixidez do que será impedido. São conceitos que desfazem, de certa forma, a ideia de que há um determinante separador entre os fatores externos e os fatores internos na causação da neurose.

Neste texto, Freud enumera quatro tipos de desencadeamento de adoecimentos neuróticos. São adoecimentos que têm suas causas condicionadas por fatores como o impedimento, a fixação, a inibição do desenvolvimento e o fator quantitativo, ou seja, quantidade de libido, que

⁵⁰ *Ibidem*, p. 74.

pode apresentar uma intensificação nos períodos associados à puberdade, à menopausa e até mesmo em periodicidade ainda desconhecida.

Essa ideia de uma estrutura tipológica para demarcar o campo de adoecimento não é de toda verdadeira porque, por um lado, demonstra a intenção metodológica, por outro, não se reduz ao entendimento classificatório das tipologias. Freud reconheceu os destinos das neuroses como decisivos para a saúde ou para a doença “nervosa” e incluiu o conceito de predisposição. Reproduzo aqui uma parte importante do comentário do editor Gilson Iannini da publicação recentemente lançada deste texto pela Editora Autêntica, que pode até ser dispensável ao leitor familiarizado com o pensamento de Freud, porém vale realçar a perspectiva sobre os fatores externos e internos, sobre o que se entende como destino e como constituição, que se estabelecem pela inclusão de um, sem a suspensão do outro:

Salta aos olhos a fineza com que Freud faz trabalhar a dialética entre “tipo” e “singularidade”. Além disso, quanto à espinhosa questão da neurose, o artigo nos convida a abandonarmos a “infecunda oposição entre fatores externos e internos, entre destino e constituição”, o que basta para mostrar como Freud estava à frente não apenas de seu tempo, mas talvez até mesmo do nosso.⁵¹

Esses fatores são “medidos”, poderíamos dizer, pela relação da libido com a busca de satisfação, e pela quantidade de libido na causação da doença. São importantes para a afirmação freudiana de que as neuroses surgem do conflito entre o Eu e a libido – uma das principais teses da doutrina da neurose. A outra tese refere-se a não haver “[...] distinção qualitativa entre as condições da saúde e as da neurose, e que as pessoas sadias precisam se haver com as mesmas tarefas para dominar a libido, só que elas se saem melhor”⁵².

⁵¹ Sobre os tipos neuróticos de adoecimento (1912). In: *Neurose, psicose, perversão*. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (*Obras incompletas de Sigmund Freud*; 5).

⁵² *Ibidem*, p. 78.

Ou seja, ao apresentar uma tipologia dos modos de adoecimento neurótico, explica as diferentes maneiras como um sujeito se torna neurótico. E temos, assim, a partir de elaborações conceituais, a construção de uma teoria geral da neurose, que apresenta um destaque conceitual em torno do papel da *Fixierung* (fixação) na causação da neurose.

No texto de 1912, Freud diz que, pela Psicanálise, “[...] reconhecemos que os destinos da libido são decisivos para a saúde ou para a doença nervosa”; que a investigação psicanalítica “[...] possibilitou demonstrar que a predisposição neurótica reside na história do desenvolvimento da libido e reconduzir os fatores que nela atuam a variedades congênitas da constituição sexual e a influências do mundo exterior vivenciadas na tenra [*föhren*] infância”⁵³. Para Freud, o indivíduo mantinha-se sadio enquanto sua necessidade amorosa estava sendo satisfeita, mas quando o objeto de satisfação lhe fosse subtraído, sem que encontrasse um substituto para ele, esse indivíduo tornava-se neurótico. “Aqui, felicidade coincide com saúde, e infelicidade, com neurose”⁵⁴.

Em outros termos, o que se vê a respeito do que Freud atribuiu ao fator externo, descrito como impedimento [*Versagung*] e determinante na formação de neurose, é [...] uma reatualização do mesmo efeito nas formas narcísicas hoje. Freud pensou os determinantes da neurose numa sociedade em que as limitações culturais de acesso aos objetos de satisfação estavam longe de serem os da sociedade atual, que oferta produtos como fonte de satisfação, formas de bem-estar e de sexualidade estimulada por um imaginário de superação dos impedimentos sociais e de vida bem-sucedida, entre muitos outros garantidores de satisfação e felicidade. “É mais fácil a cura [*Heilung*] vir pelo destino do que pelo médico, pois o destino pode oferecer um substituto para a possibilidade de satisfação perdida”⁵⁵, diz Freud a

⁵³ *Ibidem*, p. 71.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 72.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 72.

respeito de um tipo de adoecimento que tem na abstinência o desencadeamento da neurose.

O tipo de adoecimento neurótico causado pelo não-encontro com o objeto de satisfação, “[...] ao qual pertence a maioria dos seres humanos”, começa pela abstinência, diz Freud. O que se vê na atualidade é que a abstinência tem seu entendimento no ato de privar o sujeito das formas graves de gozo, ancorada, por um lado, pelo saber médico e, por outro, pelo senso comum. Mesmo a respeito das compulsões adictas voltadas para as políticas proibitórias do uso de drogas ilícitas, avaliando decisões muitas vezes forçadas para que o indivíduo não faça mais algo, como beber, fumar ou consumir drogas, nem sempre coíbe.

Com isso, poderíamos pensar que uma sociedade maleável, flexível, resultaria em menos efeitos patogênicos, por represar menos ou nada a libido e assim não submeter o indivíduo a tolerar sem perspectiva uma tensão psíquica. A sociedade pós-freudiana não encontrou nas formas discursivas liberais uma saída para o conflito humano, muito pelo contrário, a ver pelo toque final à medicalização da melancolia que o século XX descobriu e produziu para a primeira grande doença civilizatória da Europa. A melancolia, que no final do século XVI e começo do XVII começou a ser diretamente relacionada a um estado complexo do corpo e do espírito, para além do que se entendia como doença do humor negro, prenunciava o que muitos autores referem como deserto moral no qual desembocaria o individualismo liberal. A medicalização da melancolia acompanhou uma autêntica mutação na natureza humana, geralmente designada como ascensão do individualismo e descoberta do mundo interior, diz Jean Starobinski em *A tinta da melancolia: uma história cultural da tristeza*⁵⁶, seu último livro sobre a melancolia. Nos estudos sobre os tipos neuróticos de adoecimento, Freud fala que o indivíduo adocece na

⁵⁶STAROBINSKI, Jean. *A tinta da melancolia: uma história cultural da tristeza*. Trad. Rosa Freire d’Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

tentativa de se adequar à realidade e de cumprir sua exigência real, o que o faz deparar-se com dificuldades internas insuperáveis.

Ao longo da vida, o adoecimento surge nos momentos mais inesperados, “quando tudo parecia estar bem”, como me disse certa vez um paciente que foi surpreendido por um evento depressivo no momento auge de sua vida. Com a clareza de quem também viveu essa experiência, Solomon declara:

Eu só entrei em depressão depois de ter resolvido quase todos os meus problemas. Minha mãe morrera três anos antes e eu começara a me conciliar com isso; estava publicando meu primeiro romance; me dava bem com a minha família, emergira intacto de um relacionamento poderoso de dois anos: comprara uma casa bonita; escrevia para a conceituosa *The New Yorker*. Quando a vida estava finalmente em ordem e todas as desculpas para o desespero tinham sido exauridas é que a depressão chegou, dissimulada com suas leves passadas, e estragou tudo.⁵⁷

E o autor entende que “[...] estar deprimido por ter vivido um trauma ou quando a vida está claramente uma bagunça é uma coisa, mas sentir-se deprimido quando você finalmente está distanciado do trauma e sua vida não é uma bagunça é terrivelmente confuso e desestabilizador”⁵⁸. O estudo publicado em 1916 sobre os que fracassam ao triunfar faz parte do conjunto de textos de *Introdução ao narcisismo* [1914] e compõe o capítulo sobre os tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica, formando um conjunto que, relacionados ao estudo *Luto e melancolia*, pode orientar a prática clínica.

Voltando ao texto sobre os “Sobre os tipos neuróticos de adoecimento”, Freud recomenda “[...] distinguir nitidamente os dois tipos de adoecimento, mais do que a observação permite.”⁵⁹ Inicialmente, reforça essa distinção, destacando para o primeiro tipo uma alteração no mundo exterior e,

⁵⁷ SOLOMON Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Trad. Myrian Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p.38.

⁵⁸ *Ibidem*, p.40.

⁵⁹ FREUD, S. *Sobre os tipos neuróticos de adoecimento* (1912). In: *Neurose, psicose, perversão*. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. (Obras incompletas de Sigmund Freud; 5).

para o segundo tipo, esclarece que “[...] a ênfase recai sobre uma alteração interior”. No primeiro tipo, se adoece a partir de uma vivência que tem como tarefa renunciar à satisfação, e o indivíduo adoece por sua capacidade de resistência; no segundo, adoece-se a partir de um processo de desenvolvimento, ou seja, o indivíduo se vê frente à tarefa de trocar um modo de satisfação por outro, “[...] e a pessoa fracassa por sua rigidez”⁶⁰, afirma Freud. É nesse tipo de adoecimento neurótico que, desde o início, se presentifica um conflito bastante antagônico entre “[...] o anseio [*Bestreben*] do indivíduo em permanecer assim como é e em se alterar a partir de novos propósitos e novas exigências da realidade”⁶¹. Difere do primeiro caso em que “[...] o conflito surge apenas depois que a libido represada escolheu outras possibilidades, na verdade inconciliáveis, de satisfação”⁶².

O impedimento [*Versagung*], que tem um efeito patogênico, tem no segundo caso (aquele em que a pessoa fracassa por sua rigidez) evidenciados os papéis do conflito e da fixação prévia da libido, que “[...] são incomparavelmente mais evidentes do que no primeiro, no qual podem se produzir essas fixações inutilizáveis, eventualmente apenas em consequência do impedimento exterior”⁶³. Isso explica a incapacidade de adaptação à realidade, pois, certamente, a realidade não impede todo tipo de satisfação; é justamente aquela satisfação que o indivíduo declara como a única possível para ele que esclarecerá como o impedimento não parte diretamente do mundo exterior. Esse tipo de impedimento é “[...] primariamente de determinadas aspirações do Eu”, diz Freud.

Neste texto, Freud fundamenta um entendimento importante da Psicanálise, sustentado na questão do impedimento, como fator comum e mais abrangente, que atua na formação de um tipo neurótico que pode ser explicativo do tipo de depressão entendido por Maria Rita Kehl como vetor

⁶⁰ *Neurose, psicose, perversão*. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2016, p. 74.

⁶¹ *Ibidem*, p. 75.

⁶² *Ibidem*, p. 75.

⁶³ *Ibidem*, p. 74.

da neurose. É um tipo de depressão que não se estabelece nem na histeria nem na neurose obsessiva, e não se trata da formação melancólica. É uma constituição depressiva que tem relação com a escolha de neurose do sujeito diante da castração, que é outra maneira de pensar o impedimento. Trata-se de um tipo clínico, e não de um estado se manifestando em qualquer estrutura clínica, que adiante examinarei.

O sofrimento neurótico em que as duas formas de satisfação, a habitual e aquela à qual se aspira, estão submetidas à experiência de impedimento é outorgado por uma fixação prévia da libido. Atentemos para as aproximações entre estas duas formações de sofrimento neurótico: “[...] acontece um represamento da libido com todas as suas consequências, tal como no primeiro caso”. E segue:

Os processos psíquicos que conduzem à formação de sintoma são muito mais evidentes no segundo tipo do que no primeiro, pois as fixações patogênicas da libido não precisam se produzir, já que vigoravam nos tempos de saúde. Uma certa medida de introversão da libido já estava presente, de maneira geral; uma parte da regressão ao infantil é poupada, porque o desenvolvimento ainda não tinha percorrido todo o seu curso.⁶⁴

Associado a esse tipo de adoecimento neurótico, Freud denuncia um agravamento como “exacerbação do segundo tipo” quando “[...] se adocece por uma *exigência real*”. Esse terceiro tipo de adoecimento por *inibição de desenvolvimento* possui uma condição quase isolada, semelhante ao quarto tipo, em que o adoecimento se dá em indivíduos até então sadios, quando prescinde de alterações ou novas vivências. Como nenhum fator externo é tido como desencadeador, o sujeito é pego de surpresa pelo adoecimento neurótico, porém o terceiro tipo possui uma importante distinção do quarto tipo.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 75-76.

Não existiria motivo teórico para distingui-lo, apenas prático, pois se trata de pessoas que adoecem, assim que deixam para trás os anos irresponsáveis da infância e que, portanto, nunca atingiram uma fase de saúde, ou seja, uma fase de capacidade quase irrestrita de realização [*leistung*] e de fruição [*Genuss*].⁶⁵

Se a libido nunca abandona totalmente as fixações infantis, entendemos a situação “periclitante” na qual se encontra tanto o neurótico quanto o tipo depressivo, entendido como o caso mais grave de depressão; ainda hoje assim considerado, de acordo com o capítulo que segue.

No texto “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud se refere à *exigência real* como algo que não se apresenta repentinamente ao indivíduo em crescimento ou já adulto, “total ou parcialmente maduro”. E assim declara:

[...] expressei a opinião de que cada estágio no desenvolvimento da psicosexualidade fornece uma possibilidade de “fixação”, e, assim, de um ponto disposicional. As pessoas que não se libertaram completamente do estágio de narcisismo – que, equivale a dizer, têm nesse ponto uma fixação que pode operar como disposição para uma enfermidade posterior – acham-se expostas ao perigo de que alguma vaga de libido excepcionalmente intensa, não encontrando outro escoadouro, possa conduzir a uma sexualização de seus instintos sociais e desfazer assim as sublimações que haviam alcançado no curso de seu desenvolvimento.⁶⁶

Trata-se, portanto, de uma situação provocada por qualquer coisa que faça a libido refluir, ou seja, que cause uma “regressão”. São casos em que a libido se torna reforçada ou represada, devido a um enfrentamento daquilo que sustenta o desejo. Isso pode ocorrer em circunstâncias, como crescimento ou envelhecimento, as quais obviamente variam continuamente com a idade do indivíduo, assinala Freud. E explica:

O conflito dá lugar à insuficiência, mas nós temos que, também

⁶⁵ *Ibidem*, p. 76.

⁶⁶ FREUD, S. Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Edição *Standard* Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 145.

aquí, postular um anseio a partir de todos os nossos outros conhecimentos, para superar as fixações infantis, do contrário, o resultado do processo nunca poderia ser uma neurose, mas um infantilismo estacionário.⁶⁷

Com o exposto, ficamos advertidos a não omitir que o anseio é um impulso fundamental diante da insuficiência. É importante lembrar que o termo “anseio” possui uma definição ambivalente; por um lado, é sinônimo de desejo, gana, sonho, sede, aspiração; por outro, é sofreguidão, febre, desespero, ansiedade, angústia, aflição. Ao dizer que devemos “postular um anseio” aponta o objeto perdido como causa do desejo e, portanto, contemporaniza as perdas, os fracassos ou os lutos mal elaborados. No caso da depressão, Freud sabia da gravidade dessa decorência.

C) **Depressão: inibição e sintoma**

No texto de 1926 *Inibição, sintoma e angústia*, Freud diz: “A partir daí deve ser possível encontrar uma via para compreender a inibição geral que caracteriza os estados de depressão, incluindo o mais grave deles, a melancolia”⁶⁸. Isso não significa que Freud dissolve a melancolia na depressão, como se trata hoje dessa questão, no sentido em que alertam Berlink e Fédida na introdução de texto “A clínica da depressão: questões atuais”. Quando os autores entendem que, apesar da longa e rica tradição de estudos sobre a melancolia, que começa com Aristóteles, segue, na modernidade, com o estudo de Robert Burton, e prossegue como tema central das nosografias e nosologias psiquiátricas até os anos 70 do século XX, não se manterá na classificação do DSM-IV (naquele momento) nem no CID-10, da Organização Mundial da Saúde. Quando “[...] os capítulos sobre os transtornos do humor desses Manuais, os denominados ‘transtornos

⁶⁷ *Ibidem*, p. 76.

⁶⁸ FREUD, S. *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926–1929)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 19.

bipolares' não se referem mais à melancolia-mania, mas à depressão-mania”, vê-se dissolvida a melancolia na depressão. Se, em parte, a dissolução se deve à proliferação de antidepressivos, à complicada equivalência entre os dois nomes ou à possibilidade de se apresentar como um novo transtorno, ou uma nova exigência de tratamento dos transtornos mentais, são questões que se interpõem com o saber psiquiátrico. O sentido apontado por Freud é outro, ao situar os estados depressivos e “o mais grave deles, a melancolia” no campo das inibições mais gerais do Eu, ou seja, aquelas que se diferenciam das inibições específicas e seus mecanismos de abandono de função do Eu. Esta classificação em inibições específicas e inibições gerais como exposição diferenciadora pouco nos diz, já que o que configura um conceito para o que seja inibição, no campo analítico, exprime uma *limitação funcional do Eu*. Na melancolia, portanto, as funções do Eu se encontram gravemente inibidas.

No seu estudo sobre a depressão, Maria Rita Kehl diz que é importante não confundir depressão com melancolia. “Muito menos imaginar que a diferença entre uma e outra seja de grau, sendo a melancolia uma forma mais grave de depressão. Apesar das diversas coincidências sintomáticas, a depressão é muito diferente da melancolia”⁶⁹. A autora diverge do entendimento realizado por Freud no texto *Inibição, sintoma e angústia*; entende que há formas sintomáticas graves ou menos graves como parâmetro do adocimento depressivo.

No texto citado, o tradutor chama a atenção para os sentidos do termo *Hemmung*, normalmente traduzido por “inibição”, também admite os sentidos de “[...] impedimento, entrave, estorvo, freio; e seu verbo cognato, *hemmen*, pode ser vertido por ‘obstruir, reter, refrear, dificultar, tolher’, etc.”⁷⁰. Isso nos leva a crer que os sentidos desses termos incluem causa e consequência em suas traduções, e assim se refletem, como causa e consequência, no processo

⁶⁹ KEHL, 2009, p. 21.

⁷⁰ FREUD, S. *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926–1929)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 15.

de inibição que se instaura na depressão. “Se não encontrássemos casos de doença que apresentam inibições, mas não sintomas, e se não quiséssemos saber a razão para isso, dificilmente nos preocuparíamos em delimitar os conceitos de inibição e sintoma”⁷¹, declara Freud. Inibição e sintoma não se originam do mesmo solo. “A inibição tem uma relação especial com a função e não significa necessariamente algo patológico [...]. Já o sintoma indica a existência de um processo patológico”⁷². E fica entendido que “[...] também uma inibição pode ser um sintoma”.

Aprendemos que o Eu é uma organização sustentada no ideal de integridade e, para assim se manter, necessita controlar as funções que o unificam e o tornam fortalecido perante as ameaças. No entanto, nem sempre um sintoma é tido unicamente como uma ameaça, podendo fazer um acordo aparentemente vantajoso na engrenagem dessa organização. O sintoma que escapa a este controle, que perturba o ideal de integridade narcísica, pode estar em sintonia com outras funções egoicas e com o narcisismo do Eu. Decorrem disso duas pontuações realizadas por Freud; uma diz respeito às vantagens secundárias, e a outra refere-se à relação entre inibição e angústia. A primeira nos conduz a pensar sobre a depressão como um processo de inibição das funções do Eu e suas vantagens secundárias; segue quando Freud anuncia a existência de um laço entre inibição e angústia. “Várias inibições são claramente renúncias à função, pois o exercício desta produziria angústia”⁷³. O fato de a inibição estar tão ligada conceitualmente à função, inclusive como anteparo ao estado de angústia, esclarece o que de antemão se postulava sobre o fenômeno depressivo como formas de depressão que variam conforme as afecções neuróticas. Em outros termos, ao psicanalista cabe investigar a depressão, quando se trata das escolhas de neurose, em suas diferenças estruturais, nem por isso menos arriscadas.

⁷¹ *Ibidem*, p. 14.

⁷² *Ibidem*, p. 14.

⁷³ *Ibidem*, p. 15.

Para assinalar a complexidade dos distúrbios de inibição da função do Ego, Freud, depois de demonstrar algumas dessas afecções neuróticas, diz que poderia incluir outras, mesmo assim não iriam além da superfície dos fenômenos.

Então vamos nos decidir por uma concepção que não deixe muito de misterioso no conceito de inibição, dizendo que esta exprime uma *limitação funcional do Eu*, limitação que pode ter causas muito diversas. Conhecemos vários dos mecanismos desse abandono de função, assim como uma tendência geral que ele tem.⁷⁴

Ao dizer isso, encontramos em Freud o entendimento de que aquilo que afeta o sujeito não responde unicamente ao que lhe interpela psiquicamente, os ganhos das vantagens secundárias são razoavelmente adaptativos, a depender do que o grupo social lhe exige. Estimula-nos a pensar que há uma relação com o que tratamos através de Abraham ao ver na busca de medicamentos que aplaquem a insatisfação própria do viver renúncias às funções do Ego, “[...] para não ter de efetuar nova repressão⁷⁵ e, assim, *para evitar um conflito com o Id.*” E nos chama a atenção a extensão das inibições das funções do Ego com outras duas inibições: as “[...] inibições que se acham claramente a serviço da autopunição [...]”⁷⁶ “O Eu não pode fazer certas coisas, pois elas lhe trariam vantagens e êxitos, o que o severo Supereu lhe proíbe. Então o Eu renuncia também a essas realizações, *para não entrar em conflito com o Super-eu*”⁷⁷.

As inibições mais gerais do Ego, consideradas por Freud de natureza simples, obedecem a outro mecanismo.

Quando o Eu é solicitado por uma tarefa psíquica particularmente difícil, como, por exemplo, um luto, uma enorme supressão de afeto, ou a necessidade de refrear fantasias sexuais que emergem continuamente, ele se empobrece de tal forma, no tocante à

⁷⁴ *Ibidem*, p. 17.

⁷⁵ Lê-se “recalque”.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 17.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 18.

energia disponível, que tem de reduzir seu dispêndio em muitos lugares simultaneamente, como um especulador que imobiliza seu dinheiro nos seus empreendimentos. Um exemplo instrutivo dessa forte inibição geral de curta duração eu pude observar num doente obsessivo que, em situações que claramente deveriam produzir uma explosão de raiva, sucumbia a uma fadiga paralisante que durava um ou vários dias.⁷⁸

Nesse momento, Freud atenta para o fato de que, a partir daí, se alcança o acesso à inibição geral que caracteriza o mais grave estado de depressão. Assim colocado, Freud oferece uma “brecha” para pensarmos que a melancolia se desenvolve a partir da depressão.

Há no texto de Freud um entendimento que parece claro ao referir-se a uma tendência geral em valer-se de mecanismos de renúncia às funções do Eu, que contextualiza o que entendemos como estados depressivos associados a posições narcísicas. Estes mecanismos de renúncia às funções do Eu são provocadores de estados de depressão em momentos não muito longos, marcados por lutos, supressão de afeto, redução da capacidade de fantasiar, tristeza, empobrecimento da energia disponível, falta de vitalidade. Neste texto de 1926, que pretende distinguir o que seja *sintoma* do que seja *inibição*, Freud fala da histeria e da neurose obsessiva, e da melancolia como um estado mais grave de depressão. Há um laço entre inibição e angústia que não pode nos escapar por muito tempo, ressalta Freud, porque inibições são claramente renúncias à função do Eu que, em seu exercício, produziria angústia. Como uma aposta em algo que assegure ser menos dolorido, entende que, ao escamotearmos a angústia nos mecanismos de inibição, somos atacados pela depressão.

Há também, neste texto de 1926, algo para o qual Maria Rita Kehl chamou a atenção ao lembrar a relação que Freud estabelece entre o recuo ante o conflito psíquico e a inibição das funções do eu. “A inibição, nas depressões, predomina sobre a formação de sintomas justamente em razão da

⁷⁸ *Ibidem*, p. 19.

intolerância do depressivo ao conflito, que compromete o desenvolvimento das funções progressistas do eu”⁷⁹. Bem lembrado! Neste texto, Freud diz que “O Eu renunciaria a estas funções que lhe cabem, para não ter de efetuar nova repressão, *para evitar um novo conflito com o Id*”. E sobre as inibições que se encontram a serviço da autopunição, impedindo de alcançar vantagens e êxitos, alerta: “O Eu renuncia também a essas realizações, *para não entrar em conflito com o Super-eu*”. Segundo a autora, é uma “combinação de esforços pelo apagamento do psíquico”, e aponta as consequências, com as quais concordo: “Não são poucos os que chegam a uma demanda de análise depois de ter tentado, anos a fio, curar sua depressão por meio de tratamentos exclusivamente medicamentosos”⁸⁰. E aí há um paradoxo com o qual nos deparamos, diante do paciente medicado com antidepressivos, apostando numa “cura” da depressão custeada pelo “achatamento da subjetividade”. Ou seja, exatamente com o que Freud aponta nos processos de inibição na própria depressão. Lembra Kehl do que observou Daniel Delouya, ao que isso significa como tentativa de eliminação medicamentosa da dimensão propriamente psíquica, e pergunta se seria resultado de um “conluio entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido”. Desde a década de 1970, têm chamado a atenção o aumento dos diagnósticos de depressão e o empenho da indústria farmacêutica em lançar a cada ano no mercado novos antidepressivos. Associado a este aumento e a este empenho, está a ideia de que o homem contemporâneo está particularmente sujeito a deprimir-se.

Guy Rosolato aborda esse tema no texto “O eixo narcisista das depressões”, ao entender a depressão como uma problemática que gira em torno da relação continente-conteúdo por ser tributária da incorporação da qual nos fala Abraham. É uma problemática que se situa na inversão da relação paranoica, por consistir-se na delimitação e concentração de um conteúdo que só pode se sustentar e se definir em relação a um continente

⁷⁹ KEHL, 2009, p. 210.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 210.

que não só lhe proporciona suas fronteiras, mas também o protege, sustenta e conserva. Assim, o autor coloca a problemática depressiva na fronteira da melancolia, ao atribuir para a depressão a propriedade de inverter-se, tornando-se continente; ou seja, quando na relação de incorporação oral o devorador pode ser devorado. Guy Rosolato vê estabelecer-se, na fase depressiva, uma relação fantasmática, matizada e conservadora do papel da mãe, constituída imaginariamente a partir da incorporação oral, no eixo narcisista das depressões.

A palavra “eixo”, como alicerce, suporte, aquilo que sustenta, pode ser entendido também no sentido de linha que atravessa um centro em torno do qual algum movimento é executado. O “eixo narcisista das depressões” pode estar em relações variadas com o “eixo balizador do Edípico”. Neste último, refiro-me ao edifício teórico da Psicanálise construído a partir de um modelo psíquico em que se tem o Édipo como balizador: insuficiente para certas formações da neurose; ausência de inscrição desses balizadores quando é caso de psicose. Voltamos à questão da diferença entre melancolia e depressão, lembrando o que escreveu Delouya, que “[...] o desenho freudiano da melancolia arrastou consigo a depressão”, desde que “perda do objeto, separação e luto” constituem o eixo possível para o tema da depressão, nas palavras de Daniel Delouya, citado por Kehl, que apontam acertadamente para uma âncora de entendimento.

Voltando a um dos primeiros textos de Freud tratado aqui sobre os tipos de adoecimento neurótico, é válido salientar dois fatos. Um diz respeito às evidências dos papéis do conflito e da fixação da libido no adoecimento neurótico; outro se refere à própria dissolução dessa tipologia; ainda que se possam entender suas diferenças, valem tanto quanto coincidem no essencial e, conclui Freud, podem ser facilmente reunidas em uma unidade. Atribuindo uma unidade ou um eixo para diferenciar as formas depressivas nos tipos neuróticos, vemos as diferenças girarem em torno de uma unidade, ainda que

arcaica – como o sujeito se constitui perante o Outro.

Não é possível dizer que na ação que envolve o medicamento não há investimento libidinal, mesmo que precário. A economia libidinal, que circula em torno do empreendimento medicamentoso, refaz a cena arcaica e a expectativa imaginária do que pela boca entra no *infans*; ou seja, a função materna.

Na constituição psíquica do sujeito, o eixo balizador do Édipo é um modelo que serviu, e serve, por não termos na experiência clínica a oportunidade de comprovar sua impropriedade. Mesmo diante dos fenômenos que acentuam uma longa diferença social, cultural, política dos tempos de Karl Abraham e Sigmund Freud, as questões edípicas, ao contrário da posição de muitos autores, seguem aparecendo. Pensar a clínica a partir da negativa nos parece muito acertado quando se trata das patologias narcísicas no campo da psicose. Trabalho com a hipótese de que, na atualidade, as neuroses ganham um viés narcísico, com expressões melancólicas e depressivas, e as interpreto a partir do modelo freudiano edípico. Essa hipótese, porém, não me coloca na posição de eleger um tipo de neurose como paradigma da narrativa sobre a sociedade hoje. Vejo, sim, que muito do que se diagnostica como depressão tem como motivo uma importante dor narcísica em uma sociedade em que o valor de cada um é avaliado a partir do “valor de gozo” que o grupo social lhe confere.

Lembrando o que escreveu Renato Mezan, “A noção de narcisismo revela-se tão fecunda, o que é uma outra maneira de dizer que transborda o marco conceitual que lhe deu origem (a teoria da libido)”⁸¹. É desse transbordamento, que se pode ver nos enlaçamentos, que pacientes inibidos se colocam precariamente em associação livre, sem prescindir do tempo, lento, de análise. “E permite anexar ao campo de inteligibilidade da psicanálise muitos fatos e relações psíquicas importantes.”⁸²

⁸¹ MEZAN, Renato. *O tronco e os ramos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

⁸² *Ibidem*, p. 138.

Recebo pacientes diagnosticados depressivos e fazendo uso de antidepressivos que lembram pouco do seu passado, e alguns não têm nenhuma memória da infância. Isso não seria importante, dado o fato de que não é essa a questão do infantil para a Psicanálise. Porém, percebo que, nesses casos, o esquecimento se tornou um cúmplice do vazio de recursos psíquicos, que podem inclusive ser uma resposta ao apagamento dos conflitos edípicos. São vidas que se contam muito mais de forma descritiva do que propriamente uma narrativa de si, uma história contada de memória. É uma descrição do que aconteceu, do que deixou de acontecer, do que temem que aconteça, a partir do diagnóstico e do processo medicamentoso como resposta à sua busca desesperada de tentar vencer o vazio do seu desejo. Para falar desses pacientes, não se fez necessário abrir mão das “velhas e boas” estruturas freudianas e ir à busca de outros balizadores. Com raras exceções, lembro-me de dois casos unicamente, teria sim que escuta-los através de outras referências. Não foi o caso, em virtude desses dois pacientes com encaminhamento psiquiátrico, em momentos diferentes, trazidos “forçosamente” por familiares, recusarem-se a permanecer ou mesmo voltar em outro momento. Foram casos em que me vi como testemunha da desapropriação do sujeito dele mesmo, provocada pela medicamentação⁸³ da vida, quando o controle do sujeito é regido pela medicação, esse “outro” que pela boca entra e “toma pulso” da história que talvez esse sujeito consiga um dia falar. Foram poucos os momentos em que estive com os dois pacientes, mas suficiente para pensar que talvez o único lugar que me caberia como psicanalista seria o de testemunha, e que poderia contar unicamente com o tempo genuíno e sábio.

Podemos pensar que a resistência à análise é correspondente à posição que o sujeito assume diante das identificações e seus processos de

⁸³ No sentido de controle médico sobre a vida das pessoas. Conceito que se desdobra de outro, o de medicalização indefinida, e surge no entendimento de que o saber médico se insinua por toda parte, e a própria saúde se converte em um objeto de intervenção médica.

transformação. “A ideia de identificação é um processo que compreende áreas da existência, como a infância, que devem ser contadas de uma maneira distinta da qual se pensava até então”⁸⁴, declarou Christian Dunker em uma entrevista para o projeto Narciso 21. Fundamentalmente, é uma experiência problemática, e a Psicanálise depende desta pré-condição social, completa Dunker. Ou seja, é como o sujeito se vê através do outro. Realmente, não há como negar que a questão remete a pensar que só é narrativa quando imagética, portanto, congelada como uma descrição⁸⁵, que prescindir do tempo, portanto, de uma história que se conta. “A relação de inquietude com a identidade é contemporânea da psicanálise”⁸⁶, disse Dunker.

Sob o olhar da Psicanálise, entendo que, na eventualidade psicótica, o que é fundamental do sistema narcísico não ocorreu, enquanto, nas formações da neurose, o narcisista é aquele que está sempre às voltas com o mesmo aspecto fundamental que organiza este sistema narcísico. Vê-se Freud em longa e esclarecedora explicação do que se coloca como o primeiro momento “fundamental” da formação narcísica do sujeito.

O narcisismo primário que supomos na criança, que contém uma premissa de nossas teorias sobre a libido, pode ser mais facilmente confirmado por inferência retrospectiva de um outro ponto do que apreendido por observação direta. Quando vemos a atitude terna de muitos pais para com seus filhos, temos de reconhecê-la como revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo há muito abandonado. Como todos sabem, a nítida marca da superestimação, que já na escolha de objeto apreciamos como estigma narcísico, domina essa relação afetiva. Os pais são levados a atribuir à criança todas as perfeições – que um observador neutro nelas não encontraria – e a ocultar e esquecer todos os defeitos, algo que se relaciona, aliás, com a negação da sexualidade infantil. Mas também se verifica a tendência a suspender, face à criança, todas as conquistas culturais que o seu próprio narcisismo foi obrigado a reconhecer, e a nela renovar as exigências de privilégios há muito renunciados. As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para os pais, ela não deve estar sujeita às

⁸⁴ DUNKER, Christian. Narciso no espelho do século XXI: diálogos entre a Psicanálise, as Ciências Sociais e a Comunicação. Site: <http://www.narciso21.com>. Publicado em 27 de maio de 2017.

⁸⁵ Refiro-me à diferença entre descrição e narração.

⁸⁶ *Ibidem*.

necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será centro e âmago da Criação. *His Majest the Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos. Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe. No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acossado pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança. O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascidos, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora.⁸⁷

A neurose germina nesse lugar de excelência idealizada – campo de formações imaginárias, e que sustentará o narcisismo secundário do eu (*moi*). As pulsões autoeróticas, mostrou Freud, são primordiais, mas deve haver algo que se acrescente a elas e uma nova ação psíquica] constitua o narcisismo. Ou seja, “[...] a esse ideal do Eu dirige-se então o amor a si mesmo, que o Eu real desfrutou na infância”⁸⁸. O narcisismo aparece deslocado para esse novo Eu ideal, que como o infantil se acha de posse de toda preciosa perfeição. “O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal.”⁸⁹ Freud anuncia que, perante as perturbações expostas ao narcisismo original da criança, incluindo as reações que possibilitam se defender, as vias pelas quais impede que a defesa ocorra ficam em suspenso na infância, “[...] como um importante material de trabalho que ainda aguarda exploração⁹⁰”, o que nos lembra novamente Mezan a respeito de que a noção de narcisismo revela-se fecunda e transborda o marco conceitual original. Sobre as defesas e as vias que as impedem, sabemos que se destaca o “complexo da castração” como um operador que salvaguarda, porém cobra seu preço como resto do acerto que o

⁸⁷ FREUD, Sigmund. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos [1914–1916]*. Obras completas, volume 12. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 36-37.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 40.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 40.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 40.

próprio sujeito terá que negociar. É com a ideia de recalque que se formaliza o que é a castração, ou seja, como algo que nunca é inteiramente aceito.

Com uma visão do contexto social da época, Karl Abraham anunciou a presença de adultos com o comportamento de “crianças mimadas”, que anseiam pela satisfação e reagem à frustração de uma fonte de prazer. Fixados no efeito sugestivo da receita médica e no alívio momentâneo de colocar na boca qualquer substância prescrita ou não. E entendeu, naquele momento, as formações neuróticas de uma depressão de ânimo. Muito distante de nós em tempo cronológico, mas nem tanto no que se refere às formações imaginárias nas condições da vida social hoje, e a relação com a depressão e seus antidepressivos.

Relações arcaicas no modo de vida hoje reaparecem e são reencenadas, “[...] e explicam uma perturbação no interior das relações de autoridade e no interior da experiência de identidade”⁹¹. Se o sintoma é uma resistência à cultura, o que nós em sociedade não queremos ver contido na ideia de que a depressão é o mal do século talvez esteja tanto na dívida que se contrai quanto no preço que se paga – fatores melancolizadores, sem sombra de dúvida. “O sentimento de insuficiência, o medo de perder o amor dessa instância que representa, no psiquismo, a esperança de recuperar a fatia de narcisismo e a porção de gozo perdidas torna os neuróticos candidatos à depressão.”⁹²

O mal-estar – outro nome da “angústia”, segundo Freud – não é prerrogativa dos tempos atuais, e sim constituinte estrutural entre as pulsões de cada sujeito que, por um lado, visam à satisfação imediata do desejo e, por outro, exigem exatamente renúncia pulsional em nome da vida em sociedade. O recalque das pulsões impõe o preço de um contínuo mal-estar ou angústia; ou seja, diante da castração, o neurótico se equilibra sustentado em mecanismos e recursos próprios da estrutura, para com as normas

⁹¹ DUNKER, Christian. Narciso no Espelho do Século XXI: Diálogos entre a Psicanálise, as Ciências Sociais e a Comunicação. Site: <http://www.narciso21.com>. Publicado em 27 de maio de 2017.

⁹² KEHL, 2009, p. 95.

civilizatórias gerar laços de identificação com o que imagina que a cultura dele exige. Em termos topológicos, é o Supereu ou Superego que funciona como uma consciência ou autoridade moral internalizada. Torna-se impossível disfarçar do Supereu aquilo que persiste como pulsão de satisfação do desejo que reside na outra parte da topologia psíquica do sujeito: o Eu ou Ego. Para além do que se possa pensar como tragédia da condição humana ou miséria humana, a arquitetura psíquica tem em seu traçado a cultura representada no inconsciente, e desde sempre vivida sob a forma de mal-estar. Por isso, o sujeito tende a ser angustiado, atormentado, sabe de antemão que não é aquilo que a sociedade espera dele, nem mesmo é aquilo que ele espera de si através do julgamento superegoico. Para isso, não há renúncia pulsional suficiente para aplacar a sua angústia. Quando hoje se lê o que Freud escreveu no *Mal-estar...*, que “[a] culpa nada mais é do que uma variedade topográfica da angústia [...] que em parte aparece como uma espécie de mal-estar”⁹³, se é levado a pensar que, perante as identificações contemporâneas, a sociedade, ao escamotear sua culpa moral, torna-se acentuadamente melancolizada. No século XXI, a melancolia se converteu em patologia “bipolar”, a qual hoje a Psiquiatria chama de depressão “bipolar”, e “*boderline*” a sua expressão mais grave. Ou *personality disorder*. Há algo de expressão do social sob o sujeito contemporâneo nesse diagnóstico que esvazia e fragiliza a dimensão imaginária da vida psíquica. Na neurose, reacende um estado potencializado nas bordas dessa “melancolia social”, que se pode supor na dimensão da imagem, quando o que falta não está na imagem, mas sim, além ou aquém dela. Tornamo-nos propensos a deprimir.

D) Melancolizados por um lado, deprimidos por outro

Durante séculos, a melancolia foi motivo de inspiração para os poetas,

⁹³ FREUD, 2011, p. 31.

escritores dos mais diferentes estilos, músicos, entre outros que, de um jeito ou outro, na melancolia encontravam uma via de expressão. Para além desse sentido de expressão pulsional, libidinal, sublimatória como sofrimento produtivo, aprendemos com Freud que, na experiência trágica de perda de algo inominável, o sujeito se põe suspenso num vazio da falta, sem possibilidades de elaboração e significação – a sobra do objeto recai sobre o sujeito. Este sentimento, que Freud chamava de a “ausência que dói”, foi construído no texto *Luto e melancolia*, escrito imediatamente após a Primeira Guerra Mundial, publicado em 1917, sob o título geral de “Metapsicologia”. Este texto apresenta a definição que iria se tornar clássica na circunscrição do lugar ocupado por este distúrbio no campo psicanalítico, bem como de seu estatuto clínico. Em contraposição ao luto como experiência de perda e tristeza, que o sujeito elabora numa relação de tempo e libido, a melancolia representaria um trabalho do luto que não avança, um luto patológico no seu mais alto grau. As razões desse acometimento sempre representaram um enigma para Freud. Entretanto, ao buscar desvendar o mistério da causa da melancolia, Freud constrói a ideia de que o que marca distintivamente a melancolia é a perturbação do sentimento de si, que falta no luto⁹⁴. O rebaixamento geral do sentimento de si mesmo que Freud vê no melancólico se manifesta através das graves reprovações que o melancólico dirige a si mesmo. Esse rebaixamento o leva a concluir que a melancolia se refere a uma perda concernente ao Eu, que passa a não mais ser objeto de amor e estima.⁹⁵ Portanto, pode-se concluir que a melancolia está relacionada ao narcisismo.

Aqui é preciso distinguir os diversos registros, presentes tanto no que diz respeito ao conceito de narcisismo quanto no que se refere à tematização freudiana do ego. Freud entende que, na melancolia, é o ego que se vê ameaçado pela perda, o que não ocorre no luto. Esse aspecto leva-o a supor

⁹⁴ *O mal-estar na civilização* (1930). In: FREUD, S. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1939-1936)*. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

⁹⁵ *Ibidem*.

que os laços que prendiam o sujeito ao objeto seriam um vínculo objetal, mas um vínculo objetal peculiar e contraditório, que, ao mesmo tempo em que mostra uma forte fixação ao objeto libidinal, revela uma fraca ligação. Essa contradição indica para Freud o caminho que a solucionará: o laço que prende o sujeito ao objeto é de natureza narcísica. E não apenas isso, o que o sujeito perde não é um objeto qualquer, mas sim um objeto cuja função era a de completar o ego, torná-lo inteiro, e, desse modo, um objeto que agia como caução contra a castração. O que o melancólico ama no objeto é o seu próprio ego, engrandecido com a incorporação do objeto, o que permite entender a força e a fraqueza desse amor. De um lado, ele implica uma tentativa de trazer o objeto de amor (parte do mundo) para o domínio do ego, complementando-o, transformando-o em uma totalidade; de outro, ante a ruptura desse vínculo objetal, o melancólico se identifica com o objeto perdido, substituindo a libido objetal pela identificação – mas uma identificação muito peculiar, que faz com que o melancólico seja abatido pela imagem totalizada do outro que se foi. Aqui reside a especificidade da melancolia, seu traço distintivo para com a neurose. A libido que investia o objeto passa a ser dirigida ao Eu, processo que tem por efeito produzir uma divisão, e posterior subjugação, do Eu.

O problema reside em saber por que alguém se identificaria no real, e não apenas imaginariamente, como faz, por exemplo, um paciente histérico, com o objeto perdido. Esse é o enigma que resta descobrir. Tentando levá-lo adiante, Freud formula três condições como determinantes: além da “perda do objeto” e da “ambivalência”, encontra-se na “regressão libidinal” da escolha objetal para o narcisismo original o fator responsável pelo resultado que se produz na melancolia, hipótese que tem uma importante decorrência nosológica. A partir dela, a melancolia é enquadrada numa categoria especial, a meio caminho entre neurose e psicose. Impossibilitado de situar a melancolia dentro do esquema geral que regia seu entendimento da neurose, uma vez que o que encontra nesses casos não é um conflito entre ego e id, e ao mesmo

tempo relutando considerá-la uma psicose, visto que nesta o conflito se passa entre ego e realidade externa, Freud é levado a designá-la como “neurose narcísica”, diferenciando-a, assim, da psicose e localizando-a num lugar intermediário entre neurose e psicose. Vejamos o que disse Freud em *Luto e melancolia* (1917[1915]):

A conclusão requerida pela teoria, de que a predisposição ao adoecimento melancólico ou uma parte dela reside no predomínio do tipo narcísico de escolha de objeto, infelizmente ainda precisa ser confirmada pela investigação. Nas frases iniciais deste ensaio admiti que o material empírico sobre o qual este estudo foi construído não é suficiente para as nossas pretensões. Se pudéssemos supor uma coincidência da observação com as nossas deduções, não hesitaríamos em incluir em nossa caracterização da melancolia a regressão de investimento de objeto à fase oral da libido, que ainda pertence ao narcisismo⁹⁶.

E acrescenta que as identificações com o objeto não são de modo algum raras nas neuroses de transferência, em especial na histeria constituem um conhecido mecanismo de formação de sintoma, que se expressa na manutenção de investimento no objeto amoroso. Na neurose narcísica, expressará uma diferença que, sabemos, marcará uma estrutura, na medida em que o investimento de objeto é abandonado. “De todo modo, também nas neuroses de transferência a identificação é expressão de algo em comum, que pode ser amor.”⁹⁷ O sofrimento melancólico, que se concebe na relação com o objeto, contemporaniza, ou seja, atualiza a relação primeva do sujeito com o Outro materno. A melancolia responde a uma constituição psíquica, que nos dias de hoje é invadida pelo discurso sobre a depressão e assim entendida clinicamente. Por isso, Maria Rita Kehl salienta que, quando um psicanalista ou um psiquiatra se refere a uma depressão psicótica ou “endógena”, é bem provável que se refira a uma melancolia, não a uma depressão. É importante chamar a atenção para essa tipologia depressiva – psicótica ou endógena, que

⁹⁶ FREUD, S. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* [1914-1916]. *Obras completas*, volume 12. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 182.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 183.

não é sinônimo de depressão crônica, ou seja, aquelas depressões “[...] que também podem ser, senão curadas, ao menos tratadas com os recursos da psicanálise”.⁹⁸

Kehl, ao dizer que não são poucos os autores que pensam que o vazio que abate o depressivo seja provocado pela perda do objeto materno, relembra o impacto causado pelo texto *Luto e melancolia*, “[...] que aprofundou as intuições freudianas de 1895 (“Manuscrito G”) ao articular a depressão aos estados de luto”⁹⁹, e assim “[...] instituiu na psicanálise uma relação teórica entre a depressão e a perda”. E dá um passo importante de entendimento ao dizer que: “Ora, se a depressão é uma decorrência da perda do objeto, é idêntica à gênese do psíquico: estaríamos todos marcados por ela, sim. Mas nem por isso condenados à melancolia”¹⁰⁰. E em tom conclusivo, diz: “Ora, o objeto perdido não é causa da depressão: é causa do desejo”¹⁰¹. É uma excelente direção de entendimento sobre a depressão e inclusive a respeito da posição do analista ao acolher o depressivo que, ao buscar a análise, busca especialmente um “(re)encontro com o objeto”. Disso, falaremos no terceiro capítulo.

Sabe-se que são frequentes as confusões entre os diagnósticos de melancolia e depressão, especialmente no que se refere às estruturas psíquicas como pensou Freud. Para operar clinicamente, se faz imprescindível partir de indicações teóricas demarcadoras dos campos psíquicos. Freud não se ateuve ao tema da depressão, e na passagem do texto *Inibição, sintoma e angústia*, deixa margem para pensarmos que a melancolia é decorrência da gravidade do estado depressivo. Porém, em *Neurose, psicose e perversão*, Freud define as neuroses ao entendê-las como conflito entre o Eu e o Isso; nas psicoses, o conflito se estabelece entre o Eu e o mundo exterior.

Em *Neurose, psicose e perversão*, Freud discorre sobre “[...] a mais

⁹⁸ *Ibidem*, p.183.

⁹⁹ KEHL, 2009, p. 232.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 233.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 233.

importante diferença genética” (*genetische* – no sentido de gênese, de origem) “[...] entre neurose e psicose: *a neurose é o resultado de um conflito entre o Eu e seu Isso, ao passo que a psicose é o resultado análogo de uma perturbação semelhante nas relações entre o Eu e o mundo exterior*”¹⁰². Freud diz desconfiar da simples solução, porém lembra que uma série de achados e descobertas fortalece essa hipótese. E a ideia conclusiva de que “[...] a perda de realidade estaria dada de início para a psicose; para a neurose, ao que parece, ela seria evitada”¹⁰³ introduz o tema sobre a perda da realidade como um traço que poderia distinguir a neurose da psicose. Na neurose, o Eu é dependente da realidade e, por isso, trabalha para reprimir uma parte do Isso, ou seja, da vida pulsional, enquanto, na psicose, o Eu se encontra a serviço do Isso, o que o levaria ao afastamento de uma parte da realidade.

Mas desde Freud também sabemos que a neurose participa do campo das formações imaginárias que sustentam o narcisismo secundário do eu (*moi*), o que significa que a fantasia situa o eu em sintonia com os ideais narcísicos ou, pelo avesso, como culpado ou fracassado em relação a eles. Por isso, a estrutura neurótica é indissociável da série de fantasias por meio das quais o sujeito imagina sua posição no fantasma.

O que chama a atenção, nestas definições de operações teóricas e de indicadores das formações clínicas, são as proximidades. E para as quais poderia prever convicções de que a atualidade da Psicanálise se sustenta no teor de que as distinções permanecem fundamentais entre os diagnósticos psicanalíticos, entretanto os laços entre as beiras não são inexistentes desde (aos olhos de) Freud. Tenho apreço em seguir pistas que não estão sustentadas nas estruturas psíquicas como aprendemos com Freud e Lacan, mas no entendimento das formas de adoecimento do sujeito contemporâneo, que podem ser psicóticas¹⁰⁴, narcísicas, histéricas, melancólicas, depressivas.

¹⁰² FREUD, S. *Neurose, psicose, perversão*. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (*Obras incompletas de Sigmund Freud*; 5), p. 271-272.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 279.

¹⁰⁴ Consideramos especialmente as chamadas psicoses ordinárias, que não são abordadas neste trabalho

Aquela melancolia, motivo de inspiração para os poetas, escritores e artistas, foi se desconstruindo e se reconstruindo ao longo dos tempos, assumindo novos significados e atribuições a cada descrição. Com a modernidade, torna-se tema de debate, de estudo e análise. Muda de feição, porque nela se encontra uma expressão e uma reação das pessoas às grandes transformações que pareciam colocar o mundo de “pernas para o ar”. Já distantes da Era Moderna, que se iniciou com a Revolução Francesa e que provocou grandes mudanças, mesmo que para isso tenha sido necessário colocar o mundo de “pernas para o ar”, hoje nos encontramos melancolizados por um lado, deprimidos por outro.

“É mais fácil a cura [*Heilung*] vir pelo destino do que pelo médico, pois o destino pode oferecer um substituto para a possibilidade de satisfação que foi perdida.”¹⁰⁵ Para o destino, aponta Freud; tema caro para quem busca uma análise. Em palestra no Café Filosófico do CPFL, Maria Rita Kehl fala do que é tema de seu livro citado aqui, e toma o aspecto da relação da depressão com o tempo social, que seria uma segunda entrada para pensarmos a depressão; a primeira e fundante experiência com o tempo por se constituir na experiência subjetiva, que estabelece o tempo como percurso de um passado recente e um futuro que somos capazes de representar. Os recursos psíquicos se constituiriam a partir dessa experiência primeva que se inaugura na relação mais arcaica do *infans* com a busca de satisfação – naquilo que aqui tratamos como experiência de fome e temor. Maria Rita Kehl, ao falar do tempo social como uma segunda experiência vivenciada com o tempo, volta às civilizações agrárias, origem de muitas culturas, num tempo em que a experiência temporal era muito regulada pelos ciclos da natureza. As antigas civilizações agrárias eram muito compatíveis, solidárias com os ciclos naturais, e disso provêm uma idealização de um tempo mais natural, a vivência e o

diretamente, mas que permeiam o entendimento de um manejo clínico das depressões no campo da psicose.

¹⁰⁵ FREUD, S. *Neurose, psicose, perversão*. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (*Obras incompletas de Sigmund Freud*; 5), p. 72.

aproveitamento do tempo de acordo com os ciclos da natureza. Idealização de um passado perdido em que o homem estaria mais em harmonia com a (mãe) natureza.

“Senti fome, e comi como se fosse pela primeira vez”, disse um paciente de mais de cinquenta anos que tinha passado por um evento de depressão grave, ao lembrar-se de quando percebeu que poderia livrar-se do que o abatia há mais de um ano e lhe tinha tirado a vontade de viver. Foi pela boca e como um *infans* que toma o seio da mãe pela primeira vez e se enlaça à possibilidade de viver. Perante a ameaça depressiva, o almoço em família reestabeleceu seus recursos imaginários de uma realidade vital. O que lhe foi oferecido naquele almoço em família foi como se o prazer do alimento na boca recuperasse a experiência dos prazeres orais que, sim, curam a dor da alma e a dor do corpo. A gratificação oral pode ser, em última instância, um presente materno, e o seio da mãe pode estar bem representado por um medicamento¹⁰⁶ na boca.

Aos tempos modernos, restou uma promessa de certezas que não se cumpriu sobre a solidez moderna, há muito tempo havia sido profetizado que *tudo o que é sólido se desmancha(ria) no ar*. E foi com essa nova certeza que os pós-modernos, cidadãos da nova era capitalista, rumaram em direção ao futuro. Futuro este em cujo frontal o oráculo anuncia que as certezas erotizam a imagem (*self*) como uma saída “bacana”. Mas, como tudo tem seu preço em tempos medidos pelo que se capitaliza ou descapitaliza, deserotizaram o desejo – prenúncio de que, de um jeito ou outro, não serão bons tempos.

Se levarmos em conta o que previu meu vô, não se trata do que renunciou o oráculo, mas de tentar entender que, para o sofrimento que se anunciava, era preciso construir um recurso imaginário de cura pela vitalidade. A medicação apontaria para a mesma suficiência. Estamos falando, é claro, de dois recursos bem diferentes, quanto ao ritual de acesso, ao formato, à

¹⁰⁶ Como também por um cachimbo de crack, MD, anfetaminas...

materialidade e outros. E ainda poderíamos pensar que um recurso – o banho de aurora – se sustenta num imaginário que tem no retorno à natureza um princípio de cura; o outro – o remédio comprado em farmácia –, a crença na ciência portadora da sabedoria em encontrar nas plantas, portanto, na natureza, um princípio ativo que, somado ao poder de transformá-lo, promete alívio do sofrimento. Meu avô, ao acreditar que um banho de aurora lhe traria de volta a vitalidade, parece ter reatualizado algo que lhe fez retomar a vida como efeito de banhar-se nas águas da mãe natureza. Prenúncios do valor da vitalidade nos novos tempos? Ao olhar para a década de 1970, poderia pensar como uma via de saída para a depressão. Porém, se levarmos em conta que o século XX consagrou o termo “depressão” a partir da Economia, que o marca com o conceito de baixa e alta do mercado financeiro e o ideário de que a alta deve prevalecer, não há como manter o espírito romântico na aurora dos novos tempos. O corpo revelador de algo que lhe recomponha psiquicamente tornou-se objetivável ou bioquímico – em termos da neurobiologia.

CAPÍTULO II

A) Melancolia(s) e depressão(ões)

As teorias e conclusões freudianas não estão dissociadas das crises e do contexto da *Belle Époque*, nem poderia ser diferente que, com a mudança deste entorno causado pela Primeira Guerra, Freud relesse o sintoma neurótico. Atento, e em resposta à experiência da guerra, reformula a teoria da angústia, revê o entendimento sobre o trauma e, conseqüentemente, o sintoma neurótico. São com os efeitos da Primeira Guerra, como um corte no ideal civilizatório de progresso sustentado pelas descobertas científicas, que Freud acorda para ocupar-se da civilização.

As condições que marcaram aquela sociedade, embora distantes, não nos apartaram das expressões de sofrimento, agora em novas versões da dor de viver, do desamparo e da solidão humana. O projeto de ciência, que proporcionaria uma vida sem perturbações, apostou na medicalização da vida sem dor. O que se viu frutificar em relutância ao vazio existencial foram as expressões de esperança, imaginação, força criativa e aposta no sujeito se exteriorizarem como transtornos existenciais subtraídos à medicação.

Eliane Brun publicou nas redes sociais, um pequeno texto que parece ser uma denúncia desse *Sachverhalt* (como se diz na língua de Freud).

Quando as pessoas dizem que se sentem mal, que é cada vez mais difícil levantar da cama pela manhã, que passam o dia com raiva ou com vontade de chorar, que sofrem com ansiedade e que à noite têm dificuldade para dormir, não me parece que essas pessoas estão doentes ou expressam qualquer tipo de anomalia. Ao contrário. Neste mundo, sentir-se mal pode ser um sinal claro de excelente saúde mental. Quem está feliz e saltitante como um carneiro de desenho animado é que talvez tenha sérios problemas. É com estes que deveria soar uma sirene e por estes que os psiquiatras maníacos por medicação deveriam se mobilizar, disparando não pílulas, mas joelhaços como os do Analista de Bagé, do tipo “acorda e se liga”. É preciso se desconectar

totalmente da realidade para não ser afetado por esse mundo que ajudamos a criar e que nos violenta. Não acho que os felizes e saltitantes sejam mais reais do que o Papai Noel e todas as suas renas, mas, se existissem, seriam estes os alienados mentais do nosso tempo.¹⁰⁷

Esse texto expõe a resistência em entender que a matéria que faz o humano é feita de recursos que não se encontram nas fantasias empobrecidas do imaginário social, e somos tomados como objeto passivo da satisfação de um Outro. A matéria que faz o humano reagir e erguer-se diante do vazio da dor de viver exige feitura no tempo de escuta. Talvez surja daí a dificuldade em classificar a depressão entre os quadros clínicos da Psicopatologia, como mostrou Daniel Delouya sobre a constelação de afeto, contida na depressão como expressão da dor de viver, em doses de angústia e de dor.

Este sujeito, até certo ponto, pode ser entendido como um sujeito que se sente separado da dimensão pública do Bem:

Seja porque, em decorrência do processo que o conduziu à definição de sua via individual, ele se desadaptou, seja porque a hegemonia dos mandatos éticos e morais estaria migrando para outras instâncias de poder, inacessíveis à percepção dos cidadãos comuns formados na tradição da hegemonia da Igreja.¹⁰⁸

Neste contexto, as condições *imaginárias* que permitiam aos membros das sociedades pré-modernas construir suposições *compartilhadas* a respeito dos desígnios do Outro haviam perdido consistência e sustentação na cultura. Ficaram, então, condenados a sustentar, fantasmática e individualmente, sua versão a respeito do Bem – ou seja, o bem do Outro, que para o neurótico se confunde sempre com a moeda com que paga sua “dívida” (simbólica). Para a autora, é dessa forma que o Bem (do Outro), representado no psiquismo pelo Supereu, “[...] dissocia-se das representações do que seria, para o sujeito do

¹⁰⁷ BRUN, E. *Antiautoajuda para 2015 – Em defesa do mal-estar para nos salvar de uma vida morta e de um planeta hostil. Chega de viver no modo avião*. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2014/12/22/opinion/1419251053_272392.html. Acesso em 23/03/2016.

¹⁰⁸ KEHL, 2009, p. 77.

desejo inconsciente, o seu bem – ou seja, sua via desejante, singular e intransferível”.¹⁰⁹

Partindo da ideia de que existe uma relação necessária entre neurose e individualismo, Maria Rita Kehl deixa claro que, embora concorde com Adorno sobre o caráter emancipador do individualismo, o indivíduo está condenado à neurose. Sua relativa independência em relação ao grupo a que pertence lhe obriga a construir sozinho, com os recursos da fantasia, sua versão da dívida simbólica, indissociável de sua compreensão (imaginária) a respeito do que seria o Bem para o Outro.

Para Benjamin, o desencontro entre o sujeito e o Bem abriga a melancolia quando a falta de perspectivas, sociais ou individuais, leva o sujeito a recuar de sua via e adotar uma atitude *fatalista* diante do conflito. O melancólico benjaminiano vê-se desadaptado ou excluído das crenças que sustentam a vida social de seu tempo e, assim, se vê abatido pelo sentimento de inutilidade. Daí a relação entre a melancolia e o fatalismo, sentimento de insignificância do sujeito como agente de transformações, tanto na vida privada quando na política.

Kehl comenta que, em uma das teses de Benjamin, em “Sobre o conceito da história” (1940), encontrou suas críticas dedicadas ao historicismo, representada pelo historiador Fustel de Coulanges, que equipara a história dos vencedores ao triunfo inevitável do Bem. Tal procedimento visa a anular toda a esperança de transformação do estado vigente da vida social. “Se as formas de dominação impostas pelos vencedores representam o triunfo do Bem, o que mais esperar do futuro?” O mecanismo mental que sustenta tal conformismo é o da “identificação afetiva (dos perdedores) com os vencedores”: de maneira análoga à da *covardia moral* apontada por Lacan. Encontramos aqui as condições da demissão subjetiva daquele que abre mão de sua via para tentar se colocar do lado do Bem do Outro.

¹⁰⁹ *Ibidem*, p.77.

Na opinião da autora, a construção de uma interpretação da história entendida do ponto de vista “dos vencedores” coloca, em termos de Psicanálise, o recalque da dívida simbólica das derrotas dos antepassados.

A redenção, o Juízo Final [...] é então uma apocatástase no sentido de que cada vítima do passado, cada tentativa de emancipação, por mais humilde e “pequena” que seja, será salva do esquecimento e “citada na ordem do dia”, ou seja, reconhecida, honrada, rememorada.¹¹⁰

A importância desse retorno àquelas teses sobre a história é devido ao fato de elas conterem uma preciosa indicação a respeito do “objeto perdido” da melancolia (benjaminiana). Não se trata da mãe primordial como objeto inconsciente do sujeito melancólico freudiano, e sim das “[...] multidões derrotadas nas lutas que precederam as gerações, como identificação fatalista, sob o ponto de vista dos vencedores”.¹¹¹ Nesse caso, a perda de lugar do sujeito no campo do Outro pode ser entendida como fruto dessa operação de recalque, a partir da qual os “derrotados da história” apagam os significantes que poderiam situá-los como herdeiros das lutas e do sofrimento de seus antepassados, para tentar inserir-se do lado dos “vencedores de turno”.

Kehl acrescenta que, na clínica psicanalítica, o apagamento da herança simbólica aparece através das queixas a respeito da “fraqueza” do pai. E isso me parece muito bem caracterizado pelas experiências relatadas pelos pacientes afetados pela depressão. “Não tive propriamente um pai”, “Meu pai sempre foi fraco” e outras formulações similares dão a entender que o pai, quando não cumpre os ideais sociais que o alinham do lado do poder, é entendido pelo filho como um pai que *não vale*.

Numa situação que difere das expressões que expõem a ausência do pai, as questões acima lembram um caso diagnosticado como depressão grave pelo psiquiatra. O paciente, ao atingir seus 50 anos, foi acometido por um evento de depressão que se prolongou por quase um ano. Ele dizia que,

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 86.

¹¹¹ *Ibidem*, p. 84.

quando criança, não se lembrava do pai antes de alcançar a idade de ir para escola. O pai não existia até o momento em que entendeu que aquele homem que o esperava no portão da escola era seu pai, porque assim seu coleguinha de aula anunciou. A escuta dessa depressão foi aos poucos delineando uma neurose obsessiva, e, a partir daí, chegamos ao evento de depressão que marcou sua vida adulta.

Uma singularidade na experiência com o pai foi a que narrou Giuseppe Berto, autor italiano que mobilizou a cultura de seu país nos anos 1950. Este autor fez parte de um grupo de combatentes em que uns fizeram resistência ao fascismo e outros, como ele, foram voluntários ao lado dos camisas-negras de Mussolini, no Norte da África. A escrita desta experiência de guerra compõe a narrativa de um outro livro seu; entretanto, em *O mal obscuro*, a escrita, como parte do processo terapêutico de uma depressão que quase o destruiu, na década seguinte àquela em que foi capturado e enviado para um campo de prisioneiros – onde escreveu *Il cielo è rosso* –, “[...] os traumas (e as tralhas) derivam sobretudo da educação pesadamente católica e fascista, com a sua obsessão pela culpa e pelo pecado, a repressão sexual, os delírios de grandeza. As manias e fobias, todos encarnados na figura onipotente do pai”. O que chama a atenção é que essa onipotência do pai, de que fala Maurício Santana Dias ao apresentar a edição traduzida, é extremamente conflituosa por compor uma onipotência ameaçada pelo fracasso de “um pai sem rosto”. Seguiremos neste ponto mais adiante.

Não daria para discordar da autora de *O tempo e o cão: a atualidade das depressões* a respeito de que os depressivos que procuram a clínica psicanalítica hoje, apesar da contaminação psiquiátrica do diagnóstico, conservam em outros termos o mesmo tipo de saber inconsciente dos antigos melancólicos. “Um saber sobre a inconsistência do Outro e a inutilidade de tentar servi-lo.”¹¹² É um saber que é pouco acessível ao neurótico em virtude das defesas

¹¹² *Ibidem*, p. 88.

características de sua estrutura.

É possível que os depressivos sejam os atuais portadores de um saber a respeito das condições contemporâneas do mal-estar. Daí a atualidade das depressões, herdeiras do que representou a melancolia até o surgimento da psiquiatria moderna e até que Freud deslocasse esse significante para o terreno da vida privada, situando sua origem nos estágios primordiais da constituição do sujeito.¹¹³

Kehl entende que a condição do fatalismo benjaminiano é sinônimo do conformismo que atinge o sujeito contemporâneo. Conformismo esse que também atinge o sujeito da Psicanálise por ter sua origem na sedução exercida pelas formações imaginárias. O atual estágio do capitalismo coloca o sujeito moderno na condição de desamparo diante do descentramento e da multiplicação das formações imaginárias que, por fim, impossibilitam uma representação estável e socialmente compartilhada do Outro.

A multiplicidade de discursos, de saberes e de valores que caracterizaram a modernidade vem dando lugar a uma nova forma de discurso único, fundado sobre razões de mercado, muito mais eficaz do que a dominação da Igreja na Idade Média. (KEHL, 2009, p. 92)

Nesse sentido, a diferença fundamental entre a norma contemporânea e a dominação da Igreja na Idade Média é que a primeira se impõe pela sedução, e não pela interdição exercida pela dominação. Os mandatos que caracterizam o “discurso do Outro” na vida contemporânea advêm de formações do imaginário produzidas e difundidas pela indústria das chamadas comunicações, as indústrias do espetáculo, como nomeia Debord em *A sociedade do espetáculo*, citado por Kehl. O avanço das técnicas de sondagem das “motivações inconscientes” torna possível afirmar que as representações recalcadas deixaram de ser inconscientes. O conceito de espetáculo, em Debord, não se resume a “[...] um conjunto de imagens, mas [é] *uma relação*

¹¹³ *Ibidem*, p. 88.

social entre indivíduos, mediada por imagens”.¹¹⁴ Isso quer dizer que, na sociedade do espetáculo, as imagens como mercadorias organizam prioritariamente as condições do laço social. Para Kehl, “[...] as imagens, por sua própria condição, se oferecem como resposta ao enigma do inconsciente pela via da produção de sentido, que é a mesma via da produção de identificações”¹¹⁵. Dessa forma, o movimento errático do desejo cede lugar ao gozo promovido pelo encontro com a imagem que encobre a falta de objeto.

Com o cuidado de não supor o apagamento da dimensão singular na formação do inconsciente, a autora ressalta a consistência com que o imaginário social responde às representações recalçadas do desejo e favorece a *convalidação social do fantasma*.

A face imaginária do Outro, na vida contemporânea, vem sendo atualizada continuamente nos termos da indústria espetacular através de seu setor de ponta, a publicidade. Por ela, a demanda do Outro vem coincidir com os mais primitivos mandatos do *supereu*, prometendo atender aos anseios recalcados ao longo da travessia edípica: anseios de abrir mão da via do desejo em troca de uma oferta (imaginária) de gozo.¹¹⁶

Este estado generalizado de *Unheimlichkeit* – encontro, no Real, com representações inconscientes (recalçadas) – contribui para a formação de uma série de patologias sem representação, manifestas no corpo ou em ato. As patologias “sem representação” são as recorrentes adições às drogas, as anorexias, as bulimias, as hipocondrias, além das formas cada vez mais banalizadas de delinquência. A estas, segundo a autora, acrescenta-se o sentimento fatalista que abate os depressivos diante de um horizonte dominado pelo “cortejo triunfal dos vencedores de turno”.

O que o Outro exige do sujeito contemporâneo é sempre que ele goze. Muito. Que essa seja uma das faces contraditórias do imperativo superegoico – “goze!/não goze!” – só faz tornar essa exigência, promovida a condição organizadora do laço social, ainda

¹¹⁴ *Ibidem*, p.93.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 93.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 94.

mais angustiante e opressiva para os sujeitos.¹¹⁷

Uma cultura regida por imperativos de gozo não produz necessariamente sujeitos com mais independências das injunções e crueldades superegoicas, para quem a culpa neurótica em relação ao Supereu torna-se ainda mais impagável. “O sentimento de insuficiência, o medo de perder o amor dessa instância que representa no psiquismo a esperança de recuperar a fatia de narcisismo e a porção de gozo perdidas tornam os neuróticos candidatos à depressão.”¹¹⁸ É fácil perceber os efeitos de vazio subjetivo dessa expropriação do que lhes é mais genuíno: a invenção singular de destinos da pulsão. O que o formato *trabalho pelo consumo* no estágio atual do capitalismo produzem, em consequência, “[...] sujeitos esvaziados do que lhes é mais próprio, mais íntimo, portanto disponíveis para responder aos objetos e imagens que os convocam; sujeitos ligados ao puro ‘aqui e agora’ de um presente veloz”¹¹⁹.

Acima das trocas humanas produtoras de riqueza, uma nova forma abstrata do poder, chamada: *mercado financeiro*, regula a vida social, sustentada pela crença globalmente compartilhada que faz equivaler acumulação de dinheiro à riqueza. Em consequência, os desígnios do capital financeiro, sempre fora do alcance do homem comum, não podem ser contrariados. Trabalha-se para o mercado como se trabalha para o gozo: o mercado financeiro e a indústria do espetáculo são as duas pontas avançadas da acumulação do capital no século XXI.¹²⁰

A afirmação de Frederic Jameson, para quem *o capitalismo colonizou o inconsciente*, diz respeito à “[...] apropriação das formações do inconsciente por imagens produzidas e distribuídas em escala industrial, assim como à oferta de gozo associada a elas”¹²¹. Kehl soma a esta afirmação a advertência de Tomás Abraham, no texto *Gozal!*, de Ricardo Goldenberg: “[...] uma sociedade sem

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 94.

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 97.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 99.

¹²⁰ *Ibidem*, p. 96.

¹²¹ *Ibidem*, p. 97.

valores extra econômicos tende a uma deriva perigosa”.

Uma sociedade governada pelo vale-tudo das razões de mercado torna-se ingovernável, além de produzir uma descrença generalizada na potência dos homens como agentes de transformação política, descrença esta que remete ao abatimento fatalista dos depressivos.¹²²

Eugênio Bucci, citado por Kehl, acrescentou em sua tese de doutorado um elemento importante para a compreensão desta “deriva perigosa”, ao recordar que Marx previu uma dimensão de fantasia que se tornaria “[...] necessária para sustentar o fetiche da mercadoria”.¹²³ No entanto, o autor de *O capital* não conseguiu também prever “[...] a dimensão superindustrial da produção dessa mercadoria inefável”,¹²⁴ quando o valor da mercadoria está no poder sustentar no sujeito um valor imaginado, e não mais o valor de uso racional. Constitui-se, assim, uma forma de *gozo imaginário*, como uma modalidade possível do gozo fálico que, para Kehl, reporta ao fato de que continuamos em falta de gozo – “ainda bem”. “A insistência no imperativo que empurra o sujeito em sua direção funciona como promessa permanente de que o gozo imaginário seja capaz de *fazer sumir a falta do gozo (real) perdido*”.¹²⁵ O sujeito trai a si mesmo, em relação à sua via própria como sujeito desejante, “[...] em nome de uma oferta de gozo que se revela impossível”, e o que lhe resta é cair no que a autora chama de “buraco entre desejo e gozo, como mercadorias”.¹²⁶ Essa talvez seja a modalidade contemporânea da perda do lugar junto ao Outro que está na origem das depressões.

Em primeiro lugar, é preciso lembrar que a demanda de gozo que provém do Outro é impossível de ser atendida, mas como esse convite ao apagamento do sujeito do desejo vem se transformando em uma fantasia socialmente compartilhada, ele se tornou o principal agente causador da servidão ante o cortejo das mercadorias, prometendo ao mesmo tempo apagar a falta e

¹²² *Ibidem*, p. 97.

¹²³ *Ibidem*, p. 97.

¹²⁴ *Ibidem*, p. 97.

¹²⁵ *Ibidem*, p. 97.

¹²⁶ *Ibidem*, p. 98.

apaziguar a angústia que a *falta da falta* inevitavelmente promove.¹²⁷

O nó que amarra os três componentes da depressão: angústia, servidão e fatalismo “[...] é o sentimento de superfluidade dos sujeitos, tomados tanto em sua singularidade desejante como em sua dimensão criativa, de agentes capazes de produzir transformações na vida social”¹²⁸.

Kehl mostra a ressonância dessa incidência da lógica econômica sobre a noção subjetiva do valor no texto *Goza!*, de Goldenberg, em que o valor de gozo é atribuído ao que *tem valor porque se vende*. O reconhecimento buscado, portanto, é do valor de venda de cada um, sustenta-se no valor econômico acima do valor político, moral e outras dimensões da vida social. Já não é mais o trabalho alienado aquilo que se vende, no estágio atual do capitalismo, o que se vende é a dimensão mais íntima dos sujeitos, seu próprio *valor de gozo*. Se “[...] o sujeito não vende seu tempo de trabalho; vende a si mesmo como objeto de gozo para o Outro”¹²⁹, e, por isso, o entendimento de que assim se produzem os sujeitos expropriados da experiência do inconsciente e do desejo, ávidos pelo consumo de imagens que lhes indiquem quem eles são. O que caracteriza a sociedade de consumo é o fato de que o fetiche da mercadoria, acrescido do valor (imaginário) de gozo, é o verdadeiro organizador do laço social.

Um autor que também resgata o pensamento benjaminiano é Michael Löwy que, em *Walter Benjamin: aviso de incêndio*, denuncia o sentido contemporâneo da submissão total à ordem das coisas que existem. A esse estado de subjetivação contemporânea, Kehl acrescenta a falta de saber produzida pelo imperativo da felicidade e da diversão. E esclarece que o saber que falta é um saber capaz de situar o sujeito do inconsciente que perdeu a referência sobre a demanda do Outro.

A partir daí, se pode entender por que tantos equívocos se tornam

¹²⁷ *Ibidem*, p. 98.

¹²⁸ *Ibidem*, p. 98.

¹²⁹ *Ibidem*, p. 98.

possíveis no diagnóstico de depressão, devido às mais variadas formas com que em cada [?] encontrará recursos próprios em superar uma ordem social “[...] sustentada bem menos por estratégias de interdição do que por técnicas de sedução”, como mostram a autora e vários pensadores da contemporaneidade.

Assim, todos (cada um à sua maneira – histérica e/ou obsessiva) são “[...] presas fáceis da tentação de abrir mão de sua via desejante, sempre periclitante por sinal, em troca de tantas ofertas/demandas de gozo de/para o Outro”¹³⁰. Portanto, não é de outro jeito que não seja, no mínimo, se deprimindo que o sujeito faz representar seu vazio subjetivo produzido por tal negociação diante do “[...] sentimento de insuficiência narcísica diante das exigências do supereu e a culpa pela covardia moral a que Lacan se referiu em duas ocasiões diferentes.”¹³¹ É a partir desse quadro que Maria Rita Kehl diferencia os neuróticos que se deprimem dos depressivos. A respeito destes, o que os define é uma posição específica do sujeito em relação aos dispositivos de mais-alienação transmitidos por meio do discurso materno e, em momento posterior, do paterno. É no momento decisivo das escolhas da neurose, portanto, posterior à estruturação melancólica, paranoica, psicótica; ou seja, é uma constituição subjetiva depressiva que se estabelece no segundo momento do Édipo. Portanto, tem a ver com o tempo de constituição do psiquismo.

B) O tempo

A qualidade que define o psíquico não é espacial, é temporal, porque o tempo é uma construção social, e toda ordem social é marcada pelo controle do tempo, ensina Maira Rita Kehl em *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*.

¹³⁰ *Ibidem*, p. 101.

¹³¹ *Ibidem*, p. 101.

É assim que “[...] a inclusão da dimensão temporal, sob a forma subjetiva da *espera* de satisfação, marca a origem do sujeito psíquico”¹³². Desta forma, o psiquismo se constitui a partir do trabalho de representação do objeto da satisfação esperada, na tentativa de anular o angustiante intervalo de tempo vazio. O tempo é instituído, para cada sujeito, no intervalo entre a tensão de necessidade (pulsional) e a satisfação; ou seja, “O sujeito do desejo, em psicanálise, é um intervalo sempre em aberto, que pulsa entre o tempo próprio da pulsão e o tempo urgente da demanda do Outro”. Em *As 4+1 condições da análise*, de Antonio Quinet, somos lembrados que “Não existe, no nível da linguagem, um significante que seja um atributo qualquer que possa fixar o sujeito para todo o sempre, fixar aquilo que seria o seu ser”¹³³. E, por assim dizer, o *ser* é uma condição simbólica do sujeito desejante.

Maria Rita Kehl refere-se a Gabriel Lombardi¹³⁴, que, em conferência a respeito da relação do sujeito com o tempo do desejo, afirma que o saber inconsciente tem a qualidade da *túkebe*¹³⁵ (a fortuna aristotélica) – o acidente que ocorre a um ser capaz de escolhas. Ser capaz de escolhas implica uma posição ativa do sujeito, de modo que ele se apresse “[...] no lugar e no momento oportuno para o encontro com algo que não se sabia estar lá, mas se desejava encontrar”¹³⁶. Para a clínica da neurose, Lombardi acena para algo da estrutura na relação com o tempo; conforme a publicação original dos *Anais* do Congresso “Os tempos do sujeito do inconsciente: a Psicanálise no seu tempo e o tempo na Psicanálise”, ele diz:

¹³² *Ibidem*, p. 111.

¹³³ QUINET, Antonio. “Que tempo para a análise?”. In: *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002, p. 58.

¹³⁴ Gabriel Lombardi, “La cita y el encuentro”, CONGRESSO “OS TEMPOS DO SUJEITO DO INCONSCIENTE: A PSICANÁLISE NO SEU TEMPO E O TEMPO NA PSICANÁLISE” *Anais...* São Paulo: Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano, mimeo, jul. 2008.

¹³⁵ “Una aclaración en este rendez-vous multilingüe: los términos “cita” y “encuentro” se recubren parcialmente, pero pueden ser distinguidos en algunas lenguas, español, francés, inglés y también se puede oponer el término latino, cito al griego *túkebein*.”

Disponível em <http://docplayer.com.br/132800-Os-tempos-do-sujeito-do-inconsciente.html>. Acesso em dez. 2017.

¹³⁶ KEHL, 2009, p. 116.

La clínica de la neurosis nos ha acostumbrado, en cambio, a los ejemplos de cita sin encuentro; la cita ha sido pactada, pero el encuentro no se produce, falla, se posterga, se deja pasar la ocasión. La tensión esencial que hace de la neurosis una patología del tiempo, un desfase entre el deseo y el acto, se expresa cotidianamente en la brecha lógico-temporal entre cita y encuentro.¹³⁷

Por isso, o saber inconsciente como qualidade da *túkebe*, ou seja, a fortuna que é o acidente que ocorre a um ser capaz de escolhas conforme, enquanto o *autómaton*¹³⁸ é o acidente que ocorre a um ser incapaz de tomar decisões. Ser capaz de escolhas implica uma posição ativa do sujeito, de modo que ele se apresente, como dito acima, no lugar e no momento oportuno para o encontro com algo que não se sabia estar lá, mas se desejava encontrar.

Daí a angústia da antecipação desse momento que “prepara” o sujeito para o encontro com o desejo. Por isso, nem toda experiência temporal tem a qualidade do tempo lógico, visto que o instante desse reencontro tem a qualidade do *Kairós*, momento oportuno, diferente do tempo linear *Kronos*, que conduz as coisas a seu amadurecimento e também a seu fim.

Desde Freud, se entende que o sujeito da Psicanálise não advém de um lugar, que não é uma relação com o espaço que constitui a natureza do sujeito psíquico, e sim de uma relação com o tempo, ou seja, de uma lógica temporal sobre a qual a natureza psíquica estabelece uma relação necessária entre o saber possível do sujeito do inconsciente e a experiência subjetiva do tempo. Sobre isso, Lacan, em 1945, no texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada – Um novo sofisma”, publicado nos *Escritos*, lança um problema lógico, do qual a conclusão correta se constrói em três tempos: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. É esse sofisma lembrado por Kehl para falar do tempo como *duração*¹³⁹, uma das condições necessárias para a produção do instante do acontecimento, sem a qual o

¹³⁷ Gabriel Lombardi, *op. cit.*

¹³⁸ Referência à *Física* de Aristóteles.

¹³⁹ Este conceito de tempo como duração foi desenvolvido por Henri Bergson (1859–1941) em suas conferências e escritos, especialmente no texto *A evolução criadora* (1907).

sujeito conclui sem compreender e reduz sua escolha a uma precipitação inconsequente. Desses três intervalos, o primeiro (instante de ver) e o terceiro (momento de concluir) são instantâneos. Somente o segundo “[...] supõe a duração de um *tempo de meditação*” indispensável para precipitar o sujeito em direção ao terceiro momento.

Para Maria Rita Kehl, é a partir daí que podemos supor uma relação entre o aumento dos casos de depressão e a urgência da vida social sob a experiência subjetiva do tempo:

A temporalidade tecida de uma sequência de instantes que comandam sucessivos impulsos à ação, não sustentados pelo saber que advém de uma prévia experiência de duração, é uma temporalidade vazia, na qual nada se cria e da qual não se conserva nenhuma lembrança significativa capaz de conferir valor ao vivido.¹⁴⁰

Entende-se com isso que a verdade do encontro com o saber inconsciente depende não apenas do impulso, mas da dialética entre *duração* e *conclusão*: a mesma que inaugura a temporalidade psíquica na forma de tensão entre a espera de satisfação, propulsora do trabalho psíquico de representação, e o (re)encontro com a marca mnêmica do objeto. No dizer de Gabriel Lombardi, a depressão se instala numa passagem do *Kronos* ao *Kairós*, em que a experiência de tempo de oportunidade e tempo de acontecimento é prejudicada pelo fato de que o depressivo, nessa passagem, se vê ante o vazio. É por isso que o “[...] *Kronos* se apresenta como tempo que não passa”.¹⁴¹

No conhecido texto freudiano sobre a piada, *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905), a ideia do instante ligado ao prazer reconhece o encontro do sujeito com a temporalidade inconsciente. No chiste, escreve Freud, “[...] um pensamento pré-consciente é abandonado por um momento à elaboração inconsciente, sendo o resultado logo acolhido no ato pela percepção

¹⁴⁰ KEHL, 2009, p. 116.

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 116.

consciente”¹⁴². Para Kehl, o chiste traz à tona um recorte da temporalidade inconsciente que preservou não apenas a representação do recalcado, como também o que Freud chama de “as fontes infantis do prazer do jogo”.

Na vida prática, o tempo é uma riqueza de que somos avaros; na literatura, o tempo é uma riqueza de que se pode dispor com prodigalidade e indiferença: não se trata de chegar primeiro a um limite preestabelecido; ao contrário, a economia do tempo é uma coisa boa, porque quanto mais tempo economizamos, mais tempo poderemos perder.¹⁴³

Nesse momento do texto, a autora estabelece uma relação interessante entre a interpretação dos sonhos, de Freud, o aforismo, de Lacan, e a tensa relação entre lentidão e velocidade, igualmente necessárias à afirmação (criativa) do sujeito, que Calvino, em *Seis propostas para o próximo milênio*¹⁴⁴, tem como rapidez, no sentido de uma experiência da velocidade mental do processo criativo. Neste sentido, a rapidez da passagem do tempo não é entendida no sentido de dar respostas práticas, e sim de estabelecer o encontro com a temporalidade inconsciente, da qual fala Freud ao tratar da brevidade do dito chistoso, também presente no mecanismo de condensação dos pensamentos oníricos latentes do sonho.

O contrário é a concepção de temporalidade contemporânea, “[...] frequentemente vivida como pura pressa”.¹⁴⁵ É uma relação com o tempo que se ancora no valor absoluto da pressa, como recurso de ganhar tempo, “[...] atropela a duração necessária que caracteriza o momento de compreender, a qual não se define pela marcação dos relógios”.¹⁴⁶ E, assim, lança o neurótico numa relação periclitante com o tempo apressado do Outro. “Daí a sustentação periclitante do saber do sujeito, que o predispõe à queda na

¹⁴² *Os chistes e sua relação com o inconsciente (1905)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 59.

¹⁴³ KEHL, 2009, p. 117 cit. FREUD (1905) *Os chistes e sua relação com o inconsciente*, p. 59.

¹⁴⁴ Tradução publicada pela Companhia das Letras em 1990.

¹⁴⁵ KEHL, 2009, p. 119.

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 119.

depressão, seja qual for sua estrutura neurótica.”¹⁴⁷

No livro *Por que a Psicanálise*, Elisabeth Roudinesco refere-se a um sofrimento psíquico que se manifesta atualmente sob a forma da depressão, que atinge o corpo e a alma. Nessa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca da identidade e o culto de si mesmo, o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo e, por isso, passa da Psicanálise à Psicofarmacologia e da Psicoterapia para a Homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade. Aliás, ele já não tem tempo para nada, à medida que se alongam o tempo de vida e do lazer, o tempo do desemprego e o tempo do tédio. O indivíduo depressivo sofre ainda mais com as liberdades conquistadas por já não saber como utilizá-las.

a) **O sonho com os mortos (Pierre Fédida)**

Uma relação importante do tempo com a depressão encontra-se no luto. Entre as possibilidades de um luto desembocar em uma ocorrência depressiva de curto ou longo prazo, estão os casos de luto irrealizado apontados por Pierre Fédida, em que o recalçamento da perda produz o efeito de uma “morte despercebida”. São casos em que as tentativas maníacas de superar rapidamente uma morte, com ou sem o auxílio (inconveniente, nesses casos) do uso de antidepressivos, podem produzir uma espécie de negação da perda que, segundo Fédida, equivale a não perceber a morte em seu sentido pleno.

O luto demanda tempo; este tem a função de proteger o psiquismo da desorganização causada pela perda. Mas o tempo do luto não se limita ao transcorrer de um determinado prazo: ele implica também a reconstrução de

¹⁴⁷ *Ibidem*, p. 119.

um novo ritmo compatível com novas modalidades de ausência e presença do objeto e de sua representação. A reorganização do campo de representações psíquicas e da circulação pulsional que ele determina implica também a dimensão rítmica da temporalidade, cuja representação mais conhecida em Psicanálise é a alternância da ausência e da presença do objeto – o jogo do *fort-da* observado por Freud em um de seus netos.

Não se deve exigir do enlutado, assim como do depressivo, que se desaloje rapidamente de sua dor. Para Fédida, os adeptos dos tratamentos por antidepressivos “[...] teriam muito a aprender com os tempos próprios a essa doença do tempo que é a depressão”. O encurtamento do tempo de luto pode levar ao que o autor chama de “morte despercebida”.

Não perceber a morte significa negligenciar a percepção das mudanças: é também deixar que os afetos dolorosos sejam encobertos antes que apareçam. Na análise, a revelação de uma morte – ou, às vezes, de uma perda nas rupturas amorosas – acontece precisamente aí onde a imobilidade do deprimido, sua manifestação somática e seu próprio sentimento de ausência de vida são mais fortes.¹⁴⁸

Mais ao final do capítulo, o autor afirma que aquilo normalmente chamado de “estado deprimido” pode ser causado por um “esquecimento protetor” dos mortos com os quais, por isso mesmo, o deprimido acaba por se identificar. A cura de tais episódios depressivos exige a retomada do contato com a lembrança do(s) morto(s), bem ao modelo do “retorno do recalado” característico das análises com neuróticos. A pobreza das formações imaginárias nos depressivos deve-se, em parte, ao recalque da memória de episódios dolorosos, que torna o luto tão impossível quanto interminável.

¹⁴⁸ FÉDIDA, Pierre. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2009, p. 87.

C) Abraham e nós

Da época de Karl Abraham para hoje, até pode-se pensar que as formas de angústia seguem muito semelhantes, e também as formas de defesa perante ela como experiência intrínseca do ser humano em contextos sociais acentuadamente diferentes. A respeito do pouco valor dado aos estudos sobre a depressão de ânimo daquela época, revelado por Abraham, pode-se inclusive pensar que, assim como a melancolia, a depressão estava presente sem o regimento que hoje temos em seu entorno. Mesmo assim, Abraham acabou acenando para outro fator importante na compreensão de determinados fenômenos da atualidade, que se expressam no que também se tem chamado de depressão, numa sociedade composta de tantos recursos para esquivar-se das frustrações.

A lógica de entendimento de que cada época acentua uma expressão de seus males, que repercute em nossas clínicas, hoje associamos ao que seja a depressão, especialmente a partir da “menos estudada” melancolia como um quadro de adoecimento com severos sintomas característicos do estado depressivo. Aqui, está a ideia de esclarecer que a depressão como sintoma da sociedade atual, talvez, seja o sintoma paradigmático da psique em sua totalidade, do mesmo modo que foi a conversão histérica para o autoerotismo e a sexualidade. Hoje, sofremos de um certo viver depressivo, se assim podemos falar, como afirma Eliane Brun.¹⁴⁹

Salvo escassas exceções, percebo na minha experiência clínica, e escuto de profissionais que encaminham estes pacientes, uma expectativa de diminuição da terapêutica medicamentosa em decorrência da análise. Sei que essa posição é de um pequeno número de profissionais de formação médica psiquiátrica, atentos às frequentes recidivas dos pacientes que se submetem apenas a tratamentos medicamentosos, parecem ver que não se trata apenas

¹⁴⁹ BRUN, op. cit.

de alterar o humor, e sim poder interrogar-se sobre a própria causa do sofrimento.

Pode-se pensar, então, que, ao mesmo tempo em que o aumento das depressões decorreria de uma fantasia em encontrar um nome para o *ser*, “*son deprimido*”, as depressões decorrem de uma “crise identitária”, como resposta à forma avançada de individualismo moderno em que se resume o “homem soberano” contemporâneo, constata o sociólogo francês Alain Ehrenberg¹⁵⁰. É o que, em outros termos, o autor defendeu numa entrevista¹⁵¹, ao falar de uma nova linguagem que nossa sociedade teria adotado: isto é, a linguagem da vulnerabilidade individual. Chama a atenção do sociólogo a forma avançada do individualismo moderno, que produz mudanças significativas na subjetividade, associa-se a uma função de totalização que se absorve nos adjetivos “mentais” e “psíquicos”¹⁵² e encontra aí adjetivações para designar a pessoa como um todo. A saúde mental, como um novo domínio da saúde, nomeia confusamente toda uma série de problemas que acompanham a sociedade da autonomia. É justamente esta sociedade que invoca a pessoa em sua aparente totalidade:

O individualismo não tem nenhuma relação com as ideias de retração para o privado ou de perda de referenciais. O individualismo é, antes, um modo de ação. Ou seja, trata-se, hoje em dia, de socializar pessoas que possam decidir e agir por si mesmas, como uma totalidade. O ideal social ou a normatividade social de hoje é que, em qualquer tipo de instituição, é preciso evocá-la na sua totalidade. Para mim, o par sofrimento psíquico-saúde mental é um modo de designar estas novas formas de socialização em referência à autonomia.¹⁵³

¹⁵⁰ Diretor do Centro de Pesquisa de Psicotrópicos, Saúde Mental e Sociedade/CNRS – Université Paris 5. Autor do livro *La fatigue d'être soi: depression et société*. Paris: Odile Jacob, 2000.

¹⁵¹ *Depressão, doença da autonomia?* Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100009

¹⁵² “Na lei de modernização de janeiro de 2002, na qual se encontra a lei sobre o assédio moral, verifica-se, nos diversos trabalhos preparatórios, ser preciso acrescentar em tudo, no Código de trabalho ou em qualquer outro lugar, o adjetivo ‘mental’ toda vez que for questão do físico. Por exemplo, onde está colocado ‘saúde física’, é preciso acrescentar ‘e mental’, onde está apenas ‘saúde’, é preciso acrescentar ‘física e mental’”. Disponível em > http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100009

¹⁵³ *Ibidem*, p. 1.

Perante estes imperativos da vida contemporânea, a depressão seria exatamente o que propõe a Psiquiatria, uma “doença do déficit”, que Ehrenberg contrapõe à neurose, tida como “uma doença da culpa”, defendendo a ideia de que esta substituição da culpa pelo déficit responderia por um período de desvalorização do complexo de Édipo como principal organizador da subjetividade. Para Maria Rita Kehl, essa ideia tem como referência a hipótese de que a depressão teria se tornado uma doença da moda em decorrência da insuficiência organizadora do imaginário edípiano na sociedade contemporânea. O *déficit* na visão da Psiquiatria é inibição no sentido que Freud dá a este conceito como uma restrição funcional do Ego.

No romance *As correções*, de Jonathan Franzen, um dos cinco personagens se mostra preocupadíssimo com a depressão. Ele se encontra tendencialmente na “depressão subclínica”, como ele próprio diz. Teme cair na depressão “clínica”, porque sua mulher e seus filhos poderão tomá-lo como um doente, e, então, sua palavra não terá qualquer validade para eles. Dito de outra forma, a descrição de suas relações de casal e de família passa pela referência à depressão – suas transmissões neuroquímicas o preocupam enormemente e não respondem positivamente como produtoras do sentimento de ser ele mesmo.

Na vida real e na ficção, entram em cena os sentimentos de cansaço, tristeza, infelicidade, incapacidade de “ser si mesmo”. Mas o que seria “ser si mesmo” numa sociedade em que a noção de uma ideal repressivo, que Freud anunciou como função repressiva das moções pulsionais condescendente a certos padrões de condutas, mostra-se a serviço de capacidade de autocontrole, pressão e autolegislação, como anuncia Vladimir Safatle?¹⁵⁴

O que é desejo parece tramitar em outra dimensão, ainda que a culpa

¹⁵⁴ SAFATLE, Textos de Freud levantam questões sobre visão atual do sofrimento. *Folha de São Paulo*, 23 set, 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2016/09/1815882-textos-de-freud-levantam-questoes-sobre-visao-atual-do-sofrimento.shtml>

exerça a função de esteio, característica do sofrimento dos sujeitos normais. Para estes, hoje, o sofrimento culposo não se origina por ter realizado seus desejos, mas sim por não tê-los realizado. Há um estado de déficit subjetivo compreensível a um ideal de “maximização de intensidade”, termo utilizado pelo Safatle, que entende as patologias neuróticas na atualidade não mais ligadas à distinção entre o proibido e o permitido, e sim a uma injunção, a uma obrigação e necessidade de gozo imposta pelo impossível e o possível.

Estamos, assim, reunindo elementos de entendimento do que hoje constitui o desejo que organiza o sujeito normal. É nesse cenário, que se organiza em instâncias psíquicas distintas, que a depressão hoje é uma das formas mais astutas de sujeição social, constata Safatle. Compartilho com esta constatação como organização neurótica na normalidade contemporânea, que tem a depressão como um dos fenômenos e também processos que resguardam uma experiência de si.

Isso vale para todos os chamados sujeitos neuróticos, uns mais envolvidos, outros menos, porém o que decorre deste estado aparente de sujeição social produz uma resposta na atualidade via o sofrimento depressivo distinto na posição do sujeito diante da escolha das neuroses. Maria Rita Kehl faz uma diferenciação entre a clínica das neuroses chamadas “normais” e a clínica do depressivo, a partir das distintas formas como esses sujeitos lidam com a dimensão do Imaginário. Há, assim, algo importante no ensino de Freud que diz respeito à direção da cura, que, na análise, implica alguma restauração do imaginário, e que no neurótico é mais provável que se dê na retificação da posição do sujeito no romance familiar.

Se a análise dos neuróticos implica sempre uma desinflação da dimensão imaginária¹⁵⁵, no caso do depressivo, a pobreza de sua elaboração imaginária o deixa mais perto do saber inconsciente a respeito da sua castração. Jean Bergeret, citado por Kehl, faz uma observação sobre a pobreza

¹⁵⁵ KEHL, 2009.

da elaboração imaginária que, somada às dificuldades nas identificações secundárias e à carência de recursos para a regulação das pulsões, aproxima as depressões do que o autor chama de estados-limite. De acordo com Mendes Dias,

[...] tudo aquilo que mobilizaria o sujeito no sentido de um investimento sobre o mundo, e sobre os outros, através das incidências do falo, ou seja, das incidências das diferentes manifestações do objeto do desejo, tudo isso, na posição depressiva, está esvaziado de significação.¹⁵⁶

No livro *O tempo e o cão*, Kehl coloca a produção imaginária dos depressivos como “escassa”: “A pobreza das formações imaginárias deixa o sujeito à mercê do vazio psíquico”.¹⁵⁷ O vazio do depressivo é produto dessa recusa em fantasiar, ele se vê abatido pelo desejo recusado e, por isso, não se articula através da fantasia e só se manifesta através da angústia. O depressivo cai, então, em um vazio de significação. A autora sugere, ainda, que, na análise dos neuróticos, o objetivo é desmistificar as “certezas” com que o sujeito se esquiva da castração simbólica. Mas essa destituição do outro como um ser de amor, ao final da análise de um neurótico, não é equivalente ao vazio que caracteriza a posição depressiva. O depressivo, hesitante em fazer a passagem entre o *ser* e o *ter*, aposta na demanda materna como forma de não perder a proteção. “É mais seguro para ele desdenhar do falo imaginário que tanto oprime o obsessivo e fascina a histérica”, escreve Kehl. Assim, o depressivo já sabe daquilo que o neurótico se recusa a saber, e oferece sua castração como garantia de não perder o lugar junto ao Outro; mas não sabe tirar proveito desses saber (de castração), ao ignorar o valor da castração como sustentação do desejo. Conforme indica Alejandro Viviani, citado por Kehl, a castração, em Psicanálise, não é um vazio de morte: é o vazio pulsante a partir do qual emergem as moções do desejo. A autora retrata que, na clínica, é preciso que

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 232, cit. Mauro Mendes Dias, *Neuroses e depressão*, cit., v. II, p. 114.

¹⁵⁷ *Ibidem*, p.232.

o analista se abstenha de qualquer atitude maternal ou protetora em relação ao analisando depressivo. Para fazer essa passagem do vazio mortífero ao vazio do Outro simbólico, o analista deve recebê-lo sem pressa e sem expectativa.

A fantasia, segundo Kehl, além de dar consistência às defesas neuróticas e tentar tornar o sintoma egossintônico, tem a função vital de representar, no campo dos possíveis, o objeto-causa do desejo; não se concebe um sujeito sem fantasia, lembra. A direção da cura analítica não é da ordem de esvaziamento das fantasias, mas da perda de sua onipotência infantil. O sujeito em final de análise já não precisa se amparar na consistência de estereotípias fantasiosas para excluir a castração do imaginário. Segundo Winnicott, a fantasia amplia o campo dos possíveis, e a incapacidade de fantasiar significa tomar o mundo “como ele é”, que lança o sujeito em algo do campo da tragédia, do fatalístico. Isso aparece como uma ilusão do campo do Real, pois “o mundo, tal como ele é” também é uma versão imaginária, na qual os sujeitos, com suas moções de desejos, podem modificar – para melhor ou pior – a vida em sociedade.

a) *Como se faz um depressivo*

Partindo da Psicanálise, é no mínimo difícil, para não dizer impossível, pensar que o acometimento depressivo poderia se reduzir a uma tipologia como uma única forma de entender o sofrimento causado por esta etiologia. O que significa pensar que, a respeito de como a depressão recai sobre a sociedade atual, foram produzidos muitos estudos divergentes, especialmente, em seus pontos de origem. Isso faz lembrar que, na época de Freud, também, não houve consenso sobre os estados histéricos, inclusive, não houve consenso entre os pós-freudianos. Assim, também a depressão de ânimo que abateu o neurótico de Abraham se fez insignificante perante os acometimentos melancólicos da época.

Meu entendimento da depressão a partir da teoria das neuroses tem sido a proporção adequada de escuta dos pacientes diagnosticados depressivos que a mim são encaminhados. Refiro-me à proporção no sentido transferencial ante o analista, que leva a concluir que são pessoas neuróticas, que questões e interrogações por elas são expostas e como as expõem. O que não significa que o sentimento de vazio que as abate, a lentidão mental e corporal, o abatimento profundo em que se encontram, não exigem cautela em seus diagnósticos preliminares. No decorrer do processo de análise, que se apresenta para uns em um tempo longo, mas para outros nem tão longo, a estrutura neurótica do sujeito diagnosticado depressivo começa a “ganhar nitidez”.

Maria Rita Kehl avança em direção a uma questão da “ordem do dia”, ao declarar que a semelhança entre as oscilações de humor sofridas pelos depressivos e aquelas que caracterizam ocorrências depressivas nas neuroses, provavelmente, provoca muita confusão no campo da Psiquiatria. A ênfase nas características de humor preenche os requisitos diagnósticos da bipolaridade. Porém, a experiência psicanalítica mostra que os fenômenos circunstanciais que, empiricamente, fazem pensar em manifestações bipolares podem ocorrer em qualquer estrutura. “O neurótico, quando cai de sua posição fantasmática, depara-se com o avesso da imagem que oferecia para atrair a demanda do Outro.”¹⁵⁸

Kehl relembra que, pela própria instabilidade de sua estrutura, a neurose está sujeita a contrastes de humor aparentemente “bipolares”: extremos de euforia e tristeza, de triunfo e derrota, de onipotência e de fragilidade. Quando sabotado pelo sintoma, o esforço do neurótico na direção dos ideais do *eu* proporciona experiências de legítima onipotência narcisista, à maneira do que Freud relatou como “voltar a ser seu próprio ideal, mais uma vez”.¹⁵⁹

¹⁵⁸ *Ibidem*, p. 198.

¹⁵⁹ *Ibidem*, p. 198.

Maria Rita Kehl chama a atenção para o problema do diagnóstico através de critérios meramente comportamentais, que poderão levar o psiquiatra a definir um quadro bipolar diante de uma depressão neurótica. Exceto os casos de intervenções medicamentosas pontuais, que ajudem o sujeito em crise a se empenhar num tratamento analítico, a medicalização pode produzir um recuo em relação ao conflito. Em vez de ajudar o sujeito a enfrentar o conflito, a medicalização pode produzir um apagamento da dimensão conflitiva e um empobrecimento da vida subjetiva – os mesmos dos quais os depressivos que procuram a psicanálise querem se curar, adverte.

A escuta do que faz frente ao diagnóstico de depressão pode fazer entrada ao que constitui uma histeria ou uma neurose obsessiva, quando a depressão é uma defesa em relação à posição do sujeito na estrutura psíquica na qual se organiza. Se a posta de entrada é *eu sou depressivo*, o que sustentará um processo de análise percorre os labirintos das formas históricas ou obsessivas, quando pensamos a depressão na clínica da neurose. Porém, a clínica da neurose não se conjuga unicamente nestas duas conduções quando se trata de depressão. Aquele que se apresentou como cronicamente deprimido participa de uma histeria ou de uma neurose obsessiva, porém quando sua depressão teria comprometido desde o início a estrutura, no que concerne tanto à posição do sujeito quanto à formação dos mecanismos de defesa característicos de cada neurose, se fez aí um depressivo grave. E essa posição do sujeito se constitui durante o atravessamento do complexo de Édipo, sustenta Kehl em *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*.

Ao nos referirmos à clínica da depressão, buscamos encontrar os vestígios de uma saída pela depressão (crônica) para alguns sujeitos neuróticos. Como foi possível, na constituição do pequeno sujeito, desviar-se das formas históricas e das obsessividades como saídas para sua constituição e tornar-se um sujeito depressivo, porém neurótico?

CAPÍTULO III

A) Duas vias da depressão na neurose

O demônio do meio-dia, de Andrew Solomon, e *O mal obscuro*, de Giuseppe Berto, são parceiros na classificação literária de romance psicológico. Este termo é atribuído ao gênero de romance que define um universo semântico voltado aos afetos, lembranças, decisões e motivos íntimos que germinam no campo de interpretação das instâncias psíquicas, dos sistemas psíquicos e, muito consideradamente, do funcionamento da mente.

Solomon e Berto asseguraram mais do que o próprio gênero se propõe quando os relatos das experiências desses autores com a depressão comprovam que esta se desencadeia sob alguns aspectos neuróticos associados ao que em Psicanálise é organizador psíquico, ou seja, a instância paterna. E daí poderemos comprovar, como percebemos na experiência clínica com neuróticos histéricos e obsessivos, que, salvos de um evento depressivo grave, seguem em estados depressivos oscilantes; ora bem, ora mal; ora muito tristes, ora um pouco melhor. E que a própria oscilação que responde aos estados “psicológicos” parece certificar uma organização psíquica que oscila “entre um triunfo sobre o pai e entre um apagamento por ele”. Os afetos conjugados nessa oscilação produzem uma dinâmica e uma economia psíquica que desenham a posição do sujeito na neurose histérica ou obsessiva. Assim sendo, os estados depressivos que se apresentam nestas estruturas pertencem ao conjunto de sintomas da estrutura neurótica; portanto, longe estão, em questões de *pathos*, de diagnóstico e manejo clínico.

a) *Colapsos*

Colapsos é o termo utilizado por Andrew Solomon como título do

capítulo 2 de seu livro e tem o sentido da experiência de ver ruir sua vontade de viver, num momento de sua vida em que tudo parecia estar bem.

Eu só entrei em depressão depois de ter resolvido quase todos os meus problemas. Minha mãe morrera três anos antes e eu começara a me conciliar com isso; estava publicando meu primeiro romance; me dava bem com minha família; emergira intacto de um relacionamento poderoso de dois anos; comprara uma casa bonita; escrevia para a conceituada revista *The New Yorker*. Quando a vida estava finalmente em ordem e todas as desculpas para o desespero tinham sido exauridas é que a depressão chegou, dissimulada com suas leves passadas, e estragou tudo.¹⁶⁰

O que surpreendeu Andrew Solomon ataca muitos dos que procuram na medicina um alívio para aquilo que aos poucos lhe foi abatendo num crescente; e quando menos esperava, lhe serviu o diagnóstico de depressão.

Estar deprimido por ter vivido um trauma ou quando a vida está claramente uma bagunça é uma coisa, mas sentir-se deprimido quando você finalmente está distanciado do trauma e sua vida não é uma bagunça é terrivelmente confuso e desestabilizador.¹⁶¹

Andrew Solomon percorre o esforço em entender e construir um corpo explicativo, inclusive com dados científicos, do que seja a depressão, a partir da sua experiência com essa doença que o surpreendeu quando tudo parecia estar bem em sua vida. Surpreende desde sua chegada, quando, distante da experiência traumática que marcou a morte da mãe ou das difíceis circunstâncias da vida, se viu mergulhado neste estado. Entretanto, outras “ocorrências” do viver não lhe escaparam.

Claro que você está consciente de causas profundas: a perene crise existencial, as dores esquecidas da infância distante, os leves erros cometidos com pessoas agora falecidas, a perda de certas amizades por sua própria negligência, o fato de não ser nenhum Tolstói, a ausência do amor perfeito neste mundo, os impulsos de cobiça e falta de caridade que se acham perto demais do coração – esse tipo

¹⁶⁰ SOLOMON Andrew. *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Tradução Myrian Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 38.

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 38.

de coisa.¹⁶²

“Mas agora, ao repassar esse inventário, eu acreditava que minha depressão fosse um estado racional e incurável”¹⁶³, segue Solomon, em revisão do vivido como dor do tempo que repentinamente levou tudo de arrasto, “feito voragem da vida”.

A tentativa, na literatura e na vida, de entender a depressão a partir de algo do acontecido ou do que não aconteceu, inclusive de algo vivido em seu próprio corpo, mas que justifique por que o desejo se esmaeceu, se obscureceu, e o lugar do sujeito tornou-se estranho, apontou Lacan¹⁶⁴. A tristeza expressa um sentimento vago por não saber por que, e não inibe encontrar uma justificativa para os eventos externos ao sujeito, aos quais este se vê submetido e sem saída.

Quer dizer que o pai “realizado” – não reconhecido enquanto instância simbólica – teria marcado o sujeito com a desgraça e por ser materializado não deixou qualquer alternativa de mudança, qualquer deslizamento, ao contrário, só faz inscrever o mesmo.¹⁶⁵

Pode-se, certamente, entender que, se é alheio ao sujeito o que lhe ocorre, não estaria em suas mãos mudar o “destino”. Solomon é dúbio em relação a essa questão: concebe ocorrências de responsabilidade do sujeito, como também imputa à imperfeição do mundo os impulsos de cobiça e falta de caridade que se acham perto demais do coração. Dirá no final que a depressão é inalisável, declarando-se adepto dos tratamentos farmacológicos, que, segundo ele, salvaram sua vida. É interessante observar que sua posição também lhe incita à crítica às medicações como alteradoras da realidade, e a se perguntar se a doença cresce com o desenvolvimento da medicina ou se a

¹⁶² *Ibidem*, p. 38.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 39.

¹⁶⁴ LACAN, Jacques. *Seminário, livro 7: a ética da Psicanálise, 1959–1960*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira Antonio Quinet]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

¹⁶⁵ MEES, Lúcia Alves. As várias cenas da melancolia e da depressão. In: *A clínica da melancolia e as depressões*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, nº 20, junho, 2001, p. 15.

indústria farmacêutica produz as doenças para os remédios que desenvolve, do mesmo modo que outros ramos industriais criam mercados para seus produtos. Porém, essa crítica lhe favorece relatar que as histórias de pacientes depressivos se centram ao redor da perspectiva do vitimismo. “As pessoas se deprimem porque não suportam o que foi feito a elas.”¹⁶⁶

Acidentes, perdas traumáticas, abandonos, violência, abuso sexual na infância; é de fora para dentro que a vida psíquica se impõe àqueles que sofrem de mal-estar. É óbvio que a rede de proteção do psiquismo pode ser rompida pelas irrupções traumáticas do real; mas as “desgraças da vida” recaem sempre sobre um sujeito, incidem sobre uma posição desejante e são rearticuladas pelas formações do inconsciente, que são formações da linguagem. Do ponto de vista do vitimismo, a cura da depressão consiste na eliminação de todo traço de “má notícia” que advenha do inconsciente. A psiquiatria e a indústria farmacêutica aliam-se a esse ponto de vista.¹⁶⁷

Solomon narra os momentos intensos e dramáticos que se estenderam desde a doença até a morte da mãe, vítima de câncer no ovário aos 58 anos. Com o pai e o irmão, Andrew Solomon participou do suicídio assistido da mãe, uma experiência dramática e intensamente estetizada. Dessa forte experiência, decorre a fantasia de suicídio que ocorre aos outros membros da família. E ele percebeu que aquela mãe ativa e absorvente teria sido uma depressiva.

O longo período de sérias crises depressivas se iniciou quando acreditava ter superado a morte da mãe. No entanto, vários fatores narrados por Solomon vão oferecendo caminhos de como a superação era precária. A semelhança de sua analista com sua mãe, associada à proposta de um acordo de selar um pacto incondicional, o de não abandonarem o tratamento até o fim, sob nenhuma condição, constituem um quadro clínico delicado. Soma-se um erro de decisão na condução dessa primeira situação, quando a analista

¹⁶⁶ *Uma existência sem sujeito*, 26 jan., 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2601200302.htm>. Acesso em: 2017, p.1.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 1.

anuncia sua aposentadoria por tempo de trabalho; e um erro de manejo e condução de análise. Maria Rita Kehl expõe com precisão:

A julgar pelo relato de Solomon, seu tratamento psicanalítico foi baseado na reconstituição da vida infantil, em busca de uma causalidade psíquica que, de fato, pode ter valor explicativo, mas não produz nenhuma intervenção sobre o psiquismo vivo e ativo no sujeito adulto. Pierre Fédida, em seu livro sobre a depressão, adverte sobre os riscos de se buscar a evocação de um “acontecimento real que se supõe empiricamente traumático: a vivência infantil - essencialmente inatual na fala associativa - recebe assim uma positividade patogênica, na forma de uma atualidade passada”. O “infantil” que interessa à psicanálise não é o do passado, rememorado pelo eu, mas o que se manifesta ao vivo na transferência, nas demandas dirigidas ao analista. Como a analista de Solomon não se deu conta da relação entre a proposta de uma análise incondicional feita por ele, o amor pela mãe e o pacto de morte que o uniu a ela? Como não se deu conta da relação entre a crise depressiva de seu analisante e o anúncio burocrático de sua “aposentadoria”?¹⁶⁸

Concordo que a “[...] inabilidade da analista de Solomon quanto ao manejo da transferência diante de um quadro de luto melancólico salta aos olhos do leitor familiarizado com a psicanálise”, que poderíamos pensar como ingenuidade diante da realidade psíquica de seu paciente. Mesmo depois de sua pesquisa sobre o assunto, que lhe esclareceu tantos despropósitos nas conduções de tratamento, ele não conseguiu perceber por que foi entrando em depressão depois de sua analista optar pela aposentadoria. Em estado de depressão grave, não recorreu à Psicanálise, que é “[...] hábil para explicar, mas não eficiente para mudar”, declarou.

Andrew Solomon fez de sua desastrosa experiência um sucesso especializado: depois de uma exaustiva pesquisa, se mostrou um formador de opinião, com palestras no mundo todo, e adepto dos tratamentos farmacológicos e das terapias comportamentais cognitivas. Até da alta conta do tratamento parece ter conseguido se recuperar. “Os números sobre os colapsos de minha própria doença são os seguintes: dezesseis visitas ao

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 1.

psicofarmacologista a 250 dólares cada; cinquenta visitas ao psiquiatra (aproximadamente três horas por semana) a duzentos dólares por hora, e contas de medicamentos que acrescentam pelo menos 3.500 dólares por ano.”¹⁶⁹

b) *O mal obscuro*

Esta é uma das epígrafes de uma narrativa “quase” autobiográfica, construída com o dispositivo da associação livre que, em *O mal obscuro*, de Giuseppe Berto, se inicia assim:

Penso que esta história da minha longa luta com o pai, que tempos atrás eu considerava incomum, para não dizer única, não seja no fundo tão extraordinária já que, como parece, pode ser facilmente acomodada aos esquemas e teorias psicológicas existentes, aliás em um certo sentido poderia até constituir uma apropriada demonstração da validade de tais esquemas e teorias, de modo que, embora a mim pessoalmente isso não queira dizer nada, eu poderia perfeitamente sustentar que o meu objetivo ao escrevê-la é justamente o de fornecer outras peças de apoio às doutrinas psicanalíticas, que ainda hoje precisam de mais respaldo do que se pensa [...].¹⁷⁰

E, sobre as intenções artísticas, confessa:

E se estivesse em momento da vida de alimentar intenções artísticas literárias, estas estariam comprometidas também porque os fatos e os pensamentos que vão construindo sua história brotam automaticamente daquelas obscuras profundezas do ser onde a doença, antes, e a cura, depois, foram remexer até o ponto de provocar essa imoderada vontade de externar-se, da qual acho que sou o passivo executor [...].”¹⁷¹

Algo que descobre, ao escrever *O mal obscuro*, conecta a experiência com a escrita. Uma das epígrafes assinada por ele mesmo expõe seu intuito de

¹⁶⁹ SOLOMON, 2016, p. 501.

¹⁷⁰ BERTO, Giuseppe. *O mal obscuro*. Trad. Maurício Santana Dias. São Paulo: Ed. 34, 2005, p. 9.

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 9.

passivo executor:

Desde que Flaubert disse “Madame Bovary sou eu”, todos sabem que um escritor é, sempre, autobiográfico. Contudo, pode-se dizer que ele o é um pouco menos quando escreve sobre si mesmo, isto é, quando se propõe mais abertamente o tema da autobiografia, porque então o narcisismo de uma parte e o gosto de narrar de outra podem levá-lo a uma maliciosa deformação dos fatos e das pessoas. O autor deste livro espera que lhe seja perdoado o natural narcisismo e, quanto ao gosto de narrar, acredita que seja apreciado também por aqueles que porventura possam reconhecer-se à distância como personagens do romance.

Giuseppe Berto¹⁷²

De qualquer modo, trata-se da luta com o pai,

[...] já próxima de seu indiscutível desfecho, ou seja, da identificação final dos dois termos contrapostos, pois que não se sabe se o desenlace será uma derrota ou uma vitória, durou sessenta anos e quatro meses, para não dizer mais, e na verdade poder-se-ia incluir aí sem mais esforço o período pré-natal, isto é, aquele que passei no ventre materno, admitindo-se o que não é uma ideia tão tola assim, que naquele ambiente existisse uma infeliz oposição ao meu destino de vir ao mundo [...] seria preciso admitir uma autônoma resistência ao nascimento de minha parte e, portanto, uma atitude de confronto em relação ao pai, e isto sim seria extraordinário, pois que comportaria a formação em mim de uma consciência e de uma vontade embrional ainda em estado de feto.¹⁷³

O autor não reluta em perceber que, mesmo deixando de lado o período pré-natal, a luta com o pai é uma história longa e variada e, por isso, a divide em três fases, sendo a primeira do nascimento aos dezoito anos de idade. Belo engano ao leitor que pensa que a história que está somente começando seguirá tão bem e determinadamente apresentada conforme uma cronologia que segue em fases. A história se apresenta como testemunha do sujeito que está dividido e que a conta num monólogo e num fluxo de

¹⁷² Epígrafe de BERTO, G. *O mal obscuro*.

¹⁷³ *Ibidem*, p. 10.

consciência crescente, em que as pontuações se ausentam por necessidade das reminiscências da infância e adolescência, num contínuo entre a rapidez que avança, mas que obsessivamente retorna ao pai “de bigode sem rosto”. A história se inicia no momento da morte deste pai.

Já no início, o autor se pronuncia favorável ao tratamento psicanalítico. Entre o eletrochoque e a Psicanálise, escolhe a Psicanálise pela esperança de benefícios intelectuais e “[...] por uma secreta necessidade de substituir de alguma maneira o pai morto”. Necessidades secretas pouco claras no início do tratamento.

Meu médico¹⁷⁴ sabe muito bem de tudo isso, pode-se até dizer que sabe mais do que eu, e de fato foi ele mesmo quem, ainda nos primeiros tempos do tratamento, interpretando de maneira mais correta um sonho que tive, precisamente aquele que classifico com a definição de sonho da livraria Rossetti, me deu não digo a ideia da luta com o pai morto, já que eu tinha consciência de estar combatendo com o finado há um bom tempo, mas me forneceu o impulso necessário a partir do qual, pouco a pouco, bem entendido, chegamos à explicação adequada, ou melhor, científica desta luta, purgando-a do que ela pudesse ter de supersticioso ou tenebroso e conferindo-lhe não só uma ordem lógica, mas principalmente dimensões humanas que, ao que parecia, eram suportáveis. A essa altura creio que todos ou quase todos tenham uma ideia aproximada desse gênero de cura psicanalítica que está começando a ficar na moda em toda parte e portanto aqui também [...].¹⁷⁵

Referindo-se ao tratamento psicanalítico a que se submeteu, diz que o teria de bom grado evitado, porém o que apresenta ao longo do seu corrido texto é um efeito de resenha clínica analítica que envolve transferência, sonho, construção e enfrentamento do fantasma do pai morto que, quando vivo, era um pai de bigode sem rosto. Fácil pensar que o elemento fálico deste pai de bigode é por onde o menino entendia o que definia o pai, e não sem angústia aterrorizante. E quando surge esse significante pai? No tempo em que tinha

¹⁷⁴ É o próprio psicanalista de Giuseppe Berto, Nicola Perrotti, um dos pioneiros da Psicanálise na Itália, na década de 1940, quem difundiu a teoria freudiana e o interesse pela Psicopatologia cotidiana.

¹⁷⁵ BERTO, 2005, p. 11.

uma grande curiosidade pelas meninas, que eram diferentes dele naquela parte do corpo.

Naquele tempo meu pai não dispunha ainda de um rosto, mas já tinha bigodes, ou não os tinha, porque às vezes usava e às vezes os raspava, já que agora os bigodes haviam saído de moda [...] meu pai não tendo rosto, era ainda em grande parte uma ausência, consistia quase exclusivamente nas coisas que possuía, especialmente naquelas guardadas em uma caixa à direita e sobre a cômoda, ao lado da penteadeira, onde havia a Quinina Migone, que exalava um cheiro bom, e a escova para cabelo que ao contrário tinha um cheiro ruim, e mais nada [...] ¹⁷⁶

Diferentemente do pai, que consistia em coisas de bom ou mau cheiro, um carabineiro triunfante que se tornou comerciante falido, a mãe era a mais bela mulher.

[...] assim como não estavam mais na moda os cabelos compridos das mulheres nem as saias até os pés como antes da guerra, nem minha mãe as usava assim tão longas, mas se irritava, dizia que era um pecado mostrar as pernas a todos, mas minha tia que era sua irmã e outras amigas suas zombavam e a provocavam dizendo que ela era contra as saias curtas porque suas pernas eram feias e tortas, mas não era verdade, eu tinha vontade de matá-las quando diziam isso, aliás eu as mataria com certeza assim que me tornasse grande [...] nenhuma no mundo era mais bela que minha mãe nem a rainha que era muito alta e por isso sobressaía muito diante do rei que era baixinho, já minha mãe era baixinha ao lado de meu pai alto, o que era a coisa mais acertada. ¹⁷⁷

Fluxo incessante, ideias que retornam e o tom febril, livremente associados às lembranças, se expressam num texto quase sem pausa. No tempo da memória e da narrativa obsessiva, as justificativas que condenam e libertam esse pai de bigodes sem rosto, que sabia se vangloriar para a esposa com seus poucos fios de cabelo garantido pelos benefícios da Quinina Migone e da Petrolina Longega. O pai, chefe de estação e marechal dos Carabineiros, seria temido menos pelo filho desejoso de sua morte, o que lhe imputou

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 62.

¹⁷⁷ *Ibidem*, p.63.

“contas a acertar com o pai”, morto – e com os diversos Superegos, como o próprio narrador os chama – Carabineiros Reais, Padre Eterno, Pátria, Deus, entre muitos outros.

A história não é contada a partir de um diagnóstico. Por mais que Giuseppe Berto tenha escrito *O mal obscuro* como livro de sua doença, segue a recomendação médica de “terapêutica pela escrita”. O autor vai adquirindo entendimento especializado e terminologia adequada, sem perder suas crenças místicas de antes.

[...] a explicação correta à qual cheguei por meio da psicanálise após compreender entre outras coisas que o meu esgotamento se chamava belamente neurose de angústia, ou de ânsia, mas prefiro que seja de angústia, a explicação correta eu dizia volta a repropor a figura de meu pai não certamente como um espírito que do outro mundo ou de seu sacro lóculo me envia acidentes vingadores, mas no fim das contas algo parecido, ou seja a força maléfica que age dentro de mim devastadoramente.¹⁷⁸

O diagnóstico psicanalítico de neurose de angústia revelado na falência do funcionamento psíquico diante de um desamparo radical, levando ao desvanecimento do sujeito, revela-se nos relatos.

Em termos genéricos posso então apontar como motivo de conflito psíquico esta minha inadaptação ao real, já que meu pai me fez monolítico à maneira dos carabineiros e eu continuo monolítico enquanto os outros mudam o tempo todo e até o mundo muda e eu queria ver se ficasse parado, mas quanto a mim estou parado e eternamente atrasado e perenemente em conflito, além de ser um tremendo chato, pedante [...] ¹⁷⁹.

Estes relatos apresentam uma sintomatologia exuberante, na qual a depressão ganha espaço diante das fantasias inconscientes que compõem o quadro.

¹⁷⁸ *Ibidem*, p. 216.

¹⁷⁹ *Ibidem*, p. 271.

c) *A depressão nos histéricos e obsessivos*

Um texto que trata da questão da depressão na neurose é *As várias cenas da melancolia e da depressão*, de Lúcia Alves Mees, publicado na revista da APPOA. A partir das modalidades que oscilam “[...] entre um triunfo sobre o pai e entre um apagamento por ele”¹⁸⁰, o afeto associado ao triunfo é a alegria, e no apagamento, o afeto é o da tristeza. E assim respondem à mania ou à depressão; a mania “[...] torna o objeto possível de ser alcançado e, conseqüentemente, burla a castração e quita a dívida”.¹⁸¹ A alegria e a inquietação são os afetos desta posição do sujeito; “[...] felicidade intensa de supostamente alcançar todas metas” tomada pela agitação “[...] de transitar por todas as palavras e todos os objetos que não mais estão sob interdito”.¹⁸²

A outra face da mesma moeda, diz a autora, se revela na depressão, como subserviência à instância paterna, que se mostra de dois modos: “[...] em um primeiro, o pai está tão engrandecido que supostamente não há lugar para o sujeito”; a outra forma neurótica de revelar a “depressão” é na relação com um pai desvalorizado e que, por sê-lo, não seria dotado do necessário para viver alegremente. A identificação ambivalente de Giuseppe com seu pai “de bigode sem rosto”, e o quanto duvidava do amor deste pai e das mulheres que amou, acompanham a culpa que essa incerteza lhe causava, parecem estratégias para manter o pai no lugar de potência. Não se trata, como poderíamos pensar na maioria das vezes, de um sentimento vago de estar entristecido sem saber por quê. Os fatos, as fases, os desafios em crescer, ir embora de casa, construir uma família sedimentavam conflitos sem saída para Giuseppe Berto.

Lacan trata de algo que denega no que constitui uma sexualidade *nem... nem...*, nem macho nem fêmea, e a obsessão acerca da relação entre a vida e a

¹⁸⁰ MEES, Lúcia Alves. *As várias cenas da melancolia e da depressão*. In: *A clínica da melancolia e as depressões*. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, nº 20, junho, 2001, p. 11.

¹⁸¹ *Ibidem*, p. 13.

¹⁸² *Ibidem*, p. 14.

morte. O obsessivo é muito precisamente nem um nem outro – pode-se dizer também que ele é um e outro ao mesmo tempo.¹⁸³ Essa ambiguidade passa para o obsessivo pela inquietude no que cerca sua posição na filiação, e repõe o conflito do pai interrogado como pai morto.

De acordo com estes termos, a histeria seria uma pergunta acerca da feminilidade à maneira histérica de perguntar *ou...ou...*, em oposição ao *nem...nem...* do obsessivo. A oscilação histérica na depressão pode transcorrer da perda do lugar de amor junto ao Outro. Uma forma de as histéricas e dos histéricos driblarem a castração é colocando-se como objeto (inteiro, todo) de amor ao outro. O risco dessa operação é quando o outro, como Outro imaginário, não sustenta essa posição de amor, e o histérico cai da posição de “ser tudo” para o Outro, como foi a experiência de Solomon com sua analista, que, desastrosamente, sustentou o semblante materno até se encantar com uma aposentadoria.

“Sem razão aparente”, disse-me certa vez um paciente, assim como foi com Solomon, sobre o primeiro evento de depressão, que se deu em um momento tranquilo da vida. Daria para dizer, neste caso, que foi num momento de triunfo – a mudança para a cidade dos sonhos, a compra da casa nova; na segunda vez, bastou comprar o carro zero quilômetro. Os que fracassam ao triunfar, disse Freud, que também ressaltou: “Mas é tarefa difícil averiguar a natureza e a origem dessas tendências julgadoras e punitivas, que nos espantam com sua existência, ali onde não esperávamos encontrá-las.”¹⁸⁴ Disso bem sabemos: é sempre uma tarefa difícil. Considero algo que vale para investigar uma terceira via para a depressão, porém não resulta um bom trabalho para sabermos da depressão no campo das histerias ou das obsessões. Refiro-me ao fato de uma considerável fração dessa dificuldade, acima salientada, se instalar na insistência em entender um evento grave de

¹⁸³ LACAN, Jacques. *Seminário, livro 3: as psicoses, 1955–1956*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Aluisio Menezes]. – 2 ed. revista – Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

¹⁸⁴ FREUD, Sigmund. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos [1914–1916]*. *Obras Completas volume 12*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 263.

depressão nas neuroses através da própria depressão, quando o olhar analítico deveria mirar o emaranhado de uma lógica do inconsciente que enlaça os sujeitos em sua estrutura. O que leva a uma grave depressão não está na depressão propriamente dita, e sim na estrutura. Se esta é a direção de tratamento que se poderia desviar nas depressões que atingem os neuróticos histéricos e os neuróticos obsessivos, é a que se valerá da escuta dos depressivos propriamente ditos, aqueles que constituem seus recursos psíquicos a partir de uma posição depressiva.

B) A terceira via da neurose

É no mundo adaptado à vida neurótica ou feito para os neuróticos onde habitam meus pacientes diagnosticados depressivos, dosados pelo Citalopram. Como pacientes que não apresentam uma doença psiquiátrica, ou seja, psicose ou esquizofrenia, mas que fazem uma demanda psiquiátrica, os escuto como partícipes de um fenômeno cultural, social e clínico que encontrou morada, especialmente, no mundo dos neuróticos. Por isso, a leitura de *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*, de Maria Rita Kehl, fez-se a referência principal nesta tese.

Eis aí o ponto que considero central para entender por que Maria Rita Kehl constata um tipo de depressão que atinge o neurótico. Para além da depressão que acomete um histérico ou um obsessivo, há uma depressão que acomete o neurótico em estado-limite. Constituindo um vetor da neurose, a depressão é uma via que dá acesso a um acometimento como estado-limite ao sujeito neurótico. Não há aí uma conversão em estado psicótico ou uma dificuldade de diagnóstico estrutural de psicose, quando há ausência de delírios e alucinações. Os momentos que marcam o sujeito nestas diferentes estruturas psíquicas são de tempos diferentes, e não se trata também de melancolia.

Se na melancolia o olhar desinteressado do Outro produz um efeito no cerne do *ser*, na depressão observamos um sujeito a meio caminho entre o *ser* e *ter*. A posição do depressivo é decidida entre o segundo e o terceiro tempo do Complexo de Édipo, escreve Kehl, o que indica que: ou o depressivo é um neurótico (depressão como ocorrência possível nas neuroses) ou deve-se pensar em uma quarta estrutura, e ela sugere estar mais próxima das neuroses do que da psicose ou da perversão.

A autora escreve, ainda, que não vê elementos que sustentem a hipótese de uma quarta estrutura “depressiva”, mas propõe que, para diferenciar os chamados depressivos crônicos daqueles neuróticos com ocorrências depressivas pontuais ao longo da vida, os depressivos pertençam ao campo das neuroses. E defende que a “escolha de neurose” fica comprometida por uma ocorrência precoce na constituição do sujeito que, perante o enfrentamento decorrente de uma posição histérica ou obsessiva, recua e se instala numa terceira via de acesso à estruturação neurótica – na depressão. Kehl trata dessa posição como um vetor da neurose e propõe que essa ocorrência faz alusão a um excesso de presença do Outro materno. Para ela, o vazio depressivo corresponde à pobreza do trabalho de representação e de expressão exigido da criança, por essa mãe ansiosa que não se permite demorar em atender ao menor sinal de desconforto do bebê. “O depressivo sofre dos efeitos da pressa do Outro”¹⁸⁵, escreve Kehl. Neste sentido, não quer dizer que a criança não está exposta à falta, mas ela se depara com a falta na presença do Outro.

O psicanalista inglês Donald Winnicott, criador de uma teoria sobre a importância e os efeitos do cuidado materno, considera essencial o *espaço-entre* a criança e a mãe. Uma mãe presente sem ocupar todo o espaço, que acima de tudo possibilite o tempo de espera (pela satisfação), para que o bebê possa inventar o que fazer desse tempo vazio.

¹⁸⁵ KEHL, 2009, 265.

Em algum ponto teórico, no começo do desenvolvimento de todo indivíduo humano, um bebê, em determinado ambiente proporcionado pela mãe, é capaz de conceber a ideia de algo que atenderia à crescente necessidade que se origina da tensão instintual. Não se pode dizer que o bebê saiba, de saída, o que deve ser criado. Nesse ponto do tempo a mãe se apresenta. De maneira comum, ela dá o seio e seu impulso inicial de alimentar. A adaptação da mãe às necessidades da criança, quando suficientemente boa, dá a essa a ilusão de que existe uma realidade externa que corresponde à sua própria capacidade de criar.¹⁸⁶

Assim colocado, o que se apresenta na origem da constituição do sujeito não é a *falta da falta* que caracteriza a angústia psicótica, mas a *insuficiência da ausência* (no sujeito depressivo). Intervalos insuficientes de tempo para que o *infans* pudesse testar e confirmar sua potência e verificar que a mãe, mesmo que demorasse um pouco, ainda o atenderia. Dessa forma, a ausência do Outro provocaria a primeira manifestação do psíquico na forma de espera da satisfação. Winnicott nos traz um ponto de vista interessante quando diz sobre uma medida razoável para esse intervalo de espera: ele propõe que, se o tempo de espera for curto demais, será insuficiente para que a criança desenvolva sua capacidade de suportar o vazio e sua potência em convocar o Outro; se for extenso demais, a insatisfação prolongada produzirá uma ruptura no tecido psíquico, difícil de reparar.

Segundo Kehl, a impotência depressiva tem sua origem na fantasia materna de que seu bebê é incapaz de suportar os tempos de espera e de vazio. “É uma mãe que subestima seu bebê”. Uma mãe que se imagina mais do que suficientemente boa, por estar apaixonada pela sua própria potência de ser a única capaz de atender e satisfazer o *infans*. Neste sentido, o que a autora nos diz é que o depressivo foi poupado demais da experiência da ausência do Outro e, em decorrência disso, ele se depara desde sua origem com um vazio de ordem muito diferente daquele que se produz a partir da perda do objeto.

¹⁸⁶ *Ibidem*, p. 238 *apud* WINNICOTT, 1975.

Este não causa o vazio, e sim o desejo: a perda do objeto é a condição do desejo. “O preço por escapar dessa queda é exatamente essa condição de vazio que se instala sobre o sujeito. O depressivo é, notadamente, um sujeito tomado por um vazio.”¹⁸⁷

O tempo de espera é um vazio necessário, como primeira manifestação que separa o impulso da satisfação, é a falta como condição do desejo. Nessa condição, se instaura a depressividade como inaugural do trabalho de representação do objeto, bem como as tentativas de atrair de volta a presença da mãe. Em contrapartida, a ausência do Outro não permite que o *infans* desenvolva recursos para suportar o vazio. Kehl diz que, em sua origem, o vazio que angustia o depressivo não é diferente do vazio dos neuróticos, em geral. Os neuróticos têm horror ao vazio e o preenchem com fantasias, dramas, sintomas. Mas o depressivo conhece e suporta o vazio melhor que o neurótico (porque sua dependência o condenou a conformar-se com ele). “É preferível suportar o vazio a convocar o Outro de volta, com seu excesso opressivo de presença, de oferta, de demanda.”¹⁸⁸ Porém, o depressivo não cria nada a partir desse vazio ou cria a dependência do Outro materno, que pode ser substituída por outras formas de dependência, geralmente químicas.

O depressivo não se cansa de tentar (re)fazer uma totalidade com o Outro, com a tristeza, com a droga e com o álcool. Sua sorte – na vida, na análise – é que ele continua aquém da tal totalidade. A não ser, como se sabe, na morte – mas nesse caso extremo o sujeito não estará lá para gozar de seu triunfo.¹⁸⁹

Através de Winnicott, que percebeu que a sensação de que “a vida é digna de ser vivida” tem como consequência a capacidade da criança de criar a partir de suas percepções – apercepção criativa, Kehl sustenta o sentimento fatalista que abate o depressivo. Na falta desta capacidade criativa/perceptiva, a criança desenvolve o que ele chama de “submissão com a realidade externa”,

¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 239 cit. DIAS, *Neuroses e depressão*.

¹⁸⁸ *Ibidem*, p. 239.

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 240.

na qual o mundo se apresenta como um cenário inalterável que só exige sua capacidade de submissão e adaptação.

A submissão traz consigo um sentimento de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que a vida não vale a pena ser vivida. Muitos indivíduos experimentaram suficientemente o viver criativo para reconhecer, de maneira totalizante, a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina. Essa segunda maneira de viver no mundo é identificada como doença, em termos psiquiátricos.¹⁹⁰

Winnicott conduz a entender que nem sempre a submissão é produzida pelo autoritarismo ou pela severidade do Outro, e Kehl fala que, do ponto de vista do *infans*, não há diferença entre a oferta e a demanda do Outro. E se o depressivo sofre pelo excesso de oferta da mãe (a mãe apaixonada por sua própria potência em prover seu bebê), essa mãe simultaneamente pode ser percebida como alguém que demanda dele algo que ele não sabe o que é. Submetido ao excesso de ofertas de satisfação, vê-se diante de uma demanda igualmente excessiva, que não tem recursos para satisfazer. Assim, Maria Rita Kehl conclui que o sentimento de impotência se dá por duas vias: de um lado, a mãe que dispensa o trabalho psíquico do bebê, e de outro, o bebê que recebe um excesso de demandas que ele não tem recursos para atender. Esse sentimento de impotência remete ao que Freud chama de inibição – mecanismo de defesa contra angústia.

Lacan, em relação à angústia, não a entende simplesmente como um sinal de alarme ante a iminência da perda de um objeto, mas a iminência de seu reaparecimento na parte em que deveria faltar para que o sujeito pudesse se manter desejante. A angústia não é, para Lacan, o sinal de uma falta ou uma perda iminente, e sim de “[...] algo que devemos conceber num nível duplicado, por ser a falta de apoio dada pela falta”¹⁹¹. O que provoca a

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 240 *apud* WINNICOTT, 1975.

¹⁹¹ LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005, p. 64.

angústia para Lacan “[...] é tudo aquilo que nos anuncia, que nos permite entrever que voltamos ao colo”. E Kehl acrescenta que, na relação entre a angústia e a demanda, que se observa de maneira particularmente dramática no caso dos depressivos, é exatamente o fato de que, em sua posição fantasmagórica, estes se encontram permanentemente à mercê de se perder da possibilidade da ausência que lhes fornece a “segurança da presença (do Outro)”.

Lacan, no *Seminário 10*:

O que há de mais angustiante para a criança é, justamente, quando a relação com base na qual essa possibilidade (da ausência) se institui, pela falta que a transforma em desejo, é perturbada, ela fica perturbada ao máximo quando não há possibilidade de falta, quando a mãe está o tempo todo nas costas dela, especialmente a lhe limpar a bunda, modelo da demanda, da demanda que não pode falhar.¹⁹²

Da parte da mãe, é necessário preservar certo vazio. Pois é da “[...] saturação da demanda que surge a perturbação em que se manifesta a angústia”¹⁹³. Porém, essa saturação que abate o depressivo não faz dele um psicótico, porque a mãe lhe oferece um lugar simbólico – ainda que esse seja o lugar de um incapaz. E também porque, mesmo que essa mãe se apresse (e seja mais do que suficientemente boa), na origem da depressão encontra-se uma mãe barrada, segundo Kehl. A partir daí, o Nome-do-Pai se inscreveu para o depressivo. A suposta “falta de pai”, da qual se queixam muitos dos depressivos, refere-se ao pai imaginário. Ele há de se queixar em análise da falta de um pai que, como em toda neurose, já terá feito a sua função. “Se o pai do depressivo parece periclitante, isso resulta de uma operação feita pelo próprio sujeito, com a qual a pobreza da fantasia há de ser solidária.”¹⁹⁴

Então, no curso normal do primeiro tempo do Édipo, a criança está

¹⁹² *Ibidem*, p. 64.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 76.

¹⁹⁴ KEHL, 2009, p. 242.

identificada simbolicamente com o objeto que falta à mãe, e seu desejo está sujeito à demanda dela; no segundo tempo, o pai entra como mediador do desejo da mãe. O pai, aquele que faz a lei para o desejo da mãe, é aquele que conhece as respostas do enigma do desejo. E assim, o que marca o segundo tempo do Édipo é a rivalidade fálica da criança com o pai a despeito do desejo da mãe. Nesse momento, introduz-se, para a criança, a dimensão da falta de objeto, “[...] já que a entrada do pai como aquele que detém o objeto para o qual se volta o desejo materno vem interditar a satisfação do impulso”¹⁹⁵. Essa falta se apresenta para a criança como forma da privação e da frustração. A única falta de objeto incontornável: a castração. Agora, o desejo da mãe está submetido à lei do pai, privando a criança da posição de *ser* (o falo) junto à mãe. Nesse momento, inaugura-se para a criança a passagem do ser ao ter, “[...] passagem que não tem data marcada para terminar – se é que termina –, já que a constituição dos ideais do *eu* há de exigir sempre novos investimentos e novas conquistas daquele que, tendo perdido a identificação com o *eu ideal*, está fadado a passar a vida tentando voltar a ser, no dizer de Freud, “seu próprio ideal mais uma vez”¹⁹⁶.

Na leitura da teoria lacaniana, segundo Kehl, esse momento inaugura a constituição do fantasma, “[...] fantasia inconsciente que situa o sujeito que procura (re)ocupar a posição perdida como objeto de gozo do Outro”.

A constituição do fantasma representa, em Lacan, o mesmo que a escolha de neurose (ou da perversão) em Freud. Ora, a neurose não se resume à posição do sujeito no fantasma; essa é sua matriz simbólica. A neurose participa do campo das formações imaginárias que sustentam o narcisismo secundário do *eu (moi)*. Por isso a estrutura neurótica é indissociável da série de fantasias por meio das quais o sujeito imagina sua posição no fantasma. A rivalidade com o pai e a busca de recuperar a identificação fálica impulsiona também uma nova série de identificações, a começar pelas identificações com os atributos do pai e, a partir daí, com os atributos de outras pessoas que representem, para a criança, ideais do *eu*. Fantasias e identificações participam dos mecanismos de que

¹⁹⁵ *Ibidem*, p. 245.

¹⁹⁶ *Ibidem*, p. 247.

o *eu* dispõe, nas neuroses, para defender-se das evidências da castração. Mas não se limitam a essa função.¹⁹⁷

Para a Psicanálise, não existe um sujeito sem estrutura – “[...] assim como não existe o sujeito do inconsciente em estado puro, desligado dos recursos egoicos que lhe permitam viver no mesmo mundo que seus semelhantes”¹⁹⁸. A diferença em relação a outras escolas, para Kehl, é que, na Psicanálise lacaniana, a direção da cura não tem a intenção de “fortalecer o ego”, mas, ao contrário, proporciona um esvaziamento do campo imaginário que facilita o acesso ao saber inconsciente da castração. Este esvaziamento do eixo que sustenta as identificações tem relação com o aumento das questões identitárias que, segundo Alain Ehrenberg, “[...] participariam do crescimento das depressões nas sociedades contemporâneas”.¹⁹⁹

Assim, Kehl ressalta que a depressão resulta de uma posição do sujeito no fantasma. Uma posição de recuo em relação à rivalidade edípica que não se confunde com as estratégias de recusa da castração dos histéricos e obsessivos. Que posição seria essa?

Penso que a posição do depressivo se esboça do lado das neuroses, mas permanece periclitante. O depressivo, tendo sido expulso do paraíso onde esteve, como todos nós, mergulhado no *ser*, escolhe a estratégia que lhe parece mais segura (entretanto, a mais arriscada) para não ter que saber disso: ele se recusa a se apropriar da condição de *ter*, com todos os riscos – mas também os ganhos – que tal oferece. Em consequência, permanece suspenso em uma espécie de terra de ninguém entre o *ser* e o *ter*.²⁰⁰

Segundo a autora, o depressivo não investe nos recursos que tem, e, por isso, a questão identitária aparece para este de forma muito mais dramática do que as questões de identificação. Atualmente, fica facilitada essa posição periclitante por conta da fragilidade do pai no imaginário social – que, em nossa cultura, parece inconsistente.

¹⁹⁷ *Ibidem*, p. 248.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 248.

¹⁹⁹ *Ibidem*, p. 248.

²⁰⁰ *Ibidem*, p. 249.

O depressivo estabelece uma relação ambígua com os ideais do eu, que em outros termos é uma relação de desistência em que se situa aquém dos ideais, ao minimizar a importância do pai e assumir uma posição como quem diz “eu não me importo com o falo”²⁰¹. Assim, neutralizado em relação ao falo, neutraliza-se perante todas as ofertas tentadoras ou não que a vida possa oferecer. Pois se recusa a criar o significado de sua castração e oferece ao outro a sua versão infantil, bem como imagina ser assim que a mãe o quer. Portanto, responde à demanda do outro Materno quando se faz indiferente ao falo para manter-se sob a proteção materna. “O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente”²⁰². A mãe, para o depressivo, não é entendida como desejante (do pai), e sim como demandante (do filho/a). O sujeito se refugia na depressão justamente porque não dispõe de recursos para se defender da voracidade do Outro (Materno).

Ao se esquivar, o depressivo tenta se defender do incesto iminente, só que em contrapartida ele acaba por se colocar perigosamente à mercê do mesmo gozo. Quanto mais ele recua, mais se coloca diante do gozo materno numa posição ambígua – “[...] escondido do Outro/bem no colo do Outro!”²⁰³. É mais difícil de suportar a angústia de castração, pois ele fica sem recursos, sem os mecanismos de defesa do eu, não se permite apostar em formas substitutivas da (única) satisfação interdita. Assim, o depressivo que se absteve da rivalidade fálica com o pai, para sustentar sua relação infantil não-incestuosa com a mãe, posiciona-se na borda da estrutura fantasmática.

Recuar da rivalidade com o pai é a escolha subjetiva que define a estrutura psíquica do sujeito como uma posição depressiva. Isso equivale a recusar a dimensão conflitiva que marca o neurótico; ao invés de avançar em direção ao conflito, o depressivo regride para a posição de dependência da mãe. É a partir daí que se instala o sentimento de impotência dos depressivos.

²⁰¹ *Ibidem*, p. 255.

²⁰² Jacques Lacan. *O Seminário, livro 17: o avesso da Psicanálise (1960–1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992, p. 105.

²⁰³ KEHL, 2009, p. 256.

O sujeito permanece suspenso, como observou Lacan a propósito da angústia entre o gozo e o desejo. E nesta posição periclitante, o depressivo, que corre perigo – pois fica em posição de instabilidade e vulnerabilidade –, tem muito menos mecanismos de defesa a seu dispor do que os neuróticos histéricos ou os neuróticos obsessivos.

Ao recuar da dialética fálica no segundo tempo do Édipo, o depressivo, homem ou mulher, tenta ignorar o que ele já sabe e, até certo ponto, já viveu: a importância capital do pai na inauguração das identificações.²⁰⁴

O artifício está em que as identificações que representam algo de si, que enriquecem o *eu*, no sentido de “idêntico a si mesmo” como algo que o faz inteiro, trazem a marca da presença (e da perda) de um *outro* a fraturar a pretensa unidade do sujeito consigo mesmo. Ao não reconhecer a identificação com os ideais paternos e permanecer preso ao Ideal materno, o depressivo se afasta do mundo onde os outros não teriam por que reconhecer, nele, o Ideal, e assim prescinde das identificações possíveis com os traços dos seus semelhantes. O depressivo é solitário justamente porque, em sua regressão a “si mesmo”, não se identifica com ninguém.

O sofrimento do depressivo, mais do que uma proliferação de sintomas, é uma forma de inibição generalizada, como em *Inibição, sintoma e angústia* (1926). Freud marca a inibição justamente como efeito do não-enfrentamento de um conflito. “A tentativa permanente de anulação do conflito, inaugurada pela recusa em enfrentar o pai imaginário, haverá de definir os outros avatares da posição depressiva.”²⁰⁵ Ao depressivo, falta coragem, o que lhe causa vazio depressivo em decorrência da falta de desejo – o que lhe cabe é um vazio cheio de angústia. O “ponto de angústia” situa-se entre o gozo e o desejo, explica Lacan. O depressivo vale-se de um gozo (no Outro) que tenta esconder a todo custo ao longo de uma vida subjetiva, por

²⁰⁴ *Ibidem*, p. 248.

²⁰⁵ KEHL, 2009, p. 252.

tentar esquivar-se da angústia de castração.

Entre gozo e desejo, entre *ser* e *ter*, entre a angústia de castração e a angústia ante a ameaça do desvanecimento subjetivo – ser sugado pela demanda do Outro materno –, o depressivo fica capturado em um tempo que não passa porque não pode ir adiante, nem voltar.²⁰⁶

Nas neuroses, são muitas as consequências dessa “escolha” em recuar diante da rivalidade com o pai. No que esse recuo difere do neurótico não deprimido, é o fato de ele “escolher” *ceder em seu desejo*. É aí que podemos nos deparar com uma das possíveis consequências da atitude que Freud batizou de “covardia moral” e que Lacan considerou como a única “escolha” da qual o sujeito da Psicanálise deve se sentir, de forma legítima, um culpado. E esse sentimento está na origem da dor moral do depressivo, amparado entre recuar diante da rivalidade com o pai e ceder em seu desejo. Ao “desistir do pai”, o depressivo está tentando (como todo neurótico) negociar o desejo em troca da demanda do Outro. Pretende, também, como todo neurótico, recuperar o *ser*. Assim, o recuo não impede que o depressivo construa seu fantasma, pois é essa a função do fantasma: sustentar o sujeito em uma posição a partir da qual supõe atender à demanda de gozo do Outro.

A posição do depressivo no fantasma é mais periclitante do que a posição do neurótico, por ter caído antes da queda no enfrentamento com a castração. Essa covardia difere da do neurótico, que também recua do enfrentamento com a castração, pois, mesmo que o depressivo não se saiba covarde, percebe os efeitos da covardia originária e inconsciente sobre todos os aspectos de sua vida subjetiva.

Na construção do fantasma do neurótico, o pai imaginário ocupa primordialmente o lugar desse Outro que a criança pretende fazer gozar. O pai, não a mãe. A ele o sujeito endereça uma demanda de reconhecimento do valor que ele tem para o Outro: “o que você quer de mim?” Essa oferta/demanda é de caráter masoquista, já que o sujeito se coloca diante do Outro em posição sacrificial:

²⁰⁶ *Ibidem*, p. 252.

“seja o que for, me demande, eu saberei satisfazê-lo.”²⁰⁷

Portanto, a definição da posição do sujeito no fantasma se dá no apogeu do complexo paterno, quando o “todo-poderoso pai imaginário”, no segundo tempo do Édipo, domina os investimentos ambivalentes da criança e ocupa o lugar do Outro no fantasma. É a este Outro que a criança demanda reconhecimento. Perante as consequências do complexo paterno pelas quais o depressivo recuou, o lugar do Outro na constituição do fantasma fica periclitante, e, conseqüentemente, a posição do sujeito também se fragiliza.

Kehl complementa que vale considerar essa posição fragilizada como uma posição de *borda*, no sentido da particularidade da constituição insuficiente do fantasma para o depressivo. Não é uma referência ao termo *borderline* (Stern), utilizado por autores da escola inglesa, como Kernberg, que poderia situar a depressão entre a psicose, a neurose e a perversão; e sim a empregada por Bergeret de “estado-limite”. Esta expressão é mais adequada, por ser um termo menos contaminado pela clínica do *borderline*, sem perder de vista a problemática narcísica. “O termo *estado* indica uma situação que pode não ser definitiva. De fato, a experiência clínica nos indica a possibilidade do depressivo transpor, em análise, os limites (narcisistas) de seu estado”²⁰⁸.

Esse termo “estado-limite” é uma expressão que inclusive aponta para o problema do diagnóstico de critérios comportamentais, que poderá levar o psiquiatra a definir um quadro bipolar diante de uma depressão neurótica. Exceto os casos de intervenções medicamentosas pontuais, que ajudem o sujeito em crise a se empenhar num tratamento analítico, a medicalização pode produzir um recuo em relação ao conflito. Em vez de ajudar o sujeito a enfrentar o conflito, a medicalização pode produzir um apagamento da dimensão conflitiva e empobrecimento da vida subjetiva – “[...] os mesmos

²⁰⁷ *Ibidem*, p. 253.

²⁰⁸ *Ibidem*, p. 254.

dos quais os depressivos que procuram a psicanálise querem se curar”.²⁰⁹

a) *Perto das trevas*

Considerando que um exemplo deste tipo de depressão, que se institui como terceira via da neurose, encontramos no romance de William Styron, *Perto das trevas*, sugiro tomar ao “pé da letra” as declarações deste (romance) retrato íntimo da agonia torturante que tomou conta do autor, que afetou sua vida e de muitas outras personalidades e conhecidos seus. Se as referências tomadas para verificar as duas vias da neurose – histérica e obsessiva – foram relatos dos eventos de depressão que tiveram um desfecho através de tratamento analítico (Giuseppe Berto) ou de tratamento medicamentoso e psicológico (Andrew Solomon), no caso de Styron, o alívio da dor na recuperação final não existiu. “Não abandonamos nem por um momento nossa cama de pregos, mas a carregamos conosco.”²¹⁰ Como um ferido de guerra – “ferido ambulante” –, o doente de depressão não se beneficia nem dos precários recursos das doenças graves, quando os pacientes podem ficar na cama sedados ou ligados a tubos ou fios ou, pelo menos, de repouso. O depressivo não encontra alívio nas situações da vida como os normais encontram.

Sua invalidez é necessária, não questionada e honrosamente merecida. O doente de depressão, no entanto, não tem essa opção e, como um ferido de guerra ambulante, vê-se lançado nas mais intoleráveis situações familiares e sociais. Ali, a despeito da angústia que devora seu cérebro, ele deve adotar uma expressão que combine com os eventos comuns e com a companhia em que se encontra. Deve conversar sobre trivialidades, responder perguntas, balançar a cabeça com ar inteligente, franzir a testa e, que Deus o ajude, até sorrir. Mas é uma verdadeira tortura tentar

²⁰⁹ *Ibidem*, p. 254.

²¹⁰ STYRON, William. *Perto das trevas*. Tradução Aulyde Soares Rodrigues. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1992, p. 89.

poucas palavras que sejam.²¹¹

Styron revela sofrer de um tipo de depressão crônica, diferentemente de Andrew Solomon, inclusive de Giuseppe Berto, que mostra um certo enfrentamento do estado depressivo ao longo das fases da sua vida. Nenhum dos dois casos se revela tão devastador ao longo da vida, nem mesmo temida como é o caso de Styron. O tom do livro aparece de início na epígrafe assinada por Jó no Antigo Testamento: “Pois aquilo que/Eu mais temia é realidade/E o que eu receava me aconteceu/Eu não estava em segurança,/não tinha repouso, nem sossego;/agora perturbação maior me castiga”²¹².

A gravidade da doença se apresentou após sua viagem a Paris, para esse depressivo em potencial, como pensava de si mesmo. Sempre tomado por fortes sentimentos: ódio de si mesmo, desalento, angústia sufocante... “A desesperança, mais do que a dor, destrói a alma.”²¹³

Confessa:

A depressão é um distúrbio do espírito, tão misteriosa e imprevisivelmente percebida pela pessoa – pela mente mediadora – que é quase indescritível. Sendo assim, permanece incompreensível para os que não experimentam sua forma extrema, embora o abatimento, “a tristeza” que nos acometem ocasionalmente e que atribuímos à agitação da vida normal possam dar uma pálida ideia do que é essa doença na sua forma mais catastrófica.²¹⁴

Em seu livro, Styron constrói o entendimento de um tipo grave de depressão do qual foi vítima, o mesmo tipo que testemunhou em casos próximos de amigos escritores, artistas e outros. Um caso é o de Primo Levi, que, “[...] aos sessenta e sete anos, atirou-se do alto de uma escada em Turim, em 1987”²¹⁵ Styron é movido a escrever um artigo como resposta aos comentários de desgostosos críticos a respeito da tragédia que abateu Levi.

²¹¹ *Ibidem*, p. 68.

²¹² *Ibidem*, p. 9.

²¹³ *Ibidem*, p. 67-68.

²¹⁴ *Ibidem*, p. 15.

²¹⁵ *Ibidem*, p.38.

Não somente defendeu Primo Levi, como chamou a atenção para a gravidade da doença da qual sofria as mais graves consequências. Diz ele:

A dor da depressão grave não pode ser imaginada por quem não a experimentou e ela mata, muitas vezes, porque a angústia torna-se insuportável. A prevenção de muitos suicídios continuará a ser falha enquanto não se tomar consciência da natureza dessa dor. Por meio do processo de cura chamado tempo – e por meio da intervenção médica e, em muitos casos, da hospitalização – a maioria das pessoas sobrevive à depressão, e talvez seja esta sua única bênção. Mas quanto à trágica legião dos que são levados à autodestruição, nenhuma censura lhes deve ser feita, da mesma forma como não censuramos a vítima de um câncer terminal.²¹⁶

Styron considerava-se um depressivo em potencial, que inconscientemente rejeitou ou ignorou tudo que dizia respeito à “[...] doença que ataca o próprio âmago da nossa mente”²¹⁷. Sabia não somente da gravidade do que sempre esteve prestes a lhe atacar e da dificuldade em curar-se:

As autoridades no assunto mais conscientes concordam com o fato de que não é fácil tratar os casos de depressão grave [...] A impossibilidade de alívio da condição é um dos fatores mais dolorosos percebidos pelo paciente, um fator que classifica a depressão na categoria de doenças graves.²¹⁸

Reconhece ter mergulhado muito além dos abismos familiares e controláveis quando aceitou a doença, depois de vários meses de negação por achar que estaria vivendo uma “perturbação inquieta” e “acessos de ansiedade” por ter abandonado repentinamente o uísque e outras bebidas fortes. Doença de natureza indefinível e indescritível: “[...] torpor impotente no qual o conhecimento consciente era substituído pela ‘angústia positiva e ativa’”²¹⁹. Styron vai entendendo-se invadido por uma depressão que tem

²¹⁶ *Ibidem*, p. 38-39.

²¹⁷ *Ibidem*, p. 16.

²¹⁸ *Ibidem*, p. 17.

²¹⁹ *Ibidem*, p. 24.

corpo com suas funções que vão sendo desligadas; uma depressão que tem voz, “[...] – ele estava com sessenta e poucos anos – e sua voz tinha o chiado da velhice muito avançada que, hoje eu imagino, devia ser a voz da depressão”²²⁰. E tem uma relação com o tempo: “O tempo da depressão não sofre variações, sua luz é sempre marrom-escura”²²¹.

Favorável às técnicas cognitivas, especialmente nos primeiros estágios da doença, segundo ele, encara com reservas a cura farmacológica. Reconhece a perda como um elemento psicológico desencadeador da depressão. “Perda em todas as suas manifestações é a pedra de toque da depressão.”²²² Depressão que não lhe era estranha, nem visitante inesperada. “Há décadas ela batia à minha porta.”²²³ Mesmo que conceba, sem controvérsia, as raízes genéticas da depressão – mesmo monstro que aterrorizou a vida do pai –, a morte deste pai e a morte da mãe apontam para o luto e o lugar que a perda de objeto ocupa na estruturação do sujeito e na constituição do objeto de desejo e da fantasia.²²⁴

Bem mais tarde, Styron vai lendo na sua obra escrita a expressão da depressão como algo que se repete como uma linha da maldição. “Até o ataque que sofri e a recuperação, eu nunca havia pensado no meu trabalho em termos de sua ligação com o inconsciente – uma área de investigação que pertence aos detetives da literatura”²²⁵. A literatura a que Styron se refere é a psiquiátrica sobre a depressão, que considera enorme, com “[...] inúmeras teorias sobre a etiologia da doença, tão prolíferas quanto as teorias sobre a morte dos dinossauros ou a origem do buraco negro”²²⁶. Styron não fez análise, mas esteve longo tempo internado, medicado e participando a contragosto de terapias de grupo, porém, reconhece que a terapia da arte, que

²²⁰ *Ibidem*, p. 33.

²²¹ *Ibidem*, p. 25.

²²² *Ibidem*, p. 62.

²²³ *Ibidem*, p. 62.

²²⁴ LACAN, Jaques. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

²²⁵ STYRON, William. *Perto das trevas*. Tradução Aulyde Soares Rodrigues. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1992, p. 85.

²²⁶ *Ibidem*, p. 85.

não passa de infantilismo organizado”, guiada por uma professora que lhe inundava de elogios, causaram-lhe melhora.

CAPÍTULO IV

(In)Conclusão

1) O que fazer com o vazio que abate o depressivo

Afirma Daniel Delouya que a depressão, assim como o aparelho psíquico em sua totalidade, é regida por um princípio defensivo. Na depressão, o que está sob ameaça, e é preciso defender, é o espaço da psique. “Quero enfatizar uma espécie de cisão, um descompasso interno, que caracteriza este estado em que o sujeito é espectador imóvel e solitário de um cenário acelerado, incendiado [...]”, diz Delouya.²²⁷

Uma insuficiência inicial:

Portanto, é na insuficiência inicial do objeto que reside toda a questão da depressão. A própria incapacidade da mãe denota, muitas vezes, a presença de uma depressão – vestígios depressivos impressos em seu rosto que foram transmitidos, acumulados e transformados na “cadeia” das gerações de rostos de mães. O rosto deprimido da mãe tolhe o bebê, impondo-lhe um esforço que ultrapassa suas capacidades de corrigir tais falhas do ambiente. Assim, ele se torna prisioneiro (do ambiente depressivo) da procura malograda de um espelho capaz de refletir seu *self* (Eu), chave e porta de entrada para o mundo dos objetos em que poderá sentir-se um ser real, e separado, compartilhando com os demais uma realidade, a humana.²²⁸

A insuficiência inicial coloca o sujeito em uma posição periclitante, disse Kehl; ou seja, o depressivo se vê em situação de risco, de instabilidade e vulnerabilidade, como decorrência das incertezas intrínsecas, com muito menos mecanismos de defesa a seu dispor do que os neuróticos. Ele encontra-se em suspenso, observou Lacan, em virtude da angústia que se instaura entre o gozo e o desejo. Recorre disso uma posição do sujeito que exige uma condução clínica cuidadosa. Para Delouya, na depressão “[...] o

²²⁷ DELOUYA, Daniel. *Depressão, estação psique*. refúgio, espera, encontro. São Paulo: Escuta: Fapesp, 2002, p. 59.

²²⁸ *Ibidem*, p. 68

trabalho terapêutico remonta esta falha a estágios e processos que condicionam e possibilitam o advento da constituição especular ao Eu e que são, portanto, de outra ordem”²²⁹. A pergunta que me coloco é: como fazer valer essa “outra ordem” em escuta de algum desejo “advento”?

Não considero a depressão como um estado mais regressivo do sujeito; entendo que é um estado de vazio no encontro do depressivo com seus recursos psíquicos, sempre pobres, precários quando deveriam alicerçar algum sentido. Maria Rita Kehl diz não caber “[...] ao analista recusar, ou tentar atenuar, a verdade psíquica conhecida por um depressivo”²³⁰, como “verdade do nada”, assim entendo.

Certa vez, escutei de uma paciente com mais de 60 anos que, se fosse possível “arrancar de dentro de si” a tristeza que sempre lhe acompanhou, teria uma boa vida; o que sempre a marcou desde muito pequena foi seu semblante triste sempre observado pelas pessoas, sua dificuldade em ver o mundo fora da tristeza interior e sua facilidade em sofrer. Isto é experimentado, hoje, como fonte de angústia e prostração, que tem no mínimo acontecimento, no mínimo de palavra mal dita, um enorme mal-estar e desvitalização. Uma infância inundada pelo sentimento de tristeza e apatia e uma adolescência também difícil, porém regou naquele momento alguma esperança; na vida adulta, foi diagnosticada depressiva e, desde então, faz uso de antidepressivos. O sentimento de vazio e tristeza e o abatimento profundo que lhe causavam as lembranças da infância pareciam querer costurar o tempo, mas voltava sempre para a fenda, onde parecia nutrir uma espera já escassa de um outro começo.

A depressão que pode abater o histérico ou o obsessivo não é a que abate o depressivo. É essa perspectiva que me permite escutar casos como o desta paciente e entender que, na depressão em quadros histéricos e obsessivos, o uso de medicamentos deve ser de extrema prudência e com a

²²⁹ *Ibidem*, p. 69.

²³⁰ KEHL, 2009, p. 265.

certeza de que é situação de risco. Não são casos de medicação para a vida toda e, quando em análise, requerem o contato profissional com o médico psiquiatra, na direção de um tratamento em que a medicação é um dos recursos, não o único, portanto suscetível a alterações. As melhores alterações são a diminuição cautelosa de medicação e a frequência maior de sessões de análise. Assim, a condução clínica ganha significativo espaço na contramão do apagamento do conflito psíquico promovido pela medicação ao agir no lugar do sujeito.

No caso comentado acima, quando a paciente iniciou o tratamento de intervenção médico-psiquiátrica, na década de 1980, legitimava naquele momento uma prerrogativa médica que ainda prevalece, a exemplo do tratamento de pacientes jovens. Os diagnósticos psiquiátricos ficaram mais “[...] confiáveis do ponto de vista da relação entre nomeação de um quadro mórbido e seus referentes clínicos imediatamente observáveis”²³¹, quando “[...] as estatísticas e a epidemiologia psiquiátricas conheceram grande desenvolvimento, para o contentamento das instâncias políticas e administrativas relacionadas à saúde pública”.²³² O que vemos, hoje, é decorrência do manual diagnóstico e estatístico considerado o mais revolucionário – o *DSM-III (1980)*, e a Psiquiatria pôde ser descrita como prática clínica centrada na identificação do transtorno mental a ser combatido por meios médicos. “Essa é a característica mais marcante da racionalidade psiquiátrica contemporânea”²³³, alerta Mário Eduardo Costa Pereira. Para este psiquiatra e psicanalista, a Psiquiatria contemporânea se encontra em “pane de fundamentos”, referindo-se aos fundamentos éticos e aos que preservariam uma coerência com a própria vocação do campo psiquiátrico.

Formatada para atuar no interior da lógica de uma medicina das

²³¹ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Freud, o sujeito da Psicopatologia e o futuro da Psiquiatria. In: *Por que Freud hoje?* KUPERMANN, Daniel (Org.). São Paulo: Zagodoni, 2017, p. 171.

²³² *Ibidem*, p. 171.

²³³ *Ibidem*, p. 171.

entidades mórbidas, a psiquiatria contemporânea descobre-se singularmente desprovida de recursos teóricos capazes de orientá-la ética e tecnicamente no interior de um novo campo clínico que nada mais tem a ver com a restauração de uma suposta normalidade psicofisiológica, ou de uma implícita “order” das emoções e comportamentos que garantiriam uma boa e serena funcionalidade do sujeito no interior do laço social estabelecido.²³⁴

O recorte linguístico é uma prerrogativa da Psiquiatria contemporânea, mas tem uma “consequente visada intencional”, por ser entendido como um recorte “dirigido ao padecimento mental”. A intenção tem sua consequência, visto que delimita “[...] o psicopatológico como entidade objetivável e quantificável na realidade imediata do mundo”²³⁵. No entanto, impossível negar que “[...] um transtorno mental é desde o início construído pela linguagem de forma a ser abordável pelos métodos da ciência empírico-experimental”²³⁶.

Por mais distante que esteja a minha escuta das respostas que meus pacientes recebem de seus psiquiatras quando os consultam em média de dois em dois meses, a condição pática de cada um deles é irremediavelmente a de todo sujeito humano: “[...] clivado entre a realidade mundana na qual precisa instalar-se para sobreviver e o real irreduzível do qual brotam seus sonhos, o sujeito evidenciado pelo pensamento freudiano só adquire consistência e certeza de existir quando ancorado na Outra Cena de seu próprio desejo inconsciente”²³⁷.

2) O despertar de invenção

Em várias leituras durante os estudos sobre a depressão, encontrei o mesmo entendimento, expresso em diferentes sintaxes, de que a vida sem

²³⁴ *Ibidem*, p.186.

²³⁵ *Ibidem*, p.170.

²³⁶ *Ibidem*, p.170.

²³⁷ *Ibidem*, p. 187.

sentido de que se queixam os depressivos só pode ser compensada pela riqueza do trabalho subjetivo, ao preço de que o sujeito suporte, amparado simbolicamente pelo analista, seu mal-estar. Parece ser um consenso, com o qual concordo, o fato de que, na clínica da depressão grave, precisa ser recriado algo do simbólico sobre as formações imaginárias que sustente uma invenção como aporte de subjetividade.

A Psicanálise, como foi em seu início e desenvolvimento, não deve prescindir²³⁸ da Filosofia, da Ontologia, da palavra escrita, das formas de expressão pela palavra e pela invenção. Para que “os Citaloprans” possam se retirar, algo no espaço e no tempo não metafísico precisa nascer como florescência; ou seja, não se trata da particularidade fora do tempo e do espaço metafísicos, não se trata de suturar a cisão com gotas de sentido a cada sessão de análise; parece que se trata de um cuidado com o ente e de uma escuta do outro que não nasceu na primeira vez (no nascimento).

Talvez fosse necessário reconstruir o que Heidegger explorou, porém em termos psicanalíticos. Heidegger disse que o metafórico se dá no âmbito da metafísica; ou seja, os deslocamentos são possíveis no contexto em que se supõe o dualismo clássico da história da metafísica: o mundo sensível e o mundo suprassensível. Pode-se ver certo contexto condicionante, um sentido limitativo em que, na linguagem, funciona a metáfora. E assim Heidegger vai apontar para a possibilidade de gerar um evento subterrâneo mediante um abandono do campo de uso possível da metáfora. Proposto esse abandono da metáfora como condicionante da linguagem e da metafísica, restaria a figura metonímica como condição adequada a este evento.

Na intervenção psicanalítica, o efeito metafórico é simbólico, e isso significa uma intervenção na topologia borromea, na qual Lacan entrelaça os registros do real, simbólico e imaginário. Nesta forma de intervenção, pelo efeito metafórico, inscreve-se um sentido no espaço de intersecção entre o

²³⁸ É fato que não conseguimos prescindir da medicação psiquiátrica dos pacientes.

imaginário e o simbólico; ou seja, o sentido fica *forcluído* do real.²³⁹

No caso da depressão, o campo de observação clínica dos três registros atenta para a reconstrução de sentido na escuta do significante. Pensando na figura metonímica heideggeriana, é pelo deslocamento que se tem a possibilidade de roçar as pontas do real, e por onde o desejo possa deslizar por contiguidade. Justamente isso, o deslocamento da cena que constituiu uma terceira via da neurose produz efeito de subjetividade quando a escuta analítica é a zona de retaguarda metafísica para a espera de um outro acontecimento. Esse outro acontecimento se vale de um saber insabido, já estava ali, porém exige migrar para uma outra experiência de linguagem para que o sujeito aconteça. As sessões de análise semanais engendram uma duração de tempo em meio ao mundo como potência em propagar a palavra, e um acontecimento como a lógica de uma intimidade ou a visitação do amor, por exemplo.

²³⁹ LACAN, *O Seminário R.S.I. (1974–1975)*, 2017.

Referências

ABRAHAM, Karl. *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

BACHA, Corrêa Neder; SIMÕES Marcia. Reseña de “Interfaces da psicanálise” de Renato Mezan. *Psychê*, vol. VII, núm. 11, junho, 2003, p. 185-189 Universidade São Marcos São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30701113>, Acesso em 21 jan, 2017.

BENJAMIN, Walter. O narrador, in: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Trad. Sérgio Paulo Rouanet; prefácio Jeanne Marie Gagnebin. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. – (Obras escolhidas; v. 1).

BIRMAN, Joel; NICÉAS, Carlos Augusto (Coord.). *O objeto na teoria e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Campus, 1984.

BERTO, Giuseppe. *O mal obscuro*. Trad. Maurício Santana Dias. São Paulo: Ed. 34, 2005.

BURTON, Robert. *A anatomia da melancolia*: v. I. Trad. Guilherme Gontijo Flores; prefácio Manoel Tosta Berlinck. Curitiba/PR: Editora UFPR, 2011.

CALVINO, Ítalo. *Seis propostas para o próximo milênio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

DELOUYA, Daniel. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. (Coleção Clínica Psicanalítica/dirigida por Flávio Carvalho Ferraz).

_____. *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2002.

DIAS, Mauro Mendes. *Cadernos de seminário: neuroses e depressão*. Campinas, Escola de Psicanálise de Campinas, 2004.

DUNKER, Christian. Narciso no espelho do século XXI: diálogos entre a Psicanálise, as Ciências Sociais e a Comunicação. Site: <http://www.narciso21.com>. Publicado em 27 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=esuusOm06So>. Acesso: 29 ago. 2017.

EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi: depression et société*. Paris: Odile Jacob, 1998.

_____. Les Changement de la Relation Normal – Pathologique – *Revue Esprit* (p.133-156), n°. 304, Paris: France, 2004.

_____. Depressão doença da autonomia? *Revista Agora*. Rio de Janeiro, 7(1), jan. Entrevista, 2004

EHRENBERG, Alain. Le Sujet Cerebral – *Revue Esprit* (p.30-155). Paris: France, 2004.

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

FERREIRA, M. C. P. *Causalidade psíquica em Freud*. Dissertação de Mestrado.

2000. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. *Nascimento da clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FREUD, Sigmund. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914–1916)*. *Obras Completas volume 12*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. *Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. *Obras Completas volume 17*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. *Caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911–1913)*. Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. *Neurose, psicose, perversão*. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (*Obras incompletas de Sigmund Freud*; 5).

_____. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1939-1936)*. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)*. Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Luto e melancolia*. Tradução, introdução e notas: Marilene Carone.

São Paulo: Cosac Naify, 2011.

_____. *Os chistes e sua relação com o inconsciente (1905)*. Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1911) *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Edição Standar Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1893). *Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 1*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S.; BREUER, J. (1893). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1893). *A psicoterapia da histeria*. (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1893-95). *Casos clínicos*. (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1893). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*. (Edição Standar Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1905). *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1905). *Tratamento psíquico (ou mental)* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1906[1905]). *Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1908). *Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 9*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1910[1909]). *Cinco lições de Psicanálise: primeira lição* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 11*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1910[1909]). *Cinco lições de Psicanálise: terceira lição* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 11*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1913[1911]). *Sobre a Psicanálise* (Edição Standard Brasileira das *Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. 12*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1913[1912-13]). *Totem e tabu* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 13*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1917[1916]). *Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 16*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1917[1916]). *Conferência XVII: o sentido dos sintomas* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 16*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1917[1916]). *Conferência XIX: resistência e repressão*. (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 16*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1917[1916]). *Conferência XXIII: os caminhos da formação dos sintomas* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1920). *Além do princípio do prazer* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1923). *O ego e o id* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1926). *Inibições, sintomas e ansiedades* (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1933[1932]). *Conferência XXXII: Ansiedade e vida instintual*. (Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*,

Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago, 1977.

KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. *Você decide e Freud explica: Psicanálise e o contemporâneo*, 1996
Disponível em: <http://www.mariaritakehl.psc.br/conteúdo.php?id=117>.

_____. Elogio do medo In: NOVAES, A. *Ensaio sobre o medo*. São Paulo: Senac, 2007, p. 89-110.

_____. *Uma existência sem sujeito*, 26 jan, 2003. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2601200302.htm>. Acesso em:
2017.

_____. Palestra para o grupo O Povo em pé, projeto Máquina do Tempo, 5 de ago. de 2012. Disponível em:
https://www.youtube.com/watch?v=ACIKgul_Zn8&t=154s. Acesso em: 12 abr. 2016.

KRISTEVA, J. Para que servem os psicanalistas agora? In: *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002, p. 37-54.

_____. *O Seminário R. S. I. 1974–1975*. Disponível em:
<file:///C:/Users/Rozi/Downloads/Jacques%20Lacan%20-%20O%20semin%20C3%A1rio%20-%20Livro%2022%20-RSI.pdf>. Acesso em
set, 2017.

_____. *O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da*

psicanálise, 1954-1955, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Marie Christine Laznik Penot com colaboração de Antonio Luiz Quinet de Andrade]. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. *O Seminário, livro 3: As psicoses, 1955–1956*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Aluísio Menezes]. 2. ed. Revista. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 4: A relação de objeto, 1956-1957*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Dulce Duque Estrada]. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente, 1957-1958*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Vera Ribeiro]. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. *O Seminário, livro 8: A transferência, 1960–1961*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de Dulce Duque Estrada]. Revista. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, 1964*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira de M.D. Magno]. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

LACAN, Jacques. *Seminário, livro 7: a ética da Psicanálise, 1959–1960*, texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [versão brasileira Antônio Quinet]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 10: A angústia (trad. Vera Ribeiro)*. Rio de

Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise (1960–1970)* (Versão de Ary Roitman sobre texto estabelecido por Jacques-Alain Miller). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LAMBOTTE, Marie-Claude. *Estética da melancolia*. Tradução: Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

LASNIK, Marie-Christine. *A voz como primeiro objeto da pulsão oral*. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000100008,. Acesso em: 30 nov. 2016. *Versão impressa* ISSN 1415-7128. *Estilos da clínica*, vol. 5, n° 8. São Paulo, 2000.

LAURENT, Éric. *Versões da clínica psicanalítica*. Tradução: Vera Ribeiro. Revisão Técnica: Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MEES, Lúcia Alves. As várias cenas da melancolia e da depressão. In: *A clínica da melancolia e as depressões*. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n° 20, junho, 2001, p. 11-18.

MEZAN, Renato. *Intervenções*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

_____. *O tronco e os ramos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. *Tempo de muda: Ensaio de Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Freud, o sujeito da Psicopatologia e o futuro da Psiquiatria. In: *Por que Freud hoje?* KUPERMANN, Daniel. (Org.) São Paulo: Zagodoni, 2017, p. 167-190.

PERES, Tourinho Urania. *Depressão e melancolia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010 (Passo-a-passo; 22).

QUINET, Antonio. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

_____. [Org.]. *Extravios do desejo: depressão e melancolia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. [Bacanarte nº1].

ROUDINESCO, E. A sociedade depressiva. In: *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000, p. 13- 52.

_____. O culto de si e as novas formas de sofrimentos psíquicos. In: *A análise e o arquivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006, p. 51-76.

SAFATLE, Vladimir. Textos de Freud levantam questões sobre visão atual do sofrimento. *Folha de São Paulo*, 23 set, 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2016/09/1815882-textos-de-freud-levantam-questoes-sobre-visao-atual-do-sofrimento.shtml>. Acesso: 23 set., 2016.

SOLOMON Andrew, *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Tradução Myrian Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

STAROBINSKI, Jean. *A tinta da melancolia: uma história cultural da tristeza*. Trad. Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

STYRON, William. *Perto das trevas*. Tradução Aulyde Soares Rodrigues. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WINNICOTT, Donald. *O brincar e a realidade* (1971). Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.