

1 – Introdução

No momento em que a sociedade contemporânea parece prezar cada vez mais o ideal de corpo saudável e mente sã como expressões de normalidade, corre-se o risco de, em contrapartida, psicopatologizar qualquer sofrimento que possa indicar o desencadeamento de sintomas depressivos. Nesse sentido, um processo de luto que esteja em curso pode tão logo ser considerado um quadro psicopatológico de depressão e rapidamente ser medicalizado. De fato, o discurso dominante na sociedade contemporânea aponta a depressão como a doença da moda, o que é sustentado pelos relatórios da Organização Mundial de Saúde (OPAS, OMS, 2001) e certamente fomentado por campanhas midiáticas e laboratoriais.

No relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2001, a depressão encontra-se posicionada em quarto lugar dentre as doenças com principais causas de ônus (OPAS, OMS, 2001). Como o diagnóstico da moda, a depressão é de fato a queixa principal no cenário clínico contemporâneo (Ehrenberg, 1998; Roudinesco, 1999; Da Poian, 2001; Pinheiro, 2005; Kehl, 2009). Muito naturalmente as pessoas se dizem deprimidas e também os profissionais de saúde diagnosticam seus pacientes como deprimidos, o que resulta, na maioria das vezes, na recomendação de medicamentos antidepressivos (Coser, 2003). Este cenário é extensivo aos diferentes segmentos sociais nos quais, com frequência, encontram-se pessoas envolvidas com algum tipo de tratamento por depressão, o que pode mesmo ser considerado hoje como uma condição de “epidemia psíquica das sociedades democráticas” (Roudinesco, 1999:17). Diante desse panorama, as previsões do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) até 2020 são bastante sombrias e alertam que, em caso de persistirem tais tendências, a depressão pode passar à posição de segunda doença com maior causa de ônus abaixo apenas das doenças cardio-vasculares (Vertzman e Pinheiro, 2003).

É verdade que ultimamente muitas informações sobre a depressão circulam na mídia, certamente aumentando o campo de conhecimento das pessoas quanto aos sinais de riscos desse tipo de adoecimento psíquico, o que facilita a todos a possibilidade de um auto-diagnóstico. Livros como *Eu tomo antidepressivo, graças a Deus!* (Moraes, 2008) ilustram bem esse caminho que

visa desmistificar o tratamento para a depressão, assim como os diversos sítios virtuais que se referem a este tema. No entanto, na medida em que a diversidade de informações populariza o saber, produz igualmente a necessidade de nomear psicopatologicamente o que poderiam ser considerados apenas sofrimentos da vida cotidiana. Desse modo, as pessoas não ficam mais *tristes* porque perderam um emprego, ou vivenciam um *luto* porque alguém muito amado faleceu, ou porque se separaram de seus companheiros. Elas ficam *deprimidas*. E a depressão assim diagnosticada, seja pelas próprias pessoas ou pelos profissionais de saúde de diferentes especialidades que as acompanham, é o passaporte para o ingresso no universo da saúde mental, e, muito provavelmente, para a medicalização do sofrimento psíquico.

De certa forma o modismo do diagnóstico de depressão parece abarcar a ampla categoria do *nervoso*, termo tão empregado pela população de modo geral na referência ao sofrimento psíquico, o que talvez re-atualize o lugar que ocupava a neurastenia no final do século XIX na designação dos distúrbios nervosos então atribuídos aos avanços industriais ocorridos na modernidade (cf. Ehrenberg, 1998). Naquele momento, contudo, Freud entrou em cena ocupando-se sobretudo da neurose e, em relação à neurastenia, chegou a escrever o artigo *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'* (Freud (1895[1894a])), estabelecendo algumas diferenciações entre a neurastenia e a neurose de angústia que provavelmente se embaralhavam. Decerto com o edifício psicanalítico construído e consolidado, a neurose, e não a neurastenia, passou a ser concebida como a expressão princeps do mal-estar na civilização, sustentada na referência ao conflito intra-psíquico como núcleo constitutivo da subjetividade. Em contrapartida, a alusão maciça ao nervoso no cenário atual retrata sobretudo uma valorização psiquiatrizada do sofrimento psíquico identificando a depressão, em detrimento da neurose, como expressão do mal-estar contemporâneo, sustentada pela hipótese bastante discutida no meio psicanalítico atual de um declínio da referência ao conflito como eixo da constituição subjetiva.

Todavia, num tratamento psicanalítico, a sutileza da escuta no seio das relações transferenciais interroga o diagnóstico de depressão dominante na atualidade. Desta forma, a psicanálise problematiza a tendência psicopatologizante do sofrimento psíquico, a começar por não pressupor

necessariamente a depressão como uma categoria nosográfica específica, mas concebendo-a essencialmente como um estado afetivo e, inclusive, atribuindo-lhe um significado benéfico ao equipará-la ao luto. Por outro lado, a psicanálise diferencia a depressão da melancolia considerando, esta sim, uma categoria diagnóstica, ao contrário do que fez a psiquiatria.

De fato, diferentemente da psiquiatria, a psicanálise se refere à depressão a partir de uma perspectiva afetiva possível de se manifestar nos quadros clínicos em geral, sendo esta uma constatação já presente em Freud (Coser, 2003; Delouya, 2001). Além disso, a depressão é também considerada, sobretudo pelos teóricos das relações de objeto, um estado constitutivo da subjetividade, subentendido na experiência de ambivalência, ou seja, subjacente à fusão dos componentes eróticos e agressivos direcionados ao mesmo objeto. Também na leitura de André Green identifica-se um percurso depressivo necessário e constitutivo no que diz respeito ao atravessamento do processo de diferenciação primária no qual se pressupõe a perda do objeto primário e a sua subsequente representação. Ressalta-se ainda um aspecto de enorme positividade acerca da depressão que diz respeito à concepção de depressividade, a capacidade originária do humano, inerente à vida psíquica, no sentido da abertura/fechamento às trocas com o ambiente e, além disso, no sentido de proteção, equilíbrio e regulação que garante à vida humana (Fédida, 2001).

Considerando-se estas diferentes modalidades de concepção psicanalítica da depressão constata-se que o cenário das terminologias nosográficas se complica no entrecruzamento psiquiatria/psicanálise, pois, na psiquiatria, a melancolia, de onde se originam as concepções sobre a depressão, é pouco a pouco diluída nos sucessivos rearranjos da nosografia até sumir dos manuais diagnósticos atuais em prol da depressão (Vertzman, 1995; Coser, 2003). A psicanálise, por outro lado, embora considere a sintomatologia depressiva, retoma nosograficamente justamente a melancolia, fazendo uso dos dois termos (Moreira, 2002). Assim, na encruzilhada entre psiquiatria e psicanálise perde-se a precisão dos vocábulos *depressão* e *melancolia*. Esta questão parece se acentuar dentro mesmo do campo psicanalítico no que tange não apenas à articulação entre depressão e melancolia, mas também e principalmente com a introdução da categoria casos-limite como um terceiro elemento cuja diferenciação dos outros

dois se mostra dificultosa. Nesse contexto, interessa sobretudo para o desenvolvimento desta tese a relação entre casos-limite e a depressão.

Os casos-limite desenham uma figura ímpar que provoca e impõe sérias reflexões à clínica e à teoria psicanalítica. Numa perspectiva histórica, o termo casos-limite caracterizava inicialmente os casos nos limites da psicose, particularmente da esquizofrenia, ou seja, acreditava-se na existência de psicoses latentes que poderiam evoluir para a psicose propriamente (Green, 1986a). Nesse sentido, os casos-limite não eram vistos como categoria clínica autônoma e relativamente estável em relação à psicose, neurose ou perversão. Mais tarde, a partir da experiência clínica, percebeu-se que o número de pacientes sob esse diagnóstico que resvalaram para a psicose, ou pelo menos para a psicose crônica, mostrou-se relativamente pequeno (Green, 1986a). Os avanços nas discussões acerca dos casos-limite apontaram então para certas peculiaridades que lhes são comuns sem, no entanto, evidenciar uma organização subjetiva específica, nitidamente estruturada, mas estabelecendo, enfim, a idéia de que “são organizações duráveis capazes de evoluir de diferentes modos” (Green, 1975a:44). De fato, os casos-limite podem se configurar como arranjos mais ou menos equilibrados em torno de um modelo de “funcionamento plural da psique” (Ferrant, 2007b:260), ou seja, comportam funcionamentos neuróticos simultânea ou alternativamente a outros tipos de funcionamento psíquico.

A pluralidade da dinâmica psíquica dos casos-limite não impede, no entanto, que fenomenologicamente esses pacientes se apresentem muitas vezes significativamente adaptados socialmente, embora experimentem uma verdadeira loucura no nível mais íntimo de relacionamentos, tal como o que se revela na transferência, tema bastante burilado por Green (1988a) em termos de *loucura privada*. Assim, fora da intimidade de seus relacionamentos, sua patologia passa despercebida na medida em que são perfeitamente capazes de realizar tarefas como as impostas pelo trabalho, possuem elevado senso de responsabilidade e não aparentam serem nem mais nem menos insanos que qualquer outra pessoa. Encobertos pelo bom uso que fazem dos estereótipos sociais, os casos-limite podem sofrer, no entanto, incontroláveis ataques de fúria, sentir um enorme vazio interior e ter em baixa conta a sua auto-estima, fazendo com que sejam na maioria das vezes incapazes de estabelecer relacionamentos afetivos verdadeiros e duradouros (Gurewich, 1998).

Embora a primeira referência teórica sobre os casos-limite se encontre num texto de Adolph Stern (1938), *Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes*, ao qual se segue o trabalho de Fairbairn (1940) sobre os processos esquizóides e então o de Hélène Deutsch (1942) sobre a personalidade *como se*, é principalmente com a produção anglo-saxônica a partir da década de 60 que esses casos recebem atenção especial (cf. Garcia, 2009). Desde então, contribuições de Winnicott (1955-6), Khan (1960), Searles (1965), Balint (1968); Kernberg (1975, 1980, 1991), Kohut (1968, 1971), representando a Escola Anglo-Saxônica, somam-se às de Green (1988), Bergeret (1972, 1974a, 1975), Anzieu (1985), André (1999b), Roussillon (1991, 1999), entre outros autores da Escola Francesa. Quanto à França, particularmente, verifica-se que este tema vem se propagando naquele país, mesmo sob a forte influência do pensamento de Lacan que não contempla diretamente a problemática dos casos-limite, salvo no que se considera, segundo o seu referencial teórico, os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica, discutidos na Conversação de Arcachon (Miller, 1997).

A diversidade de estudos psicanalíticos sobre os casos-limite ampliou-se de tal maneira que o campo da psicanálise parece (des)organizado num cenário de fronteiras incertas quanto à literatura de referência acerca desses casos causando muitas vezes a impressão de que existe uma torre de Babel com diferentes autores, cada um a seu modo, tentando demarcar seu território (André, 1999b). Isto fica realmente evidente quando se observa a variedade de termos empregados para designar esses pacientes: *borderlines*, numa vertente teórica geralmente anglo-saxônica, estados limites, numa abordagem francesa (Bergeret, 1974b), na qual também aparecem as designações casos-limite (Green), pacientes limites (Donnet), funcionamentos limites (Chabert) e ainda sofrimentos narcísico-identitários (Roussillon). Sem ter a pretensão de apresentar uma lista completa dos termos empregados, busca-se, no entanto, assinalar a quantidade e a diversidade das explicações teórico-clínicas a que estão atrelados.

A variedade de enfoques diagnósticos quanto aos casos-limite é, na verdade, indício da magnitude do espectro sintomático concernente a esses pacientes (André, 1999b). Em geral, esse espectro inclui uma tonalidade depressiva de humor, comportamentos aditivos e somáticos, atuações e sobretudo transtornos na esfera do pensamento. André Green tenta elucidar a dimensão desses fenômenos trilhando um percurso iniciado nos primórdios de sua clínica

quando se interessava pelos pacientes que apresentavam certa ambigüidade entre patologia e normalidade, parecendo configurar um estado subjetivo fronteiriço (Green, 1994). Tempos depois, com Donnet, Green associa esse estado a um núcleo psicótico denominando-o psicose branca (Green et Donnet, 1973) na tentativa de descrever o núcleo psicótico sem delírio de determinados pacientes que apresentam sintomas aparentemente banais, embora com sério comprometimento de seu funcionamento mental. Desde então, enriquecendo sua elaboração teórica no campo psicanalítico a partir de Freud, Green garante a profundidade de suas discussões sobre a multiplicidade de aspectos concernentes aos casos-limite se utilizando, nesta empreitada, de parâmetros lacanianos, winnicottianos e bionianos. Dessas influências decorre certamente o mérito de seu trabalho caminhar na encruzilhada entre a teoria pulsional e a teoria das relações de objeto (Garcia, 2007).

As contribuições de Green apontam como fundamental nos casos-limite os problemas em torno do luto determinados pela presença permanente do objeto primário no psiquismo, por excesso de intrusão e/ou de inacessibilidade e indiferença. As dificuldades experimentadas nesse contexto articulam-se ao fracasso do trabalho do negativo, processo de negativização que favoreceria a constituição dos limites psíquicos, o apagamento do objeto primário e a sua assimilação enquanto estrutura constituinte do psiquismo (Green, 1986b, 1988b). Por isso, uma vez fracassado o trabalho do negativo, prejudica-se a estruturação dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos, assim como a constituição de um espaço de ausência necessário aos processos de simbolização (Green, 1975a, 1977a, 1982a).

A discussão greeniana acerca dos casos-limite toma por central a hipótese de que nesses casos houve prejuízos na experiência de separação primária o que, levado às últimas conseqüências, se apresenta como um luto não elaborável em função justamente de que o objeto primário não pôde ser apagado. Estas condições configuram um narcisismo negativo (Green, 1982b) e determinam um modo de funcionamento psíquico peculiar, marcado pelos transtornos na esfera do pensamento (Green, 1982a) e, sob a incidência prevalente da pulsão de morte, caracterizado ainda pela lógica do desespero (Green, 1979). Esta lógica se refere basicamente a uma atividade psíquica funcionando além do princípio de prazer em que a realização de desejo não triunfa, mas sim a compulsão à repetição e a

atuação, orientadas por uma inversão dos valores da vida: buscar o desprazer, em vez do prazer, e evitar o prazer, em vez de evitar o desprazer (Green, 1979).

O ponto nevrálgico deste tipo de argumentação é que, sob a marca de um luto inelaborável, do narcisismo negativo e da lógica do desespero, os casos-limite esbarram por um lado e, metapsicologicamente falando, na melancolia, em função de questões narcísico-identitárias primárias. Por outro lado, esbarram também na depressão, por se constituírem basicamente em torno de um núcleo depressivo e eventualmente manifestarem sintomas depressivos. Além disso e justamente por isso, os casos-limite favoreceriam um deslocamento da polaridade neurose x depressão que se verifica no contexto atual, e que não se sustenta na psicanálise, para a polaridade neurose x casos-limite.

Tomando-se então estes dois núcleos temáticos – a depressão e os casos-limite – procura-se articular um tema ao outro no intuito de discernir, do ponto de vista da psicanálise, algumas especificidades de cada um deles e estabelecer uma relação entre ambos a partir de uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico. No decurso desta pesquisa busca-se, por uma via, circunscrever o estatuto da depressão na atualidade, identificar sua origem e sua relação com a melancolia. Por outra via, procura-se esquadrihar a metapsicologia envolvida nos casos-limite considerando o modo como se apresentam na situação analítica e relacionando esses casos à depressão. Nessa perspectiva, delinea-se essencialmente a hipótese segundo a qual a lógica do desespero nos casos-limite corresponde a uma faceta metapsicológica da depressão considerada atualmente a doença da moda. Isto não implica necessariamente em defender a vigência de um modismo de casos-limite em contrapartida a um modismo de depressão, mas em apontar certas especificidades da depressão, dentre as quais a configuração do núcleo depressivo atribuído aos casos-limite que metapsicologicamente caracteriza a lógica do desespero.

Então, no primeiro capítulo, interroga-se a depressão como a face do mal-estar contemporâneo. Esta questão se justifica na medida em que se discute cada vez mais freqüentemente nos meios psicanalíticos a hipótese de um declínio da neurose como a expressão princeps do mal-estar na civilização em função da diminuição da referência ao conflito intra-psíquico como constitutivo da subjetividade, a partir do que a depressão passaria a representar o mal-estar na civilização.

Tomando-se inicialmente o desamparo, o trauma e a temporalidade como elementos de discussão sobre o processo civilizatório, faz-se uma passagem da modernidade para a contemporaneidade. Nesse percurso, é ressaltado o papel desempenhado pelo objeto na determinação do mal-estar, verificando-se que o sujeito contemporâneo vivencia uma exacerbação da situação traumática do desamparo em função de um maior distanciamento ou ausência de objetos disponíveis à satisfação e à contenção da atividade pulsional. Este fator mostra-se então determinante do declínio da referência à neurose como figura clínica emblemática do mal-estar na civilização atual em favor da depressão.

Em seguida, é discutido o modismo da depressão na sociedade atual, considerando-se as mudanças normativas e as promessas psiquiátricas de cura e de bem-estar que o sustentam, o que, naturalmente, conduz a um exame das origens da depressão na melancolia. O passo seguinte é então verificar em que medida depressão, melancolia e casos-limite se embaralham visando questionar o lugar *soberano* que supostamente ocupa a depressão no mal-estar contemporâneo, considerando-se que, para a psicanálise, neurose e depressão não se constituem nem mesmo como categorias equivalentes.

No segundo capítulo inicia-se a abordagem sobre os casos-limite a partir da consideração de certos entraves que esses pacientes impõem à análise, dentre os quais aponta-se os ataques ao enquadre, as dificuldades quanto à sustentação da regra fundamental da análise e da interpretação enquanto instrumento analítico, a conjuntura transfero-contratransferencial e a reação terapêutica negativa. Os entraves vivenciados com esses pacientes estabelecem limites da analisabilidade que se constituem, na verdade, como o berço das hipóteses metapsicológicas sobre eles. Contudo, é questionado se os limites da analisabilidade são uma especificidade dos casos-limite, considerando-se o fato de que situações limites são sempre enfrentadas em todas as análises.

No terceiro capítulo, portanto, adentra-se mais especificamente nos meandros da constituição dos limites intra-psíquicos e intersubjetivos. Considerando-se o conceito de limite nas suas dimensões espaço-temporais, mergulha-se nas teorias sobre o trabalho do negativo e sobre o pensamento, propostas por Green, defendendo-se que a negativização empreendida por esse trabalho é imprescindível para constituir os limites psíquicos e para apagar o objeto primário, tarefas necessárias, em última instância, para organizar o

pensamento. A intenção nesse sentido é de articular o fracasso do trabalho do negativo à complexidade psicopatológica referida aos casos-limite, representada pela presença na esfera psíquica do objeto primário que não se deixa apagar via trabalho do negativo, condição que redundará invariavelmente em transtornos na esfera do pensamento.

Finalmente, no quarto capítulo, caracteriza-se a depressão nos casos-limite associada ao complexo da mãe morta, a metáfora utilizada por Green (1980) para circunscrever o luto impossível desses casos. Procura-se então articular esta condição de um luto inelaborável ao trabalho do negativo patológico e ao funcionamento psíquico presidido segundo uma lógica de desespero em detrimento da lógica da esperança que rege os processos psíquicos primários, considerando-se, além disso, o narcisismo primário, bastante prejudicado nos casos-limite.

Questiona-se por fim se o estado depressivo seria a melhor forma de representar clinicamente a lógica do desespero nos casos-limite. Nesse sentido, procura-se estabelecer as relações possíveis entre depressão e casos-limite, *via* lógica do desespero.