

## 2 – Depressão: uma face do mal-estar contemporâneo?

A queixa de depressão tem se mostrado cada vez mais cotidiana e disseminada tanto na clínica pública quanto privada, sendo de fato facilmente associada a uma patologia sem que, no entanto, os critérios diagnósticos sejam necessariamente específicos e homogêneos (Coser, 2003). Soma-se a esta situação a prescrição de psicotrópicos, na maioria das vezes realizada de maneira indiscriminada, sustentada permanentemente pela ciência, pela indústria farmacêutica, pela mídia e pelo endosso do próprio paciente, privilegiando crescentemente uma conduta medicalizante para fazer face ao sofrimento, quer se refira à esfera emocional, como no caso de profunda dor após a perda de um ente querido, quer se refira aos sintomas corporais, como nos casos de fibromialgia.

É claro que há diferenças a serem consideradas em relação ao uso da medicação segundo o adoecimento psíquico em questão uma vez que muitos fenômenos clínicos podem de fato ser beneficiados com o uso de psicofármacos. Isto é inquestionável. Mas como situar a depressão do ponto de vista psicanalítico? Certamente enquanto categoria psicopatológica a depressão causa certa inquietação à psicanálise em função talvez da pregnância sobre a depressão do discurso psiquiátrico e do espaço concedido por Freud não a ela, mas à melancolia.

Todavia, longe de almejar dialetizar psicoterapia/medicalização ou mesmo psicanálise/psiquiatria, é inegável que uma razão depressiva fundamenta o paradigma psiquiátrico no sentido de que tudo o que melhora com antidepressivos é então re-configurado sob o diagnóstico de depressão (Coser, 2003). Isto certamente reforça uma visão biológica do sofrimento psíquico sobre o qual se espera atuar através de psicofármacos. Estes, por sua vez, se tornam os principais instrumentos da prática psiquiátrica. Em contrapartida à razão depressiva, verifica-se então o pouco ou quase nenhum espaço que valorize a subjetividade nesse circuito. O contexto subjetivo parece mesmo achatado em meio ao binômio possivelmente definido em termos de queixa-conduta, cuja lógica de funcionamento sugere o comportamento humano guiado pela necessidade de respostas prontas e rápidas ao que incomoda, tal como o efeito invariavelmente prometido pela medicalização do sofrimento.

Ampliando-se a questão para a cultura contemporânea, verifica-se o papel do consumo na sociedade e a mudança que a sua intensificação promove sobre os significados e valores sociais, fazendo com que hoje sejam privilegiados os objetos em detrimento das palavras, a ação em vez do pensamento e a satisfação imediata em lugar da espera (Mayer, 2001). Trata-se cada vez mais na atualidade de “uma cultura que consagra o prazer e que, da maneira mais imperiosa, busca suprimir a dor, sem deixar tempo nem espaço para interrogar-se acerca dos meios e dos custos das ações que se realizam na busca dessas metas” (Mayer, 2001:96).

Garcia e Coutinho (2004), numa discussão acerca dos rumos do individualismo e do desamparo do sujeito contemporâneo, sinalizam como a sociedade de consumo cultua a liberdade individual e estimula o prazer constante e irrestrito. Esta situação, segundo as autoras, apresenta uma diferença significativa em relação ao que era pensado por Freud em 1930 quando o mal-estar resultava justamente de restrições ao prazer. Isto, é claro, não se dá sem conseqüências para o psiquismo. Ehrenberg (1998) é um autor que justamente procura afirmar a depressão como a maneira pela qual se apresenta a experiência psíquica frente à tamanha liberdade individual.

Ao que tudo indica, então, a depressão se torna um vértice de enorme abrangência no discurso social contemporâneo, mas ficam as questões: De que depressão se trata na psicanálise? E em que medida se articula à melancolia? Além disso, o mal-estar contemporâneo encontra-se realmente num registro diferente daquele paradigmático da concepção freudiana que o associa aos conflitos intra-psíquicos (Freud, 1930)? Em caso afirmativo, o que caracterizaria esse mal-estar contemporâneo? E, ainda, o que dizer da face clínica que assume privilegiadamente o indivíduo contemporâneo como produto do mal-estar? É mesmo da ordem da depressão que se trata?

No contexto das questões suscitadas busca-se então uma compreensão sobre o desenho do mal-estar na sociedade contemporânea tendo como elementos o desamparo, o trauma e a temporalidade. Discute-se nesse sentido o ponto de vista dominante na sociedade atual de que a depressão consiste numa epidemia, sobretudo a partir de certos parâmetros como as mudanças normativas e o discurso psiquiátrico biologizante, tal como identificados por Ehrenberg (1998), que levariam ao declínio da referência ao conflito como núcleo por excelência da constituição subjetiva. Articula-se então a hipótese da depressão como epidemia

da sociedade contemporânea à clínica, sabendo-se que, na psiquiatria, a depressão ganha espaço como categoria diagnóstica somente a partir do século XIX, com o advento da psiquiatria moderna e ainda como desdobramento da melancolia, e que, na psicanálise, a depressão não é considerada um quadro clínico efetivamente e sim a melancolia. Sendo assim, por um lado, a psiquiatria distingue depressão e melancolia e, principalmente atrelada à concepção biologizante do sofrimento psíquico, subsidia a hipótese da depressão como epidemia da sociedade atual. Por outro lado, a psicanálise direciona diferentes concepções sobre a depressão além da melancolia como quadro clínico, levando a crer, no mínimo, como pode ser simples e reduzida a hipótese dominante na atualidade da depressão como o emblema mor do mal-estar contemporâneo.

É imprescindível, enfim, questionar de que depressão se trata na contemporaneidade segundo o ponto de vista psicanalítico, sobretudo na medida em que se considera os casos-limite, pacientes que trazem um núcleo depressivo central em função do luto inelaborável decorrente de problemas no processo de diferenciação primária e que permanece submerso em meio a diferentes manifestações sintomáticas

## **2.1 – Desamparo, trauma e temporalidade em relação ao processo de civilização**

Considerando-se inicialmente o contexto da modernidade conforme a proposta de Freud (1930) no artigo *O mal-estar na civilização*, diz-se que um mal-estar permeia a cultura e que, no plano individual, esse mal-estar deriva da neurose. De modo central, a concepção freudiana acerca da neurose privilegia os conflitos intra-psíquicos atrelados à angústia de castração experimentada nas vivências edípicas tendo, em contrapartida, o processo de recalçamento como mecanismo psíquico defensivo principal. No processo de formação da neurose, as exigências da vida dirigidas pelo programa do princípio de prazer destinado sobretudo à busca de prazer e à evitação de desprazer, esbarram nas influências do mundo externo que impõem restrições e interdições à satisfação almejada internamente. Vivenciadas como desprazer, as exigências da realidade externa deslancham internamente a síntese do princípio de realidade que, uma vez articulado ao princípio de prazer, ocasiona então sofrimento ou desprazer.

Segundo Freud (1930), as influências da realidade impõem restrições ao prazer basicamente a partir dos sinais que evidenciam a fragilidade do corpo humano, do poder por vezes impiedoso da natureza, mas principalmente a partir das regras que ajustam os relacionamentos da vida em comum, na família, no Estado, na sociedade em geral. No aspecto dos relacionamentos particularmente, a realidade externa impõe sacrifícios principalmente à sexualidade e agressividade humanas em troca de uma parcela de segurança à vida em comum. Nesse sentido, a interdição mais incisiva consiste na proibição à escolha incestuosa de objeto.

Circunscrita por Freud (1913) principalmente em *Totem e tabu*, a interdição ao incesto é de suma importância para a organização intra-psíquica e intersubjetiva. Freud situa essa interdição primeiramente nas restrições a que irmãos se submetem uns aos outros após reunirem-se em bando e cometerem o assassinato do pai da horda, então o único na família primitiva com liberdade para gozar das exigências pulsionais.

Após reunirem-se e sobrepujarem o pai, os filhos da família primeva inauguram uma cultura totêmica, isto é, uma espécie de sistema institucional da vida em comum estruturada em torno do totem que, em povos primitivos, precede as organizações sociais e religiosas:

O totem é o antepassado comum do clã; ao mesmo tempo, o seu espírito guardião e auxiliar, que lhe envia oráculos, e embora perigoso para os outros, reconhece e poupa os seus próprios filhos. Em compensação, os integrantes do clã estão na obrigação sagrada (sujeitas a sanções automáticas) de não matar nem destruir seu totem e evitar comer sua carne (ou tirar proveito dele de outras maneiras) (Freud, 1913:22).

É então a partir do totem como essa figura central na organização de um clã que todos a ele referidos submetem-se ao tabu do incesto. Pela sua natureza, o tabu “é uma proibição primeva forçadamente imposta (por alguma autoridade) de fora, e dirigida contra os anseios mais poderosos a que estão sujeitos os seres humanos” (Freud, 1913:51). A obediência ao tabu, no entanto, não implica no desaparecimento do desejo, pois este persiste inconscientemente embora possa deslocar-se para outro objeto. Desse modo, submetidos ao tabu do incesto, os irmãos da família primeva são proibidos de realizar uma escolha incestuosa de objeto e, sem deixarem de desejá-lo, deslocam suas escolhas no sentido da exogamia. Assim, a obediência ao tabu do incesto estabelece uma mudança de

direcionamento da satisfação pulsional e também a exigência de uma primeira legislação em torno da qual é facilitada a organização da vida comunitária.

Sendo assim, a normatização dos relacionamentos sociais empreendida pelos mais fortes da família primeva em torno de uma cultura totêmica submetida ao tabu do incesto inaugura o processo civilizatório:

A vida humana em comum só se torna possível quando se reúne uma maioria mais forte do que qualquer indivíduo isolado e que permanece unida contra todos os indivíduos isolados. O poder dessa comunidade é então estabelecido como ‘direito’, em oposição ao poder do indivíduo, condenado como ‘força bruta’. A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização. Sua essência reside no fato de os membros da comunidade se restringirem em suas possibilidades de satisfação, ao passo que o indivíduo desconhece tais restrições. A primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo (Freud, 1930:101-2).

O passo para essa justiça organizadora da vida em comum de que fala Freud (1930) foi dado pelo interdito fundado no tabu do incesto empreendido pelos mais fortes da família primeva (cf. Freud, 1913). A institucionalização dessa proibição como lei abarcando a todos atua inibindo a finalidade plenamente sensual da sexualidade e favorece tanto a amizade quanto a formação de novas famílias e, conseqüentemente, o laço social e grupal mais amplo (Freud, 1930).

Além das interdições impostas à sexualidade no processo civilizatório, os efeitos restritivos da realidade externa estendem-se também sobre a agressividade natural do humano. E, na medida em que a expressão da agressividade é restringida ou inibida em prol do processo civilizatório, ela retorna ao eu sendo tomada pela parte do eu identificada com a autoridade externa coibidora, o supereu (Freud, 1930). Inicialmente, a ação interna do supereu primitivo se faz conhecer pelo medo de que, tendo feito alguma coisa má em prol de obter prazer, o sujeito perca o amor das pessoas de que quem depende. Trata-se de uma angústia associada à ameaça de desamparo ocasionada pelo medo da perda desse amor. Ao final da vivência edípica, a autoridade externa, as restrições e interdições, são internalizadas via identificação no supereu cujo propósito passa a ser então atuar como consciência moral sobre o eu, vigiando-o em suas ações e intenções, julgando-o e exercendo sobre ele a censura dotada da mesma agressividade que antes exigia satisfação na realidade externa. Certamente a ação

do supereu exacerba o sentimento de culpa determinado pela ambivalência primordial entre pulsão de vida e de morte que, conforme supõe Freud (1930:135), manifesta-se primeiramente para com o pai da horda pelo sentimento de remorso: “Seus filhos o odiavam, mas também o amavam. Depois que ódio foi satisfeito pelo ato de agressão, o amor veio para o primeiro plano, no remorso dos filhos pelo ato”.

No ato de agressão cometido na família primeva, o poder de punição atribuído ao pai da horda, agora morto, é internalizado pela identificação com ele (Freud, 1930). Encarnado no supereu, esse poder punitivo interdita então a repetição do ato agressivo. Todavia, tal como acontece com as restrições impostas aos desejos eróticos, os desejos agressivos não se desfazem, mas persistem inconscientemente, intensificando o sentimento de culpa inconsciente e o temor de ser punido, pois não há diferença entre intencionar e de fato empreender o ato agressivo. A agressividade é então dirigida ao próprio eu expressando-se masoquisticamente sob o domínio do supereu.

No decorrer da evolução da humanidade, a experiência da família primeva é re-atualizada na vivência edípica destinada à repetição em cada contexto familiar subsequente na medida em que emergem os desejos ambivalentes para com as figuras parentais. Nesse contexto, a interdição do incesto e da expressão da agressividade em ato faz-se novamente necessária constituindo agora as influências da realidade que, sob a angústia de castração e das leis básicas de convivência impostas pela civilização, são internalizadas na figura do supereu autorizando-o a restringir o domínio do princípio de prazer desde dentro do aparelho psíquico. Resta então ao eu acionar os métodos de defesa que melhor lhe convir contra o desprazer ou sofrimento que se originam interiormente.

A civilização implica constantemente no cerceamento do livre exercício da satisfação exigida pelas pulsões, sexuais ou agressivas, e, além disso, pressupõe o atravessamento por um persistente sentimento de culpa oriundo da ambivalência de sentimentos e pela necessidade de punição por parte da autoridade parental internalizada no supereu. É claro que isto se dá primeiro para com os objetos parentais na experiência edipiana, quando por ocasião da proibição da escolha incestuosa de objeto, e se alarga posteriormente nas demais relações sociais que serão então interditas pelas leis e costumes. O que não quer dizer, em todo caso, que o desenvolvimento individual e o cultural ocorram de maneira gradativa, pois

na verdade verifica-se uma constante luta entre egoísmo e altruísmo travada no âmbito da libido:

“(...) as duas premências, a que se volta para a felicidade pessoal e a que se dirige para a união com os outros seres humanos, devem lutar entre si em todo indivíduo, e assim também os dois processos de desenvolvimento, o individual e o cultural, têm de colocar-se numa posição hostil um para com o outro e disputar-se mutuamente (...)” (Freud, 1930:143).

Esta luta entre as premências egoístas e altruístas, no entanto, é conciliável sob a condição de se integrar a busca pela felicidade pessoal, dando seguimento ao princípio de prazer, à necessidade de estabelecimento de relações com outros seres humanos de modo que o coletivo encontre-se regido ou atravessado por uma determinada ética (Freud, 1930).

Decerto a civilização beneficia o ser humano no sentido de favorecê-lo a realizar diferentes feitos e no sentido de estabelecer regulamentos que o distinguem de seus antepassados primitivos (Freud, 1930). Desde a utilização de instrumentos para lidar com a natureza, a obtenção de controle sobre o fogo e a construção de moradias, o homem civilizado muito evoluiu no sentido do que é útil, belo, limpo e ordenado, regulado, incluindo-se nesse sentido os feitos intelectuais, artísticos, filosóficos e a construção de ideais. Embora uma luta sempre seja travada entre o desenvolvimento individual e o da civilização, essa luta é inevitável, já que “o indivíduo humano participa do curso do desenvolvimento da humanidade, ao mesmo tempo que persegue o seu próprio caminho na vida” (Freud, 1930:143). De todo modo, essa luta não deixa de ser hostil à vivência subjetiva em função de uma quota de desprazer que sempre resta como mal-estar.

É verdade que diferentes métodos podem ser acionados no intuito de evitar o sofrimento ocasionado pelas restrições impostas pela realidade externa: romper as relações com a sociedade tal como o faz o eremita, utilizar substâncias tóxicas, criar uma nova realidade delirante, dominar as necessidades internas através de técnicas de meditação e ioga, fantasiar, fazer escolhas religiosas e, sem dúvida, sublimar as pulsões (Freud, 1930). Contudo, independente da saída adotada frente ao desprazer oriundo das restrições à sexualidade e agressividade, é a neurose, mediante o recalque como mecanismo de defesa, que concede ao sujeito satisfações substitutivas ou arranjos sintomáticos através dos quais expressam

formações de compromisso entre a vigência do princípio de prazer e de realidade. É então invariavelmente através do recurso à neurose, tal como o modelo organizado por Freud (1913; 1930), que o indivíduo paga o preço das restrições impostas pelo processo civilizatório: “uma pessoa se torna neurótica porque não pode tolerar a frustração que a sociedade lhe impõe, a serviço de seus ideais culturais”, afirma o autor (1930:94).

Nesse sentido, resultado dos conflitos intra-psíquicos entre princípio de prazer e princípio de realidade, ou entre a premência de satisfação das pulsões oriundas do isso e as restrições impostas pelo supereu, os sintomas neuróticos visam alguma acomodação que proporcione felicidade para o sujeito. Ainda, é claro, que esta felicidade seja substitutiva e que o sentimento de culpa inconsciente permaneça como um constante mal-estar vivenciado pelo sujeito civilizado já que os desejos sexuais e/ou agressivos persistem inconscientemente alcançando satisfação, embora apenas de maneira indireta pelas formações de compromisso. Certamente é alto o custo pago pelo processo civilizatório, mas, de qualquer maneira, como afirma Freud (1930:102): “a liberdade do indivíduo não constitui um dom da civilização.”

Seguindo-se o processo civilizatório conforme o modelo traçado por Freud (1913; 1930) verifica-se um paradoxo congregando malefícios e benefícios, pois as restrições e interdições impostas ao indivíduo pela realidade externa acabam favorecendo a neurotização, um malefício, portanto, uma vez que implica sempre numa quota de sofrimento psíquico. Por outro lado, essas imposições consistem igualmente em anteparos contra o que poderia ser experimentado como uma vulnerabilidade excessiva ou como desamparo, assumindo nesse sentido um caráter bastante benéfico.

Embora Freud não tenha produzido um estudo específico sobre o desamparo e não o tenha consagrado propriamente com o estatuto de conceito, verifica-se certa evolução teórica dessa noção que, para a vida psíquica, “indica os limites e as condições de possibilidade do próprio processo de simbolização” (Pereira, 1999:127). Objeto da investigação freudiana principalmente em 1895a e em 1926, o desamparo aponta diretamente para o funcionamento psíquico inteiramente à mercê do excesso pulsional, um emblema típico do estado de trauma gerador de angústia. Fruto do aumento da tensão interna, o desamparo reflete o sujeito submerso no excesso pulsional que o aparelho psíquico não é

capaz de dominar. Desse modo, o objeto adquire enorme importância, pois estando disponível para o sujeito, pode modular o excesso pulsional e assim tornar mais ou menos intenso o estado de desamparo.

No *Projeto*, texto ainda muito próximo da neurologia, Freud (1895a) se refere ao desamparo inicial do ser humano ao discutir a experiência de satisfação proporcionada no primeiro momento da existência excepcionalmente por ajuda alheia:

“Quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação (...)” Freud (1895a:370).

Diante da estimulação endógena responsável pela tensão interna do aparelho psíquico, o organismo humano encontra-se a princípio incapacitado no sentido de promover ele próprio uma ação específica que suspenda essa tensão geradora de desprazer, isto é, de encontrar ele mesmo satisfação para as suas necessidades iniciais. Sendo assim, na situação de desamparo, trata-se da carência de ajuda externa para alcançar satisfação

Nesse contexto, a dimensão da pulsão de auto-conservação encontra-se em primeiro plano exigindo satisfação que o bebê ainda não pode atender por seus próprios meios. Submetido às exigências pulsionais, o ser humano depende enormemente no início da vida do cuidado, proteção e amor de certos objetos, dada a sua condição extremamente prematura em relação a outros animais (Freud, 1895a). O objeto possui assim enorme valor para o sujeito que se encontra no início da vida numa posição bastante vulnerável, à mercê dos excessos pulsionais, sem ajuda, desamparado<sup>1</sup>.

Sem dúvida, são positivos para o psiquismo os efeitos das provisões proporcionadas pelo objeto no estado de desamparo. Freud (1895a) ressalta a descarga pulsional obtida com a eliminação da exigência que ocasionava desprazer, mas vai além e observa outros dois efeitos da ação específica por parte do objeto. Um deles consiste na mobilização de neurônios correspondentes à

---

<sup>1</sup> É esta condição que Laplanche (1988) retoma como a situação originária para a qual, revendo a teoria do apoio e alguns problemas que a atravessam, propõe a teoria de uma sedução generalizada (Scarfone, 1997a).

percepção do objeto que proporcionou satisfação, o que pode ser compreendido como a inscrição dos objetos no campo das representações. O outro efeito diz respeito ao registro no aparelho psíquico do movimento pulsional até alcançar a descarga, estabelecendo um percurso que funciona como facilitação para a obtenção de novas descargas. Esta discussão sobre os benefícios proporcionados pelo objeto no contexto do desamparo é ampliada no decorrer da construção do edifício psicanalítico.

Com efeito, do estado biológico de impotência da criança frente à satisfação de suas necessidades vislumbrado por Freud em 1895a, a noção de desamparo alcança a dimensão psíquica na qual, sob uma ótica quantitativa, enfatiza-se o excesso de excitação que incide sobre o aparelho psíquico vinculando o desamparo a uma experiência traumática (Pereira, 1999). O trauma é discutido por Freud desde os seus primeiros trabalhos, perpassando inicialmente a teoria da sedução (cf. Freud, 1893-5) e, em seguida, por ocasião da primeira metapsicologia, a ênfase na força violenta da atividade pulsional geradora de conflito (cf. Freud, 1905; 1915a). Até a primeira teoria das pulsões o aparelho psíquico funciona continuamente em função da atividade pulsional e sempre de maneira defensiva uma vez que é preciso escoar a energia excedente, seja a energia estrangulada relacionada ao trauma da teoria da sedução, seja a energia conflituosa da primeira teoria pulsional que precisa de caminhos substitutivos para obter satisfação (Souza, 2007). Em 1920, momento importante de virada na metapsicologia freudiana, o trauma é então formalizado teoricamente como o excesso de excitação que a camada protetora do aparelho psíquico, o pára-excitação, não tem como agenciar ligações, prejudicando conseqüentemente o seu funcionamento no sentido do princípio de prazer e tendendo à compulsão à repetição (Freud, 1920).

A partir das neuroses traumáticas e da brincadeira de crianças que transformam em jogo a experiência que lhes causou grande impressão, por mais desagradável que tenha sido, Freud (1920) demonstra uma tendência a retornar à experiência traumática. Em face do que se apresenta como uma compulsão à repetição de experiências que não comportam a possibilidade de prazer, Freud reformula a sua teoria vigente até então, pois justamente a fixação a experiências traumáticas comporta uma idéia de pane no funcionamento do aparelho psíquico incongruente com o regimento do princípio de prazer (Souza, 2007).

Utilizando então a imagem de uma vesícula viva para caracterizar a superfície do aparelho psíquico que exerce uma defesa contra as estimulações excessivas, Freud (1920) defende que a alta ou a baixa intensidade de investimentos dessa superfície está associada respectivamente à maior ou menor capacidade de sujeitar a energia que irrompe no aparelho psíquico. Desse modo, como atesta Garcia (2005:71): “Uma baixa intensidade vinculatória favorece, portanto, o impacto traumático.” A autora destaca nesse sentido a idéia freudiana de que um sistema suficientemente investido é decisivo na proteção contra a emergência do trauma e na preparação para lidar com o susto que agrava o trauma associado às neuroses traumáticas (Garcia, 2005).

Sendo assim, o aparelho psíquico submetido a uma situação de excesso pulsional poderosa o suficiente para romper o escudo protetor e transbordar os seus limites, tem o seu funcionamento normal atravancado ou a sua estruturação impedida, adentrando assim numa situação traumática em relação a qual precisa mobilizar contra-investimentos. Se suficientemente protegido em função de uma alta intensidade de investimentos do pára-excitação, certamente o aparelho psíquico tende a mobilizar contra-investimentos no sentido do princípio de prazer, como o recalque, mecanismo essencial para conter o aumento de tensão. Do contrário, o aparelho psíquico tende a mobilizar contra-investimentos além do princípio de prazer para, através da compulsão à repetição, tentar ligar as excitações e assim reduzir o excesso que o aflige (Garcia e Coutinho, 2004).

A questão do excesso que caracteriza o desamparo alcança então a reformulação da idéia de trauma no contexto da segunda teoria pulsional, ganhando ainda mais espaço na conjuntura da segunda teoria da angústia. Enquanto numa primeira referência teórica a angústia é considerada um efeito da defesa adotada pelo eu, na segunda teoria entende-se que a angústia irrompe inicialmente já em função do nascimento, este considerado traumático em função da condição de desamparo por excelência que marca o início da vida psíquica, sendo posteriormente reproduzida pelo eu como sinal (Freud, 1926). Nesta circunstância, a angústia é originalmente evocada frente ao perigo que representa a tensão excessiva despertada no nascimento, momento princeps do desamparo e, portanto, do trauma. Em seguida a essa experiência original, a angústia está fadada a eclodir sempre como sinal, como expectativa do estado de desamparo. Desse modo, a angústia ajuda o aparelho psíquico a prevenir-se do perigo a que

uma nova situação traumática o impeliria, seja esta oriunda da realidade externa ou interna. “Depois disso, diz Freud (1926:162), vêm os deslocamentos ulteriores, do perigo para o determinante do perigo – perda do objeto e das modificações dessa perda (...)”.

Embora para Freud (1920; 1926) a ênfase quanto ao desamparo, ao trauma e à angústia recaia principalmente sobre a questão do excesso pulsional e sobre a qualidade de preparação do aparelho psíquico para fazer frente a esse excesso, parece inegável a importância do objeto nesse contexto no sentido mesmo da proteção que ele exerce investindo o pára-excitação e dotando desse modo o aparelho psíquico de maior capacidade de enfrentamento da situação traumática de desamparo.

Numa discussão sobre a possibilidade do sujeito produzir um estilo para a sua existência, Birman (1993; 1995) retoma o valor do papel protetor desempenhado pelo objeto e sua incidência sobre a atividade pulsional, especialmente da pulsão de morte. Visando descarga, a pulsão de morte precisa ser submetida ao domínio de um trabalho de ligação para constituir um circuito pulsional submetido ao princípio de prazer/desprazer e dessa maneira inscrever-se no campo das representações. A ênfase do autor nesse sentido é justamente na intermediação necessária do objeto na constituição do circuito pulsional em função do intervalo radical entre as exigências muitas vezes incontornáveis da força pulsional que visa descarga e os instrumentos de simbolização disponíveis para o sujeito, do contrário, fazendo derivar o desamparo.

Até a montagem das pulsões num circuito, a situação do psiquismo é marcada pelo caos pulsional (Birman, 1995). Uma ordenação advém apenas num segundo momento, mediante a regulação de objetos que se prestem à satisfação. Antes disto, o sujeito encontra-se impelido aos impasses do indeterminismo, ou às imprevisibilidades dos objetos:

“(...) se a pulsão é fundamentalmente uma força que busca descarga e se a sua organização num circuito implica num trabalho fundado no outro, o sujeito está inevitavelmente lançado no horizonte da imprevisibilidade” (Birman, 1995:49-50).

Dessa maneira, os destinos das forças pulsionais dependem fundamentalmente do objeto como já indica Freud desde 1895a, mas perante a sua

imprevisibilidade, há invariavelmente um suspense acerca dos caminhos possíveis de satisfação. Além disso, mesmo sendo bem sucedida a montagem do circuito pulsional, a exigência de trabalho que a força pulsional exerce sobre o psíquico, principalmente em se tratando de pulsão de morte e o desinvestimento que ela provoca, revela a cada vez a insuficiência dos processos de simbolização instituídos, levando sempre à demanda de novas possibilidades de simbolização (Birman, 1995). Com isso, o desamparo fundamental está dado de uma vez por todas no intervalo radical e estrutural entre as exigências da força pulsional e os instrumentos de simbolização.

A tentativa de contornar o desamparo fundamental indica já um trabalho psíquico em curso e o movimento do sujeito no sentido de se posicionar em relação ao que a sua atividade pulsional o impele (Birman, 1995). Trata-se então de caracterizar o desamparo fundamental como motor da vida psíquica, sob um viés estruturante, constitutivo do sujeito. Por outro lado, quando o intervalo entre as exigências das pulsões e os processos de simbolização se mostra incontornável, o sujeito é assolado por um excesso caótico e trágico, exacerbando a sua condição de desamparo e, portanto, traumática (cf. Freud, 1920).

A questão principal quanto ao desamparo parece enfim relacionada à necessidade de agenciamento do trabalho de ligação que tem como efeito o domínio da força pulsional e a sua organização num circuito regulado pelo princípio de prazer/desprazer. Essa condição de ligação introduzida por Freud (1920) na virada para a segunda teoria pulsional pode certamente ser ampliada de acordo com a leitura pós-freudiana que se privilegia. Conforme a ênfase concedida pelos diferentes autores, acentua-se o papel da repetição e a desproteção ante a ameaça do outro gozador, como no caso daqueles que seguem a orientação lacaniana, ou valoriza-se o trabalho das defesas empreendidas pelo eu, sobretudo num posicionamento de concepção kleiniana (Souza, 2003). Já no referencial winnicottiano a questão recai ainda mais incisivamente sobre o papel do objeto, mas não num sentido de melhor equipagem do eu frente à condição de desamparo, pois este nem mesmo é previsto na indiferenciação inicial eu-objeto que se constitui para Winnicott como berço da criatividade inaugural da subjetividade (Souza, 2003).

Na verdade, não é possível atribuir ao pensamento de Winnicott a idéia de intervalo radical entre exigências pulsionais e processos simbólicos demarcando

um desamparo estrutural e com isso um processo traumático de constituição subjetiva (Abram, 1996; Dias, 2003). Numa concepção como esta toda a constituição do aparelho psíquico comportaria uma idéia de defesa incompatível com o pensamento winnicottiano que supõe, por sua vez, o objeto qualitativamente presente desde os primórdios da existência de maneira a facilitar o processo de maturação em curso (Souza, 2003).

Embora não se encontre propriamente uma concepção acerca do desamparo em Winnicott (cf. Abram, 1996 e Dias, 2003), talvez seja possível pensar segundo o seu referencial que desamparado é todo aquele que nos primórdios da vida psíquica não pode contar com a facilitação de um ambiente suficientemente bom ou que, dito de outro modo, é submetido a falhas ambientais precoces. Nessa perspectiva, a pré-subjetividade supõe todo um percurso em termos de desenvolvimento emocional primitivo que não dispensa objetos dispostos a proporcionar satisfação e cuidados iniciais em termos de *holding* e *handling* (Winnicott, 1945). Sem esse tipo de entorno, são engendradas defesas que interrompem o sentimento de continuidade do ser ao longo do tempo gerando vivências de ameaça de desintegração, isto sim, traumático e possível gerador de agonias primitivas quando se trata do colapso decorrente da experiência de desmoronamento (Winnicott, 1963). Estas agonias condensam para André (1999c) justamente uma idéia de desamparo extremo, anterior mesmo à angústia.

Assim, as distintas ênfases concedidas à concepção de desamparo no campo psicanalítico, parecem resumir-se, grosso modo, numa via traumático-constitutiva da subjetividade, *à la* Freud, Lacan, Klein, aqui de certo modo discutidas por Birman (1993; 1995), tanto quanto numa via traumático-impeditiva do desenvolvimento emocional, *à la* Winnicott (Souza, 2003). Trata-se nesse sentido de que a mediação proporcionada pelos objetos promove em relação ao desamparo um desdobramento futuro, sendo este considerado estrutural. Diferentemente, sem essa mediação, ou no seu afrouxamento, pouca consistência ou ainda escassa confiabilidade, instaura-se o próprio desamparo associado às agonias primitivas. Nesse caso, o sujeito fica à mercê das exigências pulsionais e ambientais, sem pára-excitação, sem contenção, ou senão sujeito a um mero envelopamento esburacado (Anzieu, 1985), configurando, portanto, uma condição propriamente traumático-patológica.

Certamente, a presença do objeto e os benefícios que ele favorece ao proporcionar satisfação instauram uma dimensão temporal no sentido de possibilitarem um desejo de repetição dessa experiência de satisfação no futuro, demarcando assim uma abertura do sujeito a um algo mais a devir, a uma aposta de futuro, a um tempo posterior a se estabelecer. Assim indica Birman (1995:50):

“Diante do imprevisível, o futuro é uma *construção* e uma *aposta* para o sujeito, que deve ser tecido a cada passo, considerando que as escolhas possíveis para o sujeito estão na dependência estreita da estese necessária para a produção do prazer”.

Birman (1995) trabalha nessa direção a idéia de que o sujeito pode desenvolver um estilo para a sua existência a partir do encontro com o objeto, no qual, havendo satisfação, experimenta-se uma espécie de estado de graça narcísica, um momento de estesia, isto é, de encontro com o belo, o belo da experiência de satisfação. Essa estese (cf. Birman, 1995) talvez seja similar ao que Freud (1930) menciona em termos de sentimento oceânico, subentendendo um encontro no qual, mesmo sob o risco de anulação de si na fusão com o objeto, instaura-se a possibilidade de um projeto estético para o sujeito, ou seja, a possibilidade de desejar repetir no futuro um encontro tão belo quanto o anterior. Isto implica na abertura à probabilidade de um rumo, de um sentido para a existência, semelhante ou novo em relação ao anterior. Assim, a estesia experimentada com o objeto funda o circuito pulsional sob o princípio de prazer produzindo um desdobramento para o futuro a partir do desamparo (cf. Birman, 1995), ou nem ao menos ocasionando o desamparo conforme pressupõe o referencial winnicottiano, mas, de qualquer modo favorecendo, uma experiência de temporalidade.

O tema da temporalidade encontra-se bastante presente na psicanálise, embora não possa ser uma dimensão propriamente atribuída ao inconsciente. Um dos modos pelo qual pode ser pensado já na obra freudiana refere-se ao intervalo temporal entre os dois princípios que regem o funcionamento mental (Freud, 1911): entre os momentos do desejo e o da satisfação, o psiquismo trabalha no sentido de construir representações do objeto de satisfação e assim ascender do processo psíquico primário ao secundário. Esse é um dos processos mais primitivos de simbolização e supõe a dimensão intervalar da temporalidade. Outro

exemplo é o tempo de espera na clínica para recordar, repetir e elaborar (Freud, 1914a), ou ainda o tempo para construir uma história da qual se tem somente as marcas (Freud, 1937b). Há ainda o tempo dos jogos identificatórios, do desenvolvimento e da regressão da libido, do trabalho de luto, do trauma, e provavelmente uma série de outros. Mas como a idéia de presente-passado-futuro supostos na temporalidade que perpassa a consciência se articula à experiência de encontro com o objeto e seus efeitos benéficos contra a situação traumática de desamparo?

Nicolas Abraham (1972), no trabalho *O tempo, o ritmo e o inconsciente*, refletindo sobre uma estética psicanalítica<sup>2</sup>, refere-se à categoria da temporalidade como uma aquisição paralela à civilização, uma vez que se trata de uma dimensão “ignorada pelo processo primário do sonho e herdada do social pelo processo secundário do eu vigilante” (Abraham, N., 1972:90). A seu ver, a temporalidade consiste num “poder a adquirir, um bem a manipular”, resultando de um esforço do eu para introduzi-la onde objetivamente não existe. A temporalidade abarca desse modo um viés objetivo, próprio do social, imposto subjetivamente pelo princípio de realidade. Não obstante, Abraham (1972) propõe, além dessa, outra conotação acerca da temporalidade situando-a enquanto a singularidade do sujeito: uma temporalidade não apreensível pelo próprio eu, apenas por um outro e, ainda assim, de maneira não puramente objetiva. Trata-se nesse sentido de supor à temporalidade um estatuto simbólico cuja genealogia perpassa tanto a sucção, enquanto primeiro ato relacional, quanto o recalçamento.

Pensando em ambos os aspectos, na sucção e no recalçamento, Abraham (1972) trabalha sobre a gênese simbólica da temporalidade evocando como a sua estrutura mais primitiva a dupla tensão/descontração em jogo na articulação da cadência inicial marcada por dois tempos, o forte e o fraco, presentes na sucção. A repetição dessas marcações estabelece um ritmo de base bem representado em outra dupla, a saber, apetite/saciedade, que logo se multiplica em outras paridades instigando a repetição a fim de obter novamente a satisfação inicial, como indica Abraham (1972:105):

---

<sup>2</sup> N. Abraham (1972) se propõe a refletir acerca de uma estética psicanalítica não exatamente no mesmo sentido discutido por Birman (1995) a propósito da estese que marca o encontro entre sujeito e objeto na experiência de satisfação. O interesse de Abraham nesse trabalho é destinado, na verdade, a articular psicanálise e arte, especialmente a poesia.

Nada poderia representar melhor essa estrutura primordial da temporização do que a cadência em dois tempos – tempo-forte, tempo-fraco – da sucção como primeiro ato relacional. Eis o que a organização em paridade e em múltipla paridade estava destinada a negar simbolicamente: o desejo da facilidade de se satisfazer como outrora com uma primeira vitória obtida sobre a realidade pós-natal, pela introjeção da relação com o seio.

Trata-se de que apenas a regularidade da repetição das paridades não leva efetivamente à simbolização da temporalidade. É preciso antes um ato criador, causado por alguma modificação de intensidade, contratempo, perda de ritmo, quebra ou falha, tal como o recalque proporciona. Na verdade, frente ao desejo de repetir aquela primeira experiência de satisfação, incide o recalque e a partir dele o retorno do recalado, estando este já sob a condição de manifestação simbólica em função de formar um compromisso ante as restrições impostas pela realidade. Abraham (1972:94) propõe então pensar o instante do retorno do recalado como uma “utopia do presente”, expressão que utiliza para demarcar a impossibilidade de realização plena ou definitiva do desejo no momento presente que, no entanto, relança invariavelmente para um momento futuro através de uma nova busca de realização.

Segundo o autor, o retorno do recalado não se fixa numa realização definitiva e por isso é perene, estando sempre desatualizado no presente em relação ao desejo recalado, mas com isso requer novas tentativas de realização, anunciando um novo futuro a cada vez que se manifesta e assim subseqüentemente (Abraham, 1972). Desse modo, a realização no presente que expressa substitutivamente o desejo recalado instaura um futuro como potencialidade, como uma promessa de um devir e, ao mesmo tempo, instaura o passado a ele remetendo um desejo anterior de algo que já houve um dia, numa pré-história da existência.

O recalque demarca segundo Abraham (1972:94) a “tentativa incessantemente renovada de superar a ambigüidade essencial do ‘presente’ por um trabalho indefinido de simbolização de conflitos sempre renovados”. A temporalidade autêntica deriva assim, na opinião do autor, de um conflito efetivo do qual se origina o recalamento. Na sua repetição, o recalque mantém operante a experiência temporal e, portanto, “o desejo simbólico na forma de esperança” (Abraham, 1972:93).

Substancialmente, o desamparo, o trauma e a temporalidade reunidos constituem elementos significativos para a discussão do processo civilizatório que atravessa o indivíduo na medida em que requerem a presença de objetos disponíveis à satisfação e, ao mesmo tempo, contentores do universo pulsional. Presentes desse modo, os objetos não configuram de maneira patológica a situação traumática de desamparo fundamental, se assim concebível no enfoque teórico em questão e, além disso, engendram interdições ou anteparos para a sexualidade e agressividade favorecendo uma série de processos psíquicos e mecanismos como o recalque. Este mecanismo, uma vez centrado sobre a interdição do incesto, não apenas ajuda a organizar a vida em comum sob uma determinada ética, mesmo comportando um mal-estar, como também, desenhando a utopia do presente, instaura a esperança de um devir, de um futuro para o qual caminhar. Esta discussão provavelmente enaltece o recalque como um instrumento “retencio-protetional”, para utilizar uma expressão proposta por Abraham (1972:94). De todo modo, o recalque é mesmo o instrumento princeps para a compreensão da neurose enquanto marco da modernidade, instrumento que sugere, em última instância, uma síntese para o conflito intra-psíquico resultante do confronto entre princípio de prazer e de realidade, ainda que resulte num mal-estar.

Contudo, na contemporaneidade, a condição do mal-estar atrelado à neurose talvez precise ser repensada na medida em que o processo de civilização sofre determinadas mudanças normativas associadas principalmente ao que parece uma certa falência do papel desempenhado pelo objeto. Mizrahi e Garcia (2007) discutem sobre o papel protetor que o objeto desempenha no contexto do projeto moderno de liberdade e de autonomia para o qual apontam como imprescindíveis os suportes sociais. Sustentando-se nas contribuições de Castel, as autoras utilizam o trabalho como instrumento analisador da experiência subjetiva face ao corpo social e traçam o percurso de desprendimento dos suportes tradicionais que sustentavam a sociedade medieval, principalmente em termos de fidelidade hierárquica, rumo à promessa de liberdade pessoal. Esta promessa se instaura no início da era moderna com o crescimento do comércio e das primeiras formas do individualismo representada pelos trabalhadores desgarrados dos laços coletivos. Nessa direção, as obrigações e proteções medievais são pouco a pouco substituídas pelo suporte e garantias estabelecidos com o passar dos séculos

através de leis trabalhistas, organizações sindicais, instituições estatais que sustentam a produtividade capitalista em meio a liberdade que passa a atravessar as relações contratuais na modernidade em contraste com a obediência medieval.

Os sistemas de regulação forjados pelo Estado Moderno estabelecem parâmetros normativos que sustentam o projeto de liberdade individual. Entretanto, se por um lado esses parâmetros favorecem organização, estabilidade e previsibilidade para o indivíduo, por outro, eles asseguram o lugar do indivíduo como força de trabalho e assim a manutenção da produção que requer o mercado moderno. Na verdade, a preocupação de Mizrahi e Garcia (2007) não é defender a lógica de mercado pautada sobretudo sobre uma exploração capitalista. Longe disso. O ponto principal para as autoras é argumentar que as garantias, a segurança e a própria sobrevivência dos indivíduos na perspectiva contratual de mercado são asseguradas *apesar* da lógica de mercado moderna. Isto significa que, embora criticado por regular a vida individual e gerenciar o indivíduo como força produtiva (cf. Foucault, 1976, *apud* Mizrahi e Garcia, 2007), o Estado Moderno estabelece determinados suportes e enquadramentos que organizam o social. Nesse sentido, a disponibilidade de trabalho para todos ou de regulações jurídicas tolerantes à críticas e a rearranjos assegurariam a autonomia individual apesar da lógica de mercado capitalista. Na ausência desses suportes, produz-se senão uma sociedade permeada pela exclusão e vulnerabilidade, fato bastante presente na sociedade contemporânea.

Para Garcia e Coutinho (2004), a diluição dos suportes e balizas sociais que se presencia atualmente determina um indivíduo errante, sem amarras e à deriva, produzindo uma nova versão de individualismo cujo efeito sobre a experiência subjetiva aponta para a exacerbação do desamparo:

Sugerimos que a errância contemporânea traduz-se em uma modalidade de sofrimento psíquico, associado a uma situação de insegurança ou instabilidade identitária, exacerbada pela imposição da busca de prazer constante e sem restrições. Nossa suposição, referendada pela escuta clínica, é de que este estado de coisas apresenta-se subjetivamente por meio de diversas manifestações de sofrimento psíquico, articuladas a uma experiência de desamparo perturbadora (Garcia e Coutinho, 2004:131-2)

Faltam hoje, segundo as autoras, os aportes sociais que serviriam como suportes simbólicos e identitários para a metabolização e atribuição de sentido à

experiência subjetiva e civilizatória cotidianas. A falência desse papel enquadrante que seria desempenhado pela realidade externa remonta à experiência traumática de desamparo no plano intra-psíquico na qual o sujeito mergulha no transbordamento do seu excesso pulsional, sem objetos no seu entorno dispostos a ajudar a conter ou mesmo a barrar os seus excessos sexuais e agressivos (cf. Freud, 1930).

Com efeito, as satisfações proporcionadas por certos objetos assim como as interdições que eles promovem implicam na assertiva de que nem todo prazer ou satisfação é possível, embora, é claro, certas afecções como a neurose favoreçam formas substitutivas, aceitas socialmente, para realização do princípio de prazer, sem que o sujeito se veja obrigado a submergir nos excessos traumáticos do desamparo. Esta mesma lógica que prevê os suportes e interdições articulados à neurose na dimensão intra-psíquica e, por conseguinte, à organização da civilização (cf. Freud, 1930), pode ser pensada nos termos dos suportes e arranjos institucionais que na modernidade regulam a vida trabalhista embora visem proteger a força de trabalho e assim manter a produção exigida pelo mercado capitalista (cf. Mizrahi e Garcia, 2007). Para Bauman (1997), as intermediações institucionais da sociedade moderna representam justamente uma mínima garantia de que a felicidade individual pode ser almejada. Trata-se nesse sentido de efetivamente conceber uma positivação do mundo externo e da realidade que ele impõe, primeiro no âmbito intra-psíquico e, a seguir, intersubjetivamente.

A questão se complica na contemporaneidade em face do crescente aumento do desemprego e da dissolução das estabilidades empregatícias ocasionando de fato a exclusão e a vulnerabilidade no nível macro da sociedade e a exacerbação do desamparo no nível intra-psíquico (cf. Mizrahi e Garcia, 2007 e Garcia e Coutinho, 2004). Esta situação empurra o indivíduo cada vez mais à iniciativa pessoal e, portanto, à ruptura dos vínculos que outrora asseguravam para ele um lugar na sociedade capitalista.

Diversos autores no âmbito nacional e internacional, de diferentes campos de saber, problematizam atualmente o que parece se apresentar como declínio dos valores da sociedade tradicional, principalmente aqueles considerados como instauradores da autoridade, das leis e normas que favorecem a produção da neurose como subjetividade predominante e a organização da sociedade sob uma

certa ética. Nas crescentes produções bibliográficas a esse respeito<sup>3</sup>, as conjecturas acerca da sociedade contemporânea indicam geralmente uma postura passiva do sujeito frente ao triunfo sem reservas do individualismo associado ao consumo, à demanda incessante de prazer, às ilegalidades e ao culto ao corpo. Nesse contexto, parece mandatário para cada indivíduo negar o sofrimento e buscar desenfreadamente a felicidade individual, em vez de construir ou criar a vida em comum. A ordem do momento parece resumir-se em fruição, gozo e no dever de ser feliz imediatamente, levantando diretamente como questão o destino do mal-estar associado ao recalque e, portanto, à culpa, além da amarração passado-presente-futuro que comporta a dimensão da temporalidade.

Certamente não é ao acaso que cada vez mais aumentam na psicanálise as discussões sobre a hipótese de que o sujeito contemporâneo encontra-se extraviado da dimensão temporal (Bezerra Jr., 2000; Figueiredo, 2003; Kehl, 2009). Como manter a perspectiva utópica de presente de que fala Abraham (1972) se justamente impera a demanda de prazer irrestrito e imediato no mundo contemporâneo? Ou se são inconsistentes e diluídos os parâmetros para as identificações e construção dos ideais? Como pensar a dimensão subjetiva do tempo presente sem uma amarração ao passado ou ao futuro?

O projeto da modernidade, sob os auspícios de Descartes, consiste na tarefa metódica de empreender a ordenação sobre o caos, a cultura e a organização política sobre a natureza (Figueiredo, 2003). Nesse sentido, a própria produção de dualismos funciona como instrumento ordenador, como indicam as dicotomias mente e corpo, sujeito e objeto, indivíduo e sociedade. No processo de ordenamento da modernidade, alguns aspectos como as paixões são, no entanto, refratários demarcando uma desordem sempre recorrente, fato que leva a associar, por um lado, ordem e racionalidade e, por outro, desordem e afeto, caos e as paixões.

Sendo assim, desde o século XVIII, o Século das Luzes, o lema da construção de autonomia e de domínio racional da natureza se faz representar nos ideários utópicos que consolidam a burguesia, estando esta sustentada sobre o livre exercício da imaginação e deliberação do indivíduo no uso da sua

---

<sup>3</sup>Para mencionar algumas das referências psicanalíticas nacionais consultadas: Bezerra Jr. e Plastino, 2001; Plastino, 2002; Maia, 2003; Figueiredo, 2003; Peixoto, 2004; Costa, 2004; Birman, 2006; Cadernos de Psicanálise – SPCRJ, 2009.

racionalidade e não mais sobre hipóteses sobrenaturais acerca da realidade (Bezerra Jr., 2000). Nesse contexto, o indivíduo se torna agente no mundo, atribuindo sentido à vida a partir de si mesmo e não mais a partir de seres superiores como os deuses que deteriam o significado da vida: esta passa a ser “uma questão dos homens, em sua existência real, em sua experiência histórica” (Bezerra Jr., 2000:86).

No que diz respeito à experiência humana acerca da temporalidade, verifica-se que, aprofundada no século XIX e expandida no século seguinte, a transformação do mundo e de si mesmo sob o exercício da razão estabelece ideais em direção dos quais se deve caminhar, posto que funcionam como horizontes futuros seguindo para além do presente imediato (Bezerra Jr., 2000). Incitando à ação, esses ideais convocam o indivíduo racional a não se assujeitar ao destino imutável pautado nos ritmos e ciclos da natureza ou nas determinações divinas. Dessa maneira, a vida moderna não se caracteriza num fato já dado, a ser meramente reproduzido, ciclo após ciclo, pois é preciso agir no presente para fazer acontecer a existência no futuro.

Todavia, desde a segunda metade do século XX, a experiência do homem moderno acerca da temporalidade parece diluir-se velozmente no contexto das transformações da cultura atual, apagando-se a idéia de continuidade entre passado e futuro mediados pelo presente e as ações que esse espaço de tempo comporta para o devir:

“A percepção de que nos construímos no tempo, o sentimento da vida como um devir, experiências forjadas na constituição do mundo moderno, parecem ceder, jogando os indivíduos numa consciência do tempo que se esgota num presente continuado, que já não nos remete ao passado, nem nos interroga quanto ao futuro” (Bezerra Jr., 2000:92).

Nesse sentido, diferente do que ocorria nas sociedades modernas, a idéia do *continuum* de tempo se esmaece e já não cabe mais a simples e ao mesmo tempo complexa pergunta sobre o sentido da vida. O imperativo é saber usufruir ao máximo do que a vida apresenta e imediatamente. O sujeito da contemporaneidade encontra-se desse modo extraviado de sua dimensão temporal, não mais se interrogando sobre seu desejo e seus ideais, mas deixando-se guiar no intuito de otimizar o seu desempenho, procurando objetos e imagens para

disfarçar a “flacidez” (Bezerra Jr., 2000: 93) da sua vida psíquica e assim obter qualquer inquietação e ausência de imaginação.

Certamente as mudanças vivenciadas na sociedade contemporânea, caracterizadas pelas mudanças normativas anunciadas por Ehrenberg (1998) que incitam o indivíduo a engendrar-se a si mesmo sob a própria responsabilidade, intensificam a experiência de incerteza, de vulnerabilidade e de desamparo. Muito mais à mercê dos objetos, à deriva, sem amarras nem ancoradouros, submerso num tempo estagnado, carente mesmo de sua condição de utopia, o sujeito contemporâneo é atravessado pela experiência psíquica muito mais centrada na exigência de descarga pulsional do que na mediação sustentada por objetos que inaugurem o prazer/desprazer que assim dominaria a força pulsional. Assim, assolado pelo colapso psíquico sob a forma de desamparo e sem projetos futuros nos quais apostar ou pelos quais sofrer, o sintoma paradigmático do sujeito da contemporaneidade não mais enfatizaria a expressão de um conflito interno, mas um sofrimento pela *ausência* do conflito, exteriorizando-se oscilantemente entre um quadro de apatia psíquica, fadiga, fragilidade identitária ou ainda uma vaga depressão e o seu contraponto, a adição, a compulsão a ser gozada exaustivamente (Bezerra Jr.,2000).

Para Kehl (2009), os sujeitos contemporâneos encontram-se imersos numa relação brutal com o tempo na medida em que praticamente resumem as suas vidas à experiência de velocidade, a um tempo sôfrego imposto pelo capitalismo. Nesse sentido, a depressão encarna para a autora o diagnóstico mais direto de quem é atravessado atualmente pela temporalidade que, acelerada, depaupera a vida subjetiva no sentido da sua singularidade. Seguindo Fédida (2001), a autora acredita que na depressão o tempo está justamente estagnado no momento imediato, no tempo que não passa, pois está em suspenso, sem ancoradouro ou representação de devir, constituindo-se então na melhor forma de estancar o tempo veloz da sociedade contemporânea (Kehl, 2009).

Seguindo-se então o pensamento de Kehl (2009), em função da experiência atual da sociedade com o tempo, a depressão se situa na contramão do tempo da sociedade capitalista, afrontando a adaptação à velocidade exigida na atualidade:

Analisar as depressões como uma das expressões do sintoma social contemporâneo significa supor que os depressivos constituam em seu silêncio e em seu recolhimento, um grupo tão incômodo e ruidoso quanto foram as históricas no século XIX. A depressão é a expressão de mal-estar que *faz água* e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia prêt-à-porter, da saúde, do exibicionismo e, como já se tornou chavão, do consumo generalizado (Kehl, 2009:22).

Nesse sentido, a depressão se constitui segundo a autora num indicativo do mal-estar na civilização contemporânea. É justamente nesse viés da depressão como modelo emblemático do sofrimento na atualidade que Ehrenberg (1998) situa o indivíduo contemporâneo incitado a emergir na auto-produção de si mesmo num contexto de fragilidade das leis morais e das tradições, de diluição das referências simbólico-institucionais, cristalizando-se então a idéia de que tudo é possível. Nessa conjuntura, o indivíduo atual, conforme indica Ehrenberg (1998), é impelido à iniciativa, à autonomia e a se responsabilizar ele próprio pelo seu existir, tendo que fazê-lo no vácuo dos seus sustentáculos: justamente o indivíduo desamparado anunciado por Freud! Se já é difícil para o sujeito apaziguar o seu desamparo por estar sempre na dependência de objetos imprevisíveis que façam alguma mediação aos seus excessos de pulsão de morte para assim inserí-las num circuito pulsional (Birman, 1995), imagine sem esses objetos para oferecerem algum contorno frente à exigência de forjar a si próprio!

É então nas exigências do social contemporâneo carente de sustentáculos simbólico-institucionais que Garcia (2005) identifica em Ehrenberg (1998) a idéia de excesso e, portanto, traumática, no que tange ao campo social. Desamparado pela diluição dos suportes institucionais e ainda exigido a desempenhar uma *performance* de sucesso, o indivíduo contemporâneo envergonha-se ao não conseguir fazê-lo e mergulha numa tragédia existencial de insuficiência. Nessa perspectiva, o conflito deixa enfim de ser o núcleo da constituição subjetiva que redundava na neurose enquanto um drama da culpa e sobrevém a depressão como tragédia da insuficiência (Ehrenberg, 1998).

Sendo assim, o que acontece hoje, tanto na clínica quanto na cultura de modo mais amplo, parece ser exatamente uma urgência em tão logo diagnosticar a dor e, de preferência, medicalizá-la, aplacando rapidamente o que faz sofrer e proporcionando felicidade e bem-estar imediatos, pois algo diferente disso significa estar fadado ao desamparo. Não àquele desamparo estrutural que

encontra positividade com a presença de objetos que se disponham a estar presentes e a se oferecer como contornos possíveis, mas àquele desamparo traumático, patológico, do fracasso e da insuficiência, que fundamenta tantas queixas de depressão. Nesse sentido, parece então bastante cabível o discurso dominante da sociedade contemporânea que situa a depressão como a grande epidemia do século atual.

## **2.2 – A hipótese da depressão como epidemia na sociedade contemporânea**

Ehrenberg (1998), sociólogo francês, na terceira parte de sua pesquisa sobre os contornos do indivíduo contemporâneo, situa a depressão como o termo que revela atualmente as diferentes faces da infelicidade humana, articulando uma perspectiva *sociológica* a uma *psiquiátrica* e os entrecruzamentos que ambas produzem com a *psicanálise*. Enquanto a perspectiva social diz respeito a mudanças normativas profundas nos modos de vida e tem no termo depressão a definição das aflições humanas, a perspectiva psiquiátrica se refere à captação da depressão pelo olhar médico, sobretudo a partir da difusão dos antidepressivos, com destaque para o Prozac, medicamento que vêm de encontro à expectativa social de se ver livre de sofrimento. Ehrenberg amplia então nesses dois campos o debate acerca da depressão como o grande modismo psicopatológico do século atual acentuando a decadência da referência ao conflito no engendramento das relações consigo mesmo e com o social.

A perspectiva sociológica discutida por Ehrenberg (1998) abarca as mudanças normativas ocorridas na sociedade com o declínio da modernidade. De modo geral, o modelo disciplinar de gestão de condutas, as regras de autoridade e de conformidade às interdições, regulam as normas sociais na modernidade e desenham um paradigma de culpabilidade pautado sobre uma polaridade definida em termos de permitido-proibido (Ehrenberg, 1998). O conflito é a referência estruturante tanto para o nível pessoal, íntimo, cujos efeitos remontam diretamente para os processos de simbolização, sobretudo os neuróticos, quanto para o social, político, cujas evidências evocam as divisões sociais de classes, de blocos político-econômicos e os seus respectivos embates como núcleo da política democrática.

Na experiência conflitual, o sujeito moderno sofre os efeitos das interdições morais institucionais, sejam estas familiares, estatais, religiosas, sobre a sua sexualidade e agressividade, e assim adentra no processo civilizatório, sendo a própria sociedade balizada pelos conflitos de interesses dos diferentes grupos que se estabelecem. De fato, verifica-se tanto no nível íntimo quanto político as formações de compromisso já anunciadas por Freud (1930) entre cultura e natureza, entre a razão e as paixões, ou entre a racionalidade já atravessada pelas interdições morais e a sexualidade e agressividade humanas. Pressupõe-se então nesta perspectiva moderna uma interioridade regida pelo indivíduo, e não mais pelo divino como outrora, e, já no fim do século XIX, é perfeitamente cabível uma concepção de psíquico propício à reflexão quanto aos dilemas pessoais situados entre a ambição de seguir o próprio caminho e se soltar das tradições, estimulando as interrogações identitárias e as angústias acerca da existência (Ehrenberg, 1998). No cenário da modernidade “os nervos fazem a sua aparição na cultura e na medicina: eles desenham uma representação nova do homem, de uma só vez mais instintual e mais reflexiva” (Ehrenberg, 1998:47; minha tradução).

O indivíduo moderno é dotado de uma interioridade e por isso é passível de sofrer dos nervos como reação às exigências sociais (Ehrenberg, 1998). Cada vez mais solicitado por essas exigências, ele vê aumentar sem precedentes o seu gasto de energia que se recupera apenas insuficientemente já que também se eleva sua pretensão de usufruir, aproveitar, desfrutar das facilidades, luxos, refinamentos que a vida moderna oferece. Nesse contexto, a neurastenia qualifica a doença da vida moderna, congregando em si a dimensão nervosa da fadiga industrial ocasionada pela trepidação dos novos tempos (Beard, 1884, *apud* Ehrenberg, 1998).

Grosso modo caracterizada pela manifestação de fraqueza, falta de apetite, insônia, dor de cabeça e nas costas, cansaço psíquico, a neurastenia preocupa principalmente em função do esgotamento intelectual e fadiga física ocasionados pelas mudanças introduzidas na vida social com a modernidade (Ehrenberg, 1998). Nas nações civilizadas, o aumento das exigências sociais e econômicas, inclusive a maior possibilidade de deslocamento espacial facilitada pelos trens, ao mesmo tempo aterrorizantes pelos acidentes catastróficos que ocasionam, mobilizam cientistas, intelectuais e a opinião pública a situar a neurastenia como

um problema funcional em reação às transformações que irrompem nas grandes cidades.

Efetivamente, a idéia de *doença dos nervos* ou de *nervoso* se impõe em todos os campos da vida moderna como efeito das exigências sociais e tem na neurastenia a sua expressão mais significativa. Na condição de problema funcional, a neurastenia torna relevante a idéia de que o indivíduo é dotado de uma interioridade passível de sofrer os efeitos das demandas exteriores, em detrimento de um modelo de doença pautado na lesão ou na degenerescência:

“A neurastenia é o ponto de partida de uma atenção nova, social, ao sofrimento através do nascimento do problema funcional. Este tem como base a noção de exógeno: alguma coisa que vem do exterior provoca conseqüentemente uma transformação interna, uma reação patológica da pessoa. Ela torna inútil a referência à hereditariedade para explicar um comportamento ou um sentimento mórbido” (Ehrenberg, 1998:44; minha tradução).

A interioridade individual comporta então uma permeabilidade à exterioridade, podendo adaptar-se ou reagir patologicamente às demandas sociais, sem que a doença dos nervos implique numa degenerescência contra a qual não se pode lutar. Mais próxima da idéia de síndrome, isto é, uma reação patológica, a neurastenia se destaca como a doença da moda no mundo moderno, resultando da pressão intensa e repetida sobre o sistema nervoso, supondo não apenas a condição de sofrimento psíquico quanto a possibilidade de tratamento (Ehrenberg, 1998). Vale acrescentar que este tratamento pode acontecer não mais nos asilos, como indicado desde Pinel para o tratamento das alienações mentais, mas através da medicina liberal, abarcando, sobretudo, uma clientela burguesa.

Todavia, alguns problemas se impõem no modismo da neurastenia. Ela agrupa sob a designação de *nervoso* uma série de sintomas que resultam numa confusão diagnóstica entre diferentes quadros clínicos, incluindo histeria, hipocondria e melancolia, sobretudo para os olhos menos treinados (Ehrenberg, 1998). Certamente não é por acaso o interesse de Freud (1895b[1894]) em escrever o artigo *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’*, já que, para ele, algumas diferenciações parecem absolutamente necessárias, como apresenta na sua correspondência a Fliess. Uma questão significativa nesse sentido, e que preocupa não apenas Freud, diz respeito ao modo pelo qual as exigências sociais da vida

moderna afetam o sistema nervoso, sendo Charcot, personagem importante no estudo moderno da histeria, quem direciona essa discussão promovendo uma “psicologização do trauma” (Ehrenberg, 1998:50; minha tradução).

Segundo Charcot (*apud* Ehrenberg, 1998), os sintomas desenvolvidos por pacientes afetados por um choque na ocasião de algum acidente, embora semelhantes a sintomas neurológicos, consistem em conversões histéricas. Os sintomas histéricos indicam desse modo um processo de auto-sugestão, tal como o que se verifica na sugestão por hipnose, através do qual engendra-se internamente o trauma vivenciado no exterior: “A amnésia, o êxtase místico ou a paralisia de um membro são a maneira pela qual o sujeito reage (patologicamente) ao choque que ele recebeu se auto-sugestionando sob o modelo da hipnose” (Ehrenberg, 1998:51; minha tradução).

Os estudos de Charcot favorecem a compreensão da maneira pela qual o trauma externo incide subjetivamente sobre o sujeito assim como o entendimento da neurose enquanto uma doença mental sem subsídio orgânico embora não sem causa. Na sua esteira e com direcionamentos distintos, destacam-se Freud, por um lado, e Janet, por outro, na atualização da concepção de *nervoso* predominante naquele momento (Ehrenberg, 1998). Janet (*apud* Ehrenberg, 1998) associa a causa da histeria a um déficit ou insuficiência da capacidade de síntese psicológica, propondo a existência de uma dissociação na psique histérica desenhando a personalidade em termos de dupla consciência a que cabem medidas reparadoras e restauradoras como a técnica hipnótica voltada para o esquecimento. Para ele, “A hipnose é uma franca direção de consciência: ela pretende fazer desaparecer da memória a lembrança do acontecimento que causou a doença” (Ehrenberg, 1998:55; minha tradução).

Seguindo o modelo deficitário da psique, a perspectiva de Janet propõe pensar que as doenças funcionais resultam da impossibilidade de adaptação às exigências externas, o que se diferencia da concepção de Charcot para quem as doenças funcionais são uma reação às exigências externas. Para Janet, o déficit na psique causa uma depressão ou esgotamento que, diminuindo a força ou a tensão da atividade mental, serve de vetor para os problemas da personalidade ou da vontade, determinando, respectivamente, a histeria ou a psicastenia (Ehrenberg, 1998).

Em contrapartida, para Breuer e Freud (1893), inicialmente, a histeria deriva do impedimento à ab-reação ocasionado pela exposição ao trauma, ou seja, a origem do sintoma histérico remonta à liberação insuficiente da quantidade de afeto evocado como reação ao acontecimento traumático. Provocada sob hipnose ao longo de um processo psicoterápico, a ab-reação produz um efeito catártico desfazendo o quadro patogênico histérico. Freud certamente avança no esclarecimento da etiologia da histeria que se torna arcabouço para o edifício psicanalítico construído a seguir, abrangendo tanto a idéia de conflito, recalque, inconsciente, fantasia, transferência, quanto o método de tratamento pela associação livre, sendo abandonados a hipnose e o método catártico.

Se Charcot psicologiza o trauma, Freud, por sua vez, paulatinamente consolida a noção de psíquico, de inconsciente e estabelece o modelo conflitual intra-psíquico estruturado pela função simbólica da lei que se opõe ao desejo, organizando as relações entre as instâncias psíquicas e também a intersubjetividade. A instituição do conflito conforme o modelo freudiano caracteriza então basicamente a individualidade moderna, pressupondo-se para tal a prevalência do recalque como mecanismo de defesa e da histeria como o principal expoente psicopatológico de um sujeito atravessado pela culpa (Ehrenberg, 1998).

No decorrer das transformações normativas iniciadas na modernidade e intensificadas na contemporaneidade, principalmente a partir das duas Guerras Mundiais, as exigências sociais no sentido da emancipação das tradições sobrecarregam o indivíduo (Ehrenberg, 1998). Exacerbadas ainda mais pelos movimentos de emancipação e liberação dos anos 60 e 70, elas incitam o indivíduo à iniciativa individual, intimando cada um a tornar-se si próprio com inteira responsabilidade por sua vida e, na maioria das vezes, sem o suporte das tradições que lhe serviam antes de parâmetros. Emancipado e liberado, o íntimo não se restringe mais ao privado e invade o espaço público, o indivíduo passa a ser o seu próprio dono, o indivíduo soberano, numa referência a Nietzsche (1964, *apud* Ehrenberg, 1998), que só se parece consigo mesmo e que tudo pode, posto que nada lhe seja realmente proibido. A forma comum de vida deixa de ser pautada sobre a culpabilidade moderna associada às interdições, ao proibido, e desliza cada vez mais para a responsabilidade, pautada por sua vez sobre a polaridade possível-impossível (Ehrenberg, 1998). O indivíduo dócil e obediente

cede lugar ao indivíduo soberano de quem se espera iniciativa e aptidões, expectativas diante das quais, em caso de fracasso, o faz mergulhar num sentimento de insegurança identitária, impotência e insuficiência, solo fértil para irromper a depressão pautada no modelo deficitário que acaba prevalecendo na sociedade atual.

Adentrando-se numa perspectiva psiquiátrica, verifica-se o sucesso da depressão na atualidade muito atrelado às promessas de bem-estar e de cura anunciados pelos medicamentos a partir da segunda metade do século XX (Ehrenberg, 1998). De certa maneira, essa perspectiva perpassa três momentos, sendo o primeiro deles fruto da influência que a psicanálise freudiana exerce sobre a psiquiatria. Aguiar (2004) retrata essa influência no contexto da história da psiquiatria norte-americana, sobretudo com o desenvolvimento da psicobiologia de Adolf Meyer, considerado grande expoente da psiquiatria nos EUA no início do século XX. Sob influência da teoria freudiana, Meyer valoriza a história de vida dos pacientes como elemento etiológico importante na causação dos transtornos mentais opondo-se dessa maneira ao modelo nosológico de Kraepelin que sustentava prioritariamente uma abordagem descritiva das entidades mórbidas: “Meyer exigia de seus discípulos estudos atentos da personalidade e dos antecedentes pessoais de seus pacientes, entendendo o processo de adoecimento como uma reação que envolvia aspectos físicos e mentais” (Aguiar, 2004:32). Através da psicobiologia propagam-se as técnicas psicanalíticas no terreno psiquiátrico do mundo ocidental promovendo a ampla aceitação da psicanálise no período seguinte às guerras mundiais através do que se chamou “psiquiatria psicodinâmica” (Aguiar, 2004:34).

Nos anos 70, no entanto, a aliança entre psiquiatria e psicanálise se rompe em função de um declínio da referência ao conflito como baliza primordial para a constituição subjetiva (Ehrenberg, 1998). As mudanças normativas indicam que a definição de sujeito não se sustenta mais sob a incidência da lei que configuraria predominantemente um quadro neurótico. Tem-se então um sujeito emancipado dos dramas da culpabilidade, porém submerso nos dramas da responsabilidade e da ação. Ehrenberg convida dessa maneira a pensar a depressão como uma saída para recobrir a desconflitualização, sendo a depressão nesse segundo momento da perspectiva psiquiátrica não uma patologia atribuída à infelicidade resultante de

um conflito, mas uma patologia da mudança, ou melhor, da insegurança associada a um indivíduo ocupado em libertar-se e ser apenas si mesmo.

Vale notar que face à ruptura da influência da psicanálise sobre a psiquiatria determinando o que parece uma desconflitualização pautada nos dramas da culpa, ganha força o viés biológico da psiquiatria. Angariando espaço desde a década de 50, principalmente com o advento dos medicamentos psicotrópicos, com os avanços nas pesquisas no âmbito da genética e das neurociências e com o desenvolvimento biotecnológico, a psiquiatria biológica remodeliza a psiquiatria que parecia desmedicalizada sob a influência da psicanálise (Aguilar, 2004).

A partir dos anos 80 um terceiro momento se solidifica no âmbito psiquiátrico, já sob a égide da psiquiatria biológica, cujas pesquisas, com o advento dos medicamentos, precisam estar baseadas em dados empíricos e experimentais e considerar rigorosos critérios diagnósticos (Aguilar, 2004). Nesse momento, consolidado com a publicação do DSM-III, instrumento diagnóstico objetivamente descritivo e a-teórico, com aceitação mundial, e o que parece uma reafirmação das idéias de Kraepelin sobre as bases biológicas da distinção entre os transtornos mentais, a depressão irrompe finalmente como a doença da moda, sendo um diagnóstico bastante explorado pelas campanhas publicitárias da indústria farmacêutica, principalmente em função do antidepressivo Prozac divulgado na mídia em larga escala (Aguilar, 2004).

Contudo, para Ehrenberg (1998), o modismo da depressão traz em si embutido problemas que remetem a uma crise da cura tanto no campo da psiquiatria quanto no da psicanálise. Na psiquiatria, uma situação paradoxal abarca tanto os remédios, especialmente evidenciada com os antidepressivos, quanto a noção de cura propriamente. Trata-se de que os antidepressivos encarnam o mito da droga perfeita, pois suscitam esperanças fantásticas ao sustentarem a redistribuição eficaz das quantidades de energia no aparelho psíquico, agindo sobre os afetos ansiosos e depressivos e assim proporcionando maior tonicidade e domínio sobre si mesmo, estando-se doente ou não.

Não obstante a promoção de conforto e bem-estar e até mesmo promessa de cura, os antidepressivos requerem na maioria das vezes a continuidade no seu uso para fins de manutenção. O que para muitos pacientes se traduz em qualidade de vida, pode implicar paradoxalmente em cronicidade tal como uma “diabetes

mental” (Ehrenberg, 1998:245; minha tradução), e os estudos epidemiológicos já apresentam os prognósticos desfavoráveis das depressões, principalmente por resistirem aos tratamentos, reincidindo ou remitindo apenas parcialmente. Esse quadro prolonga indeterminadamente a prescrição medicamentosa e implica numa *lógica de acompanhamento* do tratamento em substituição a uma *lógica de cura* que conduziria naturalmente à interrupção do tratamento quando do restabelecimento do paciente, e, desse modo, os deprimidos passam à condição de crônicos:

“Se a psiquiatria tende a empregar o modelo do diabético insulino-dependente para neutralizar as dificuldades de cura, os ‘deprimidos’ se encontram a partir de agora na mesma situação que os psicóticos: as fases agudas da patologia suficientemente bem sob controle, mas a cronicidade sendo a regra” (Ehrenberg, 1998:253; minha tradução).

Paradoxalmente situado então entre a possibilidade de maior qualidade de vida e a dependência medicamentosa, o tratamento por depressão atravessa, além disso, uma banalização excessiva na prescrição dos medicamentos antidepressivos (Ehrenberg, 1998). Esta ocorre mesmo a partir de outras especialidades da medicina que não a psiquiatria, uma vez que o campo de ação desses medicamentos se estende sobre uma ampla gama de quadros clínicos. Certamente há efeitos colaterais previstos nas medicalizações a longo prazo, como os que pesam negativamente sobre a memória ou sobre a cognição e que ainda podem estar relacionados com o aumento das taxas de suicídio e com o estabelecimento de dependência física ou psíquica. Todavia, na maioria das vezes ignora-se o risco desses efeitos colaterais ao longo de uma prática medicamentosa indiscriminada como ainda espera-se que o antidepressivo desempenhe um papel semelhante ao das drogas ilícitas que dispensam o diagnóstico psicopatológico ao determinarem novos estados mentais. Nesse sentido, a crise da cura no campo psiquiátrico de que fala Ehrenberg (1998) refere-se à banalização da especificidade da depressão enquanto patologia, à perda de limites do que é doença de fato, reacendendo o debate entre normal e patológico, além de evocar a propagação e reforço da adição medicamentosa.

Similarmente ao que ocorre na psiquiatria, também na psicanálise refere-se a uma crise da cura no que diz respeito à ascensão da depressão como a doença da moda na contemporaneidade: a questão é que enquanto a psiquiatria prioriza uma

abordagem biologizante, a psicanálise enfatiza uma abordagem subjetivante, arriscando-se tal como aquela a uma leitura reducionista do sujeito (Ehrenberg, 1998). Além disso, no caminho da cura, o longo tempo empregado nos tratamentos analíticos pode representar tanta dependência quanto aquela suscitada no contexto psiquiátrico pela necessidade de manutenção da medicalização. Isto faz com que “a cronicidade não seja sem dúvida monopólio da psiquiatria biológica” (Ehrenberg, 1998:257; minha tradução).

Contudo, talvez o elemento mais significativo quanto à crise da cura na psicanálise em relação ao modismo da depressão aponte para o declínio da importância concedida ao conflito no engendramento do sujeito, justamente o fundamento da concepção primordial da psicopatologia preconizada por Freud (Ehrenberg, 1998). De modo geral, na perspectiva freudiana o sintoma neurótico e as demais manifestações do inconsciente indicam formações de compromissos entre os interesses do princípio de prazer e aqueles impostos pelo princípio de realidade, cujas interdições e restrições são empreendidas desde dentro do aparelho psíquico em função das identificações sedimentadas no supereu. Freud (1933) destaca nesse cenário a servidão do eu às exigências impostas pelos seus três severos senhores, o isso, o supereu e a externalidade, indicando como intuito terapêutico do processo analítico “fortalecer o eu, fazê-lo mais independente do supereu, ampliar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira a poder assenhorear-se de novas partes do isso” (Freud, 1933:84). Resumindo, ele assinala: “Onde estava o isso, ali estará o eu” (Freud, 1933:84).

É claro que outros elementos ampliam a discussão sobre a cura na psicanálise. Entretanto, focalizando a diluição das tradições normativas da modernidade, em que se esgarçam os contornos e as interdições que se colocavam antes como parâmetros para o indivíduo, o conflito, cujo ápice pode ser figurado na vivência edípica, talvez não ocupe mais o primeiro plano na organização da psique e do social. Nesse sentido, o indivíduo se encontra num caminho em que tudo é possível, diferentemente de estar submetido à lógica do proibido e da culpa (Ehrenberg, 1998). Interessa então questionar se o intento primordial da cura em psicanálise persiste na ampliação do domínio do eu sobre o isso, como pressupõe a indicação de Freud (1933), uma direção que como se sabe determina uma clínica que valoriza os conteúdos recalçados, constituídos no âmbito conflitual.

Para Haynal (1977), na psicanálise contemporânea, a liberação de uma parcela da sexualidade ou da agressividade recalçadas passa de fato para um segundo plano. A hipótese do autor é de que a geração atual é menos submetida a restrições e interdições do que as gerações modernas levando, no mínimo, o supereu a estruturar-se de modo diferente daquele que se espera como resultado do atravessamento da vivência edípica e dos tabus que ela impõe. Além disso, depara-se muito mais na clínica atual com manifestações que expressam a exacerbação do desamparo e, portanto do trauma, “vividos como uma ferida narcísica” (Haynal, 1977:117; minha tradução). Nessa conjuntura, o autor acredita que talvez deixe de ser tão fundamental para a psicanálise perseguir na clínica o caminho da cura pautado sobre a vivência edípica-conflito-recalque, o que indicaria um caminho de busca do mito das origens. Na verdade, diferentemente, Haynal aposta que o caminho da cura na psicanálise contemporânea visa muito mais a busca da “origem do mal”:

“(...) a questão mais fundamental da psicanálise não é, no meu ponto de vista, o ‘mito das origens’, mas sim a *origem do mal*. O mal enquanto perturbação do equilíbrio interior, fonte de sofrimento, de inquietude, de angústia, de dor psíquica, enfim, daquilo que também se designa ‘frustração’” (Haynal, 1977:118; grifos do autor; minha tradução).

Perseguir o caminho da origem do mal na cura psicanalítica significa no pensamento do autor considerar antes de tudo a experiência do mal como equivalente da experiência de limites. Esta, por sua vez, é colocada em primeiro lugar pela situação traumática de desamparo em função do limite que a perda da simbiose impõe à onipotência infantil. As considerações de Haynal (1977) são desenvolvidas no trabalho *O sentido do desespero. A problemática da depressão na teoria psicanalítica*, por ocasião do XXXVI<sup>e</sup> Congresso de Psicanalistas de Língua Romana. Nesse trabalho, o autor retoma a noção de trauma/desamparo de Freud (1926) concedendo ao humor depressivo um lugar central dentre os estados afetivos do sujeito em função das perdas e da necessidade do processo de luto já desde a situação traumática de desamparo associada ao nascimento. O humor depressivo manifesta nesse sentido o luto associado à perda da onipotência experimentada com o desamparo. O sentimento de inferioridade, de resignação e de incapacidade diante de situações traumáticas marcadas pela perda denota assim

a restrição à onipotência e, portanto, a experiência de limites que, para o autor, é a experiência do mal com que o sujeito tem que se a ver:

A experiência de limites é a experiência do *mal* do qual se gostaria de se livrar, mas que sempre reaparece, compulsão à repetição experimentada como um traço *demoníaco*. Os demônios não estão no exterior, eles fazem parte da interioridade. Pode-se apenas *deslocar* os limites, nunca suprimi-los, sobretudo considerando-se que a onipotência seria ausência total e utópica de interdição, fusão a dois, ausência do Terceiro num mundo sem luto (...) (Haynal, 1977:10; grifos do autor; minha tradução).

A experiência de limites ou do mal referidos por Haynal relaciona-se na verdade ao estado depressivo pelo qual passa todo ser humano, primeiro constitutivamente e, em seguida, em diferentes momentos da vida. O que, no entanto, não faz de todos os sujeitos deprimidos é a possibilidade de restaurar o objeto perdido no interior do aparelho psíquico, por identificação, um processo que requer um trabalho de luto, é verdade, e que, para tal, requer antes a presença de objetos (Haynal, 1977). Desse modo, a cura da psicanálise contemporânea na visão do autor remonta a momentos primitivos da existência, caminhando pela possibilidade do sujeito conhecer os próprios demônios, ou seja, buscar a origem do mal e assim encontrar as experiências de limites que o deprimiram. Empreender o luto em função das perdas vivenciadas nas experiências de limite indica a possibilidade de restaurar uma situação interior satisfatória ou uma condição narcísica menos ferida.

A leitura de Ehrenberg (1998) acerca da frouxidão e do esgarçamento dos limites verificados no contexto das mudanças normativas que atravessam a sociedade contemporânea corrobora a proposta de Haynal (1977) quanto ao caminho da cura na psicanálise se distanciar do mito das origens e, portanto, da referência ao Édipo, e se aproximar da origem do mal. Esse caminho da cura se aproxima do desamparo e do trauma vividos de maneira exacerbada pela sociedade atual que, inscrita por isso numa problemática narcísica, se apresenta mais suscetível ao sentimento de impotência, inferioridade e incapacidade que ocasionam a depressão. Talvez seja mesmo possível por esse viés endossar a leitura de Ehrenberg (1998) de que atualmente vive-se efetivamente o declínio da referência ao conflito e à neurose e tem-se uma epidemia de depressão.

Com efeito, o mal-estar na cultura atual demonstra o sofrimento decorrente da insegurança identitária como resultado das exigências sociais e econômicas somadas à precariedade da vida privada, estando esta liberada das amarras que subjetivamente constituíam interditos e favoreciam conflitos (Ehrenberg, 1998). Portanto, muito mais submetido ao desamparo como uma situação traumática do que engendrado no conflito, o indivíduo contemporâneo submetido ao excesso de exigências sem referências como parâmetros, tem a depressão como a patologia da sua insuficiência.

Psiquicamente, custa caro fazer frente às exigências normativas atuais, pois, além da fadiga mental, os fracassos no plano profissional, familiar, afetivo podem se acumular e rapidamente produzir uma situação de exclusão social, de retraimento, de depressão. Nesse caso, a prescrição de psicofármacos fomentada em larga escala pela psiquiatria biológica tem a sua legitimidade garantida, ainda que atravesse uma crise da cura produzindo tratamentos de manutenção, tal como ocorre com os insulino-dependentes. A garantia da atuação psiquiátrica nesse sentido é autorizada explicitamente por duas vias: pela demanda social implicada em alcançar a suficiência performática almejada; e pela própria psiquiatria biológica que, por sua vez, reforça através da prática medicalizante a idéia de déficit que embasa a demanda social, podendo mesmo alargar essa idéia e incluir sob a mesma perspectiva as feridas narcísicas primárias e o sentimento de vazio que elas expressam indicando também a medicalização como uma medida reparadora para as patologias sob esta problemática, como os casos-limite.

De outro modo, fracassado e fora do alcance dos milagrosos medicamentos da felicidade, o indivíduo fica à mercê do déficit, da insuficiência, da depressão. Pouco importando, assim parece, se essa depressão diz respeito à dimensão do conflito ou das fragilidades narcísicas, como sugere a perspectiva psicanalítica, pois o que parece prevalecer é mesmo a dimensão do déficit, evocando talvez as concepções desenvolvidas por Janet na explicação da impotência do viver contemporâneo. Cansado de tornar-se si mesmo sem interdições ou parâmetros, o indivíduo da sociedade atual paralisa ou estanca através da depressão diante do ditame subentendido de que tudo é possível, ou seja, da mensagem subentendida de ser capaz de tudo num contexto em que as limitações morais diminuem e os envelopamentos psíquicos se desvanecem da cena íntima e da articulação do social ocasionando a desmesura ou o excesso da

emancipação e da ação. O risco a que leva esse esgarçamento das institucionalizações é aumentar sobremaneira a responsabilidade individual levando à percepção de que nada é realmente possível, ou de que se é incapaz de qualquer coisa ou insuficiente para atender a qualquer demanda.

Impelido a produzir a si mesmo através de seus próprios recursos, sem jamais conseguir fazê-lo suficientemente, o indivíduo contemporâneo oscila então entre a pane depressiva e a medicalização/drogadição, utilizando este recurso para tamponar o seu déficit, estimular a sua apatia e cansaço, regular os seus impulsos ou ainda suplantar a sua compulsão. Na verdade, a figura radical do homem soberano que prevalece na contemporaneidade pode ser facilmente representada no drogadito pelas rupturas que promove com as fronteiras do possível e do permitido à procura de sensações para suplantar a sua condição de permanente intranqüilidade, disposto a pagar com a dependência o preço da liberdade sem limites (Ehrenberg, 1998).

Sendo assim, no plano sociológico, a epidemia da depressão indica a elevada prevalência do indivíduo em pane pela incerteza da sua suficiência em corresponder com sucesso na atualidade às exigências de tornar-se si mesmo tendo apenas a si próprio como parâmetro, o que naturalmente se configura num excesso de tensão determinando uma experiência traumática de desamparo. A depressão é dessa maneira perfeitamente identificável como diagnóstico dominante da sociedade atual.

Entretanto, do ponto de vista clínico, se a neurose é vinculada ao conflito na modernidade, como se define o estatuto clínico da depressão na contemporaneidade? Encontra-se para essa questão duas direções na leitura de Ehrenberg (1998) que se colocam a partir do que o autor identifica como o *crepúsculo da neurose*. Uma delas consiste justamente em desconsiderar a etiologia como um problema e elaborar critérios diagnósticos padronizados que possam servir como bons guias para identificar a depressão. Nesse contexto, ganham a cena os manuais classificatórios como o DMS-IV ou a CID-10 que, numa vertente médica, tendem a conceber o indivíduo basicamente como objeto de sua doença. A outra direção segue a influência da psicanálise e concebe uma personalidade depressiva, pautada na idéia de que a síndrome depressiva não é psicótica ou neurótica, mas um “estado-limite” (Ehrenberg, 1998:134), justamente por não estar pautada sobre uma dimensão conflitual:

A 'personalidade depressiva' é incapaz de fazer advir seus conflitos, de representá-los, ela se sente vazia, frágil e tem dificuldades em suportar frustrações. Daí a sua tendência a adotar comportamentos dependentes e procuras por sensações. Numa linguagem psicanalítica diz-se que a personalidade em questão se situa menos no registro conflitual que num registro dito clivado, caracterizado por uma espécie de rachadura interna na qual os elementos não estão nem em conflito e nem em relação: o indivíduo é dominado por um sentimento de insuficiência (Ehrenberg, 1998:134-5; minha tradução).

Situando-se no domínio da clivagem e não do recalque, a figura contemporânea da depressão nessa segunda direção identificada por Ehrenberg evoca o que se considera neste trabalho como os casos-limite. Segundo o autor, o estatuto clínico da depressão nessa vertente coloca muito mais em jogo a clivagem do que o conflito ou a culpa, referindo-se ainda ao déficit, à insuficiência, à vergonha e à impotência narcísica impostos pela liberação psíquica experimentada numa condição traumática de desamparo que deixa as marcas de uma fragilidade narcísico-identitária bastante referida a esses casos.

Ambas as direções frente ao declínio do conflito, médica e psicanalítica, são de certo modo compreensíveis, o que não quer dizer, no entanto, que sejam aceitáveis. De todo modo, uma questão relevante para a psicanálise é o que passa a ocupar o lugar do conflito no declínio da referência a ele como marco constitutivo da subjetividade. O declínio da referência ao conflito na cena psíquica emperra o funcionamento sob o princípio de prazer deixando o sujeito cada vez mais exposto ao desamparo, à mercê do excesso de tensão e, portanto, traumatizado, sem uma organização subjetiva que favoreça a inscrição da temporalidade e com ela a possibilidade de um futuro como direção para a qual caminhar. Em relação à sociedade, esse indivíduo, fragilizado narcisicamente, se considera aquém dos ditames performáticos exigidos. Deficitário e insuficiente, ele expressa o vazio como sintoma dominante, situando-se entre a depressão, como recuo ou estancamento frente ao mal vivenciado traumáticamente como desamparo, e o seu contraponto, a adição, o comportamento compulsivo-dependente (Haynal, 1977).

Falar do vazio não é tarefa simples dadas as diferentes discussões que o tema pode originar e as formas que pode assumir (Da Poian, 2001)<sup>4</sup>. Souza

---

<sup>4</sup> A *Nouvelle Revue de Psychanalyse* dedica em 1975 um número específico sobre esse tema, *Figures du vide*, no qual é possível encontrar trabalhos consagrados até hoje em função da

(2000), particularmente, trabalha essa diversidade em torno de duas conotações psicanalíticas a que o termo remete. Na primeira, tendo a teoria lacaniana como referência, o autor evoca o vazio constitutivo, referido à falta primordial do objeto de completude, objeto mítico. Perdido desde sempre e por isso mesmo sendo primordialmente traumático, o objeto da falta ajuda a promover o trabalho representacional impulsionando o sujeito do desejo, submetido à castração, a se relançar no seu movimento pulsional produzindo algo disso que falta e que encontra expressão através das formações do inconsciente. O autor sugere também outra conotação para o vazio seguindo uma linhagem traçada pelos teóricos das relações de objeto que atribui ao vazio um sentido mais penoso, de sofrimento, de mundo interior desértico em função de estar atrelado às falhas na estruturação narcísica e, portanto, à fragilidade das fronteiras intra-psíquicas e intersubjetivas (Souza, 2000).

Ambas as perspectivas propostas por Souza acerca do vazio, ou seja, o referencial lacaniano e o dos teóricos das relações de objeto desenham, respectivamente, por um lado, teorias psicanalíticas que subentendem a diferenciação eu-objeto já nos primórdios da existência, instituindo uma clínica de interpretação do desejo e de responsabilização, num contexto edipiano, sendo o modelo da neurose o seu melhor exemplo. Por outro lado, a proposta pautada nas relações de objeto inclui teorias que supõem a indiferenciação inicial constituindo um campo de experiência mãe-bebê pré-subjetivo, permitindo uma clínica que contempla as necessidades psíquicas primitivas, como a constituição de envelopamentos para conter e modular a atividade pulsional e então favorecer a expressão dos desejos, uma clínica que inclui os casos-limite enquanto patologias narcísicas (Souza, 2000)<sup>5</sup>. Nesse contexto de questões primitivas em que a situação traumática de desamparo assume proporções patológicas, a conotação de sofrimento assinalada pelo autor em relação ao vazio parece equivalente ao vazio

---

profundidade e atualidade na abordagem sobre o vazio em psicanálise. Para mencionar alguns dos trabalhos reunidos na publicação deste número, especificamente: O eixo narcísico das depressões (Rosolato, 1975); O medo do colapso (Winnicott, 1963); O *self* em branco (Giovacchini, 1972); O tempo morto (Green, 1975b).

<sup>5</sup> O esquema proposto por Souza (2000) para compreender o vazio não contempla especificamente o espaço potencial estabelecido pela transicionalidade (cf. Winnicott, 1971) ou mesmo o espaço intersticial dos envelopes psíquicos marcados por uma dupla-face (cf. Anzieu, 1985), duas perspectivas das teorias das relações de objeto em que o vazio é suposto, porém não no sentido de sofrimento ou de ser habitado por nada, mas pelo paradoxo experimentado na ausência que é presença potencial (cf. Green, 1975a).

como sintoma dominante do indivíduo contemporâneo deprimido (cf. Haynal, 1977).

Nesse viés, o diagnóstico dominante de depressão na sociedade contemporânea corresponderia então na psicanálise ao vazio enquanto reflexo de traumas vivenciados no contexto das relações primárias. Por conseguinte, os pacientes desse modo identificados na clínica psicanalítica seriam referidos às patologias narcísicas, dentre elas os casos-limite. Mas seriam enfim os casos-limite a face clínica por excelência da depressão anunciada como a doença da moda na contemporaneidade? Se a discussão é encaminhada dessa maneira, então, pode-se pensar que a epidemia de depressão na contemporaneidade corresponde a uma epidemia de casos-limite segundo o referencial psicanalítico. Faz-se necessário, portanto, repensar essa questão do ponto de vista da psicanálise.

Finalmente, pode-se dizer que numa perspectiva sociológica de fato a depressão pode ser a face emblemática do mal-estar contemporâneo, talvez até mesmo correspondendo a uma epidemia na contemporaneidade. Esse discurso dominante atualmente é certamente sustentado pela psiquiatria, principalmente em função da ênfase concedida ao déficit, ao defeito, à vergonha, à incapacidade de corresponder às exigências sociais excessivas, sempre passíveis de superação via medicamentos e atrelada a toda a série que vem em conjunto: a necessidade de manutenção da medicalização, a dependência e a cronicidade.

Já no âmbito da psicanálise, o declínio da referência ao conflito e, conseqüentemente, a maneira precária pela qual se constitui o aparelho psíquico, escraviza o sujeito às agruras do vazio psíquico estabelecendo uma problemática de perda de objeto, de constituição subjetiva e narcísica, o que de fato é muito mais condizente com os casos-limite, mas mantendo em aberto, no entanto, a questão quanto a correspondência entre esse tipo de problemática e a depressão. A menos, quem sabe, que se relacione desamparo/ trauma/ feridas narcísicas/ insuficiência/ depressão/ casos-limite. Seria esse o caminho para definir o estatuto clínico da depressão na contemporaneidade?

### **2.3– Depressão/melancolia: uma discussão em curso**

A referência à epidemia da depressão nos dias de hoje envolve uma discussão que abarca tanto a sociologia, quanto a psiquiatria e a psicanálise (cf. Ehrenberg, 1998). Contudo, a tarefa de delimitar o estatuto clínico da depressão

nesse discurso dominante atual da sociedade necessita de algumas balizas, principalmente porque a concepção da depressão esbarra na de melancolia determinando uma discussão em curso ao longo da história agravando-se ainda mais na clínica contemporânea na medida em que se avança no estudo dos casos-limite.

A depressão consiste num diagnóstico oriundo da psiquiatria referindo-se a quadros clínicos caracterizados por perturbações no humor ou na afetividade, principalmente relacionadas ao que se verifica em termos de rebaixamento, diminuição, perda, redução. Os ditames para esta compreensão são sustentados hoje pela CID-10 (OMS, 1992) e pela DSM-IV (APA, 1990), publicações que prezam por descrições clínicas e diretrizes diagnósticas sem pretenderem alguma implicação teórica, como de fato assumido no texto que introduz a CID-10:

Estas descrições e diretrizes não contêm implicações teóricas e não pretendem ser proposições completas acerca do estágio atual de conhecimento dos transtornos. Elas são simplesmente um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve uma concordância por parte de um grande número de conselheiros e consultores em muitos diferentes países como sendo uma base razoável para definir os limites de categorias na classificação de transtornos mentais (OMS, 1992:2).

Essas diretrizes constituem-se então na reunião de conjuntos de sintomas e comentários razoavelmente consensualizados internacionalmente para orientar a definição dos diferentes quadros psicopatológicos. No contexto dessas referências (APA, 1990; OMS, 1992), o diagnóstico de depressão, seja leve, moderado ou grave, é considerado um episódio ou um transtorno recorrente do humor e deve reunir como sintomas pelo menos o humor deprimido, a perda de interesse e prazer, a redução de energia, a fadiga e a diminuição generalizada na atividade. Além desses sintomas, também podem ocorrer alterações no sono e no apetite, redução da concentração e da atenção, assim como da auto-estima e da autoconfiança, idéias de culpa e de inutilidade, pessimismo em relação ao futuro e ainda idéias ou atos auto-lesivos, incluindo o suicídio (OMS, 1992).

Efetivamente, a depressão é uma categoria diagnóstica historicamente construída na psiquiatria, responsável apenas na década de 50 do século XIX por determinar um novo rumo no que até então vinha sendo concebido como melancolia (Vertzman, 1995). Embora o termo *depressão* já viesse sendo utilizado em expressões que serviam à discussão de determinados quadros

psicopatológicos, como *causas morais depressivas* numa referência ao quadro de estupidez, são os trabalhos de Baillarger, Falret e Griesinger (*apud* Vertzman, 1995) que modificam radicalmente a concepção sobre melancolia e preparam o caminho para a psiquiatria moderna de Kraepelin. O tratado deste psiquiatra já na oitava edição apresenta finalmente a depressão como um dos estados da psicose maníaco-depressiva abarcando, por sua vez diferentes formas de melancolia, afecção que tende a desaparecer na psiquiatria enquanto entidade mórbida (Vertzman, 1995). É claro que muito se caminhou até se chegar a esse ponto dadas as reformulações que se sucederam desde as primeiras indicações quanto aos humores, na época clássica, para circunscrever o que então se denominava melancolia.

Numa perspectiva histórica, a referência aos transtornos de humor se inicia, portanto, pela melancolia. Na vasta literatura disponível sobre o assunto, encontra-se na mitologia grega as primeiras menções ao sofrimento condizente com a melancolia (Solomon, 2001; Peres, 1996, 2003). Numa época em que a insensatez ou irracionalidade do comportamento humano é atribuída à interferência dos deuses, o mito de Belerofonte, na *Ilíada*, de Homero, faz referência ao herói condenado pelo ódio dos deuses a vagar na solidão e no sofrimento após cometer a grave infração de tentar ascender ao Olimpo, julgando-se vaidosa e arrogantemente mais forte que Zeus e os demais deuses reunidos (Brandão, 1987). Afligido por uma nuvem negra de angústia, ele é obrigado a se destinar para longe do convívio dos homens e a perambular sozinho com o coração atormentado, desenhando então uma imagem mítica de infelicidade que evoca a melancolia (Peres, 1996)

No século IV a.C., a melancolia é apresentada como uma entidade clínica por Hipócrates, no âmbito da teoria dos humores, segundo a qual todas as doenças da alma são físicas por excelência, sendo a saúde o efeito do equilíbrio entre os quatro humores representados pelo sangue, fleuma, bile amarela e bile negra (Juranville, 2005). Associada ao desequilíbrio da bÍlis negra, humor natural frio e seco, a melancolia consiste, tal como a mania, numa loucura crônica sem febre. Todavia, enquanto a mania se apresenta com excitação, a melancolia se faz perceber pelo abatimento, tristeza, angústia, acabrunhamento e dor moral e tendência ao suicídio, assim como na aversão ao alimento, desencorajamento, insônia, irritabilidade e nervoso.

De certo modo a teoria humoral de Hipócrates no que diz respeito à melancolia parece similar à leitura que se faz sobre a depressão nos manuais psiquiátricos classificatórios da atualidade nos quais tanto o quesito humor é central como também a descrição dos sintomas parece similar. Entretanto, esta possível semelhança é inconcebível uma vez que a concepção de Hipócrates quanto ao humor refere-se a uma condição de equilíbrio no corpo compreendido como uma totalidade que inclui a mente, como, aliás, era a diretriz do pensamento na Grécia Antiga (Lima, 1996)<sup>6</sup>. Para Hipócrates, o humor depende de quatro elementos primários irreduzíveis, ar, água, fogo e terra que, conforme a sua fluidez e capacidade de combinação, compõem no corpo os quatro humores enquanto elementos secundários cujo estado de equilíbrio implica na saúde e nos quatro temperamentos ou faculdades da alma: o sanguíneo, o fleumático, o colérico e o melancólico, respectivamente (Lima, 1996). O humor, no sentido hipocrático encontra-se então submetido a critérios da natureza (os elementos primários) que, embora sejam evidências concretas e físicas, uma vez presentes no corpo, determinam o temperamento ou os aspectos subjetivos (elementos secundários), incluindo assim a mente na compreensão do corpo e demarcando uma visão ampla do sofrimento da qual muito parecem se distanciar os manuais classificatórios em vigor na atualidade.

Especialmente em relação à melancolia, a teoria humoral de Hipócrates passa por complexificações e persiste até o século XVII (Juranville, 2005). Com efeito, Aristóteles considera que, em função da temperatura fria da bÍlis, a melancolia se caracteriza pelo torpor, desespero e medo, ou, em caso de bÍlis quente, enlouquência e frenesi, ou ainda, em função de uma temperatura moderada, a melancolia suscita a genialidade de homens extraordinários (Trillat, 1986). A idéia da melancolia afetando a inteligência e conferindo um grande privilégio ao espírito já havia sido cogitada por Hipócrates e é reforçada por Aristóteles que retoma de Platão a noção de *loucura divina* associando a melancolia aos gênios poéticos e filosóficos e às vocações heróicas como a do personagem mitológico Belerofonte (Juranville, 2005).

---

<sup>6</sup> Tânia Andrade Lima é arqueóloga e no artigo aqui referido, publica parte de sua pesquisa de pós-doutorado em história social do Museu Paulista da Universidade de São Paulo onde, a partir de descobertas obtidas em escavações arqueológicas sistemáticas em diferentes pontos do estado do Rio de Janeiro, constata resquícios ou mesmo a sobrevivência da teoria dos humores de Hipócrates nas práticas médicas em voga no território carioca, ainda no século XIX.

No século I, a teoria dos humores prossegue com Areteu da Capadócia, clínico que diferencia doenças agudas e crônicas e que reconhece a melancolia como sendo distinta da histeria, da epilepsia e da mania, embora associada à mania (Trillat, 1986). Acreditando numa relação circular entre os humores e as emoções, Areteu propõe que o nível de bile negra pode se tornar agitado nas circunstâncias de desalento e raiva desmedidos, ocasionando não apenas a afecção melancólica como inaugurando também um quadro melancólico em que a agitação maníaca mostra-se considerável.

Galeno, no século II, “último grande médico da Antiguidade” (Trillat, 1986:36) também dá prosseguimento à teoria hipocrática dos humores, reformulando, no entanto, os escritos antigos para a forma através da qual perduram até o Renascimento. Anatomista, fisiologista e conhecedor da filosofia de Platão e de Aristóteles, Galeno aprofunda uma separação entre filosofia e medicina acreditando que a alma é material e não imortal, estando associada portanto ao corpo físico e sendo graças a ela que um órgão como o encéfalo pode funcionar. Segundo então a hipótese de Galeno, os humores se tornam afecções por um processo de intoxicação que se apodera do corpo, seja como um veneno contrário à própria natureza, seja por uma predisposição do corpo (Trillat, 1986). Com esse pensamento e, além disso, aderindo ao monoteísmo cada vez mais dominante na sociedade ocidental, o anatomista abre as portas para as crenças que se seguirão durante a Idade Média quanto a explicar a melancolia vinculada às forças maléficas e anti-naturais que se apoderam do corpo.

Todavia, embora com Galeno a medicina restrinja o seu campo de investigação à materialidade deixando aos teólogos e filósofos as questões sobre a imortalidade da alma, o cristianismo ascendente no século III passa a englobar por longo tempo o campo médico, como resume Trillat (1986:40):

“As manifestações mais espetaculares, mais teatrais, mais intrigantes, aquelas precisamente que a Antiguidade havia atribuído desde sempre às causas físicas, ao útero, a seus caprichos ou a seus humores, aparecem de agora em diante como os efeitos de uma punição divina, também como os de uma possessão diabólica, à qual se oporão orações e exorcismos”.

Sendo assim, da Idade Média, com a forte influência do catolicismo, até o advento do alienismo como uma especificidade da medicina, com Pinel, no século XVIII, o entendimento da melancolia sofre as confrontações entre idéias religiosas

e médicas (Solomon, 2001). Sob a ordem paradigmática da Igreja durante a Idade Média, a desordem da mente ou a perda da razão significa o desfavorecimento divino devendo por isso ser moralizada pela punição que consiste em trabalhos manuais, reclusão e, durante o século XIII, multas e aprisionamentos. Ao longo dos séculos em que prepondera o poder religioso, o padecimento psíquico é um acometimento assustador, pois representa diretamente a encarnação de uma alma pecadora pelas forças anti-naturais emanadas pelo diabo (Solomon, 2001).

A afecção melancólica, especialmente, é considerada a predileta para a possessão demoníaca já que o negro característico do humor melancólico, a bile negra, evoca as trevas, a obscuridade e a morte atribuídos ao ser das trevas, o demônio (Trillat, 1986). Ocorre que a possessão diabólica escolhe apenas uma morada predisposta para tal, ou seja, um corpo no qual a alteração da bile negra já produziu a melancolia, daí derivando o fato de que “Nem todos os melancólicos são necessariamente possuídos, mas todos os possuídos, ou endemoninhados, são melancólicos” (Trillat, 1986:45).

A melancolia demonstra na Idade Média a luta entre bem e mal que prevalece por muitos anos, pois supõe a invasão audaciosa e maléfica do demônio que diminui a luz da alma, divina e benéfica, no momento mais claro do dia, ou na aurora da vida como se poderia pensar: a melancolia é o demônio do meio-dia que arranca a alma de Deus<sup>7</sup> (Solomon, 2001). Moralizada pelo clero num período em que prevalecem os ditames dos pecados capitais, a melancolia é referida ao pecado da *acedia* que indica negligência a qualquer esforço<sup>8</sup>, podendo agravar-se pela apatia, sonolência, desânimo, desalento e inquietação (Solomon, 2001).

Quanto ao Renascimento, trata-se da “idade de ouro da melancolia” (Juranville, 2005:29; minha tradução), pois existe uma receptividade ao acometimento melancólico em função dos avanços nos estudos físico-matemáticos que relativizam o lugar da Terra no Universo descentrando o homem das verdades divinamente reveladas a favor das certezas descobertas. Ocorre nesse momento um “desencatamento do mundo” (Juranville, 2005:34; minha tradução) em face dos avanços científicos que, ocasionando ao homem a experiência de

<sup>7</sup> O *demônio do meio-dia*, invariante do estado melancólico em diferentes épocas e civilizações (Juranville, 2005), é também o que inspira Solomon (2001) na confecção do título de seu livro por acreditar que “descreve exatamente o que se experimenta na depressão” (Solomon, 2001:271).

<sup>8</sup> A *acedia* negligencia o esforço mesmo para a provisão das necessidades vitais, sendo por isso muitas vezes considerada preguiça, maneira pela qual, aliás, traduz-se a *acedia* no século XII (Solomon, 2001).

perda da posição terrena de centro do universo, leva ao sofrimento melancólico. Diante desse sofrimento a criação artística se mostra uma alternativa, pois promove um re-encantamento do mundo através da criação de objetos. Podendo servir-se do sofrimento, o artista forja através da sua técnica um objeto novo, reacendendo uma luz sobre a natureza, porém sob a ótica humana, nem mágica, nem divina, mas bela:

Arte e saber racional enfatizam de fato dois caminhos bem diferentes. Se o científico mortifica a natureza até reduzi-la a fórmulas matemáticas, o artista re-engendra na sua relação com ela alguma coisa da ordem do sagrado que se exprime num júbilo de formas, de cores, de elementos de construção, etc., suscetíveis de restituir uma relação com o ser que escapa do quadro da realidade empírica... Lá onde o desespero melancólico se alimentava no não-sentido e na ruína do mundo... o júbilo estético repousa sobre um universo de sentidos. O ‘milagre’ da obra de arte é o efeito do trabalho de engendramento de um objeto novo, objeto inscrito no mundo (...) (Juránville, 2005:35; minha tradução).

Através então da criação de novos objetos, o artista promove um re-encantamento do mundo congregando no belo da sua obra de arte a racionalidade da sua técnica e o divino observado na natureza. Assim o fazendo, o artista eleva a melancolia a uma perspectiva positiva, não-patológica, a uma “boa melancolia” (Juránville, 2005:35; minha tradução), sugerindo até mesmo a retomada da idéia aristotélica de tê-la como fonte de inspiração para as genialidades intelectuais e artísticas. A melancolia perde assim a sua áurea de pecado adquirida na Idade Média, sobrepujando gradualmente a teoria da possessão demoníaca e assumindo uma conotação romantizada e até mesmo valorizada como um estado da alma mais brilhante do que sombrio (Solomon, 2001).

No século XVI, a melancolia desponta como uma das figuras da loucura, circunscrita pelas idéias delirantes que o indivíduo pode desenvolver acerca de si que, no entanto, permanecem isoladas e sem comprometer o conjunto da razão (Foucault, 1972:262). Ainda assim, o enaltecimento da melancolia como condição de erudição e genialidade perdura durante o século XVI ainda no contexto da teoria dos humores, embora cresça o interesse pelo estudo da mente, valendo notar nesse sentido a importante referência que representa a obra de Robert Burton, *The anatomy of melancholy*, em três volumes, cinco vezes re-editada no seu tempo (Solomon, 2001).

No início do século XVII, disseminam-se as idéias de Descartes, sendo talvez a mais importante para o pensamento *psi* aquela que prega a separação entre mente e corpo em que o exercício mesmo da razão inscreve-se na soberania da mente sobre o corpo (Foucault, 1972). Dito de outro modo, são cada vez mais valorizados a razão e o pensamento como expressão de domínio da sensatez no intuito de perceber o que de fato é verdadeiro na natureza. Desse modo, a loucura é concebida justamente como a condição de impossibilidade do pensamento ou de destreza da razão. Conseqüentemente, o razoável desatino pressuposto na melancolia até então, na condição de atributo bem-quisito dos gênios ou de idéias delirantes sobre si que não comprometem o conjunto da razão, pode interferir doravante no exercício da liberdade.

O século XVII, época da razão e também da Grande Internação nos asilos que compõem o Hospital Geral, trava-se um debate acerca da origem da melancolia (Foucault, 1972). Provavelmente esse debate se articula à divisão cartesiana que leva a pensar na loucura como desrazão. Se por esta concepção o louco pode ser retirado do convívio social em função da sua impossibilidade de exercício da razão, também a melancolia deve ser questionada pelo fato de pressupor um delírio, o qual, mesmo sem comprometer totalmente a razão, por si só já indica uma ruptura da mente e, portanto, da racionalidade (cf. Foucault, 1972). Será então a melancolia, assim como a loucura, reflexo da desrazão e por isso justificativa para o seu asilamento? Ou a causa dessa afecção se deve a alterações no corpo que afetam o cérebro?<sup>9</sup> E, nesse caso em particular, isto impediria o asilamento da melancolia? Esses questionamentos são algumas hipóteses que embasam o debate sobre a origem da melancolia no início do século XVII. Neste momento, faz-se necessário melhor situar a melancolia nas controvérsias teóricas inauguradas com Descartes, controvérsias que enfatizam ora a mente, ora o corpo, e então incluir a melancolia na condição de loucura, sob o ditame da razão e da disciplina que prepondera sobre a sociedade.

A moralização da sociedade sob o ditame da razão e da disciplina se estabelece como uma das respostas à crise econômica que afeta o mundo

---

<sup>9</sup>Nesse sentido podem ser citadas as referências à teoria dos vapores ácidos e corrosivos que contaminam o sangue degenerando-o (Willis, apud Foucault, 1972) ou ainda a teoria dos sólidos e fluidos que, em função da rigidez das fibras corporais levam à inibição melancólica ou, em função da fluidez do sangue, este carrega-se de atrabilis, pesa e comprime o sistema nervoso instalando também a melancolia (James, apud Foucault, 1972).

ocidental, sendo as internações do século XVII condizentes com o ideal atribuído à burguesia de moralizar o espaço social (Foucault, 1972). Trata-se de engendrar uma “cidade moral” (Foucault, 1972: 76) que segrega autoritariamente e arbitrariamente na clausura dos muros do Hospital Geral os pobres, compreendidos como os sem trabalho ou vagabundos, ou seja, toda a negatividade que se encontra fora dos limites da ordem burguesa. O louco, que então inclui também o melancólico como uma figura da loucura, alienado dessa ética laborativa e por isso ocioso, torna-se assunto de polícia: “Polícia, no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, o conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele” (Foucault, 1972:63).

A partir da segunda metade do século XVIII, na Idade da Razão, após a Revolução Francesa ocorrida em 1789, através de Pinel, a psiquiatria desponta como um ramo da medicina e se ocupa da alienação mental enquanto enfermidade no âmbito das paixões associada a uma desorganização das funções intelectuais (Foucault, 1972). Pinel é efetivamente responsável pela construção das bases do que se convencionou chamar de *síntese alienista* (Amarante, 2007). Escrevendo o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, Pinel elabora a primeira nosografia classificando as alienações mentais que finalmente se consolidam no âmbito médico, estabelece o alienismo como um braço da medicina e assim a profissão de alienista para o médico que se ocupa desse tipo de enfermidade, funda os manicômios que seriam os primeiros hospitais psiquiátricos e ainda propõe o tratamento moral como primeiro modelo de terapêutica para o qual o isolamento deve ser pré-condição (Amarante, 2007). Nesse contexto, o alienado mental, acometido pelo distúrbio das paixões, ganha pela primeira vez o direito de ser escutado, compreendido e tratado.

Nas bases traçadas por Pinel, a melancolia é alçada à condição de alienação mental, submetida igualmente a uma sistematização médica, saindo da cena das controvérsias entre mente e corpo e desbancando por fim a teoria humoral de Hipócrates (Vertzman, 1995). A classificação proposta por Pinel distribui-se entre idiotia, demência, mania e monomania, sendo a melancolia contemplada nas monomanias, sem caracterizar-se necessariamente pela tristeza ou alegria, mas por idéias fixas, restritas a faculdades psíquicas isoladas e,

justamente por isso, tendo melhor prognóstico que os demais tipos de alienação quando submetida a tratamento (Vertzman, 1995).

Esquirol (1820), discípulo de Pinel, propõe uma alteração na categoria das monomanias, distinguindo-a em duas outras: monomania, por um lado, para designar os pacientes que manifestam “um delírio parcial com uma paixão excitante ou alegre” (Esquirol, 1820:159), o que corresponde à melancolia maníaca, com furor e idéias fixas com exaltação da imaginação e, por outro lado, lipemia para designar os pacientes com delírio parcial e predomínio da paixão triste<sup>10</sup>. Esquirol recorre então pela designação *lipemia* tudo o que caracteriza a melancolia sem criar uma nova categoria psicopatológica: inibição de movimento corporal e facial, preferência pela solidão e ociosidade, prejuízo do sono (em geral também sobressaltado por pesadelos), irritabilidade, silêncio obstinado, atividade intelectual marcada pelo aspecto da paixão triste e empregada no sentido de fortificar o delírio caracterizado pela dor moral, atenção intensamente ativa contrapondo-se à prostração corporal e, embora com consciência acerca do absurdo dos temores pelos quais se atormentam, os lipemaniacos reconduzem-se para a paixão que os domina.

Dando prosseguimento ao legado de Pinel, Esquirol consolida a direção da medicina da época pautada no método das ciências naturais, isto é, um método que utiliza critérios objetivos para a construção de conhecimento e, interessado em delimitar suas percepções clínicas nos moldes da observação empírica e sistemática desse método científico, se estabelece “como um dos marcos na fundação do pensamento psicopatológico contemporâneo”. (Camargo Pacheco, 2003:152). Vertzman (1995) observa nesse sentido que Esquirol traça um caminho específico para a concepção das paixões tristes que no futuro seriam designadas como depressões.

De fato, a partir da segunda metade do século XIX tem início a mudança no rumo da conceituação da melancolia, principalmente com as contribuições de Baillarger, Falret e Griesinger (*apud* Vertzman, 1995). Estes autores não consideram mais a melancolia apenas como entidade mórbida isolada, mas como referência ao *aspecto depressivo* característico da alternância entre melancolia e mania: Baillarger, Falret e Griesinger (*apud* Vertzman, 1995) utilizam as

---

<sup>10</sup> O prefixo *lype*, de origem grega, significa tristeza (Esquirol, 1820).

caracterizações propostas por Esquirol acerca da lipemania, porém entendendo-a como o aspecto depressivo da loucura em dupla forma, ou da loucura circular. Embora a alternância entre o aspecto depressivo e maníaco fosse reconhecida desde a Antiguidade, somente com esses autores tal fato é consolidado como um tipo mórbido distinto e claramente definido (Cosser, 2003).

No novo direcionamento na concepção da melancolia, dois aspectos se destacam nas propostas de Griesinger (*apud* Vertzman, 1995). Um deles consiste na associação entre a depressão e as funções do cérebro, sendo a depressão indicada pela fraqueza e supressão da excitação cerebral. O outro aspecto diz respeito ao uso da palavra humor para caracterizar a emoção penosa e dolorosa que dominam os estados depressivos.

Tem-se novamente um marco na psiquiatria na medida em que despontam as contribuições de Kraepelin. Na oitava e última edição de seu compêndio, fica estabelecida a categoria das psicoses maníaco-depressivas subdividida em mania, melancolia e estados mistos (Kraepelin, 1913). A melancolia é assim incluída no grupo das psicoses, doenças que considera “constitucionais incuráveis de marcha crônica” (Vertzman, 1995:77).

Segundo Lambotte (1997), o destaque às psicoses maníaco-depressivas numa categoria específica deve-se à comparação com o curso evolutivo das demências, entre elas a esquizofrenia que, como se acredita na época, apresentam pior prognósticos principalmente em função dos danos psíquicos em termos degenerativos. Nesse sentido, a autora acredita que o esquema classificatório de Kraepelin tenha afinado a nosografia e reorganizado o campo das psicoses. Todavia, o enquadramento da melancolia dentro dessa categoria condiz com uma leitura impregnada de teorias organicistas, como a idéia de degenerescência hereditária, de disfunções cerebrais, que passam a direcionar as discussões psiquiátricas subsequentes. Ocorre então, segundo Cosser (2003) uma redefinição sucessiva dos aspectos depressivos em termos de entidade nosográfica, o que redundava em termos como depressão endógena, depressão maior, depressão unipolar ou bipolar, determinando um espaço de investigação e atuação praticamente sob o domínio do ponto de vista biológico.

O rumo da psiquiatria desenhada por Kraepelin polariza na verdade a discussão sobre a origem dos quadros clínicos que pendia entre fatores endógenos e, portanto, supondo-se uma somatogênese, e fatores exógenos diante dos quais

figurariam quadros reativos supondo-se assim uma psicogênese (Coser, 2003). Nesse sentido, estando a hipótese sobre a origem das demências e das psicoses maníaco-depressivas referida a uma degenerescência hereditária ou a disfunções cerebrais em contraposição aos quadros reativos, essa categoria nosológica é justamente enquadrada na perspectiva endógena.

Portanto, a partir de Kraepelin, a melancolia some enquanto entidade mórbida no campo psiquiátrico transformando-se num aspecto da psicose maníaco-depressiva, sob a perspectiva endógena. Concomitantemente, distinguem-se o grupo diagnóstico referente às demências defendidas por Bleuler, no qual são contempladas as esquizofrenias, e o grupo referente às neuroses de tipo astênicas contemplando quadros clínicos que, como a neurastenia, não apresentam delírios ou alucinações e que são considerados funcionais, ou seja, mais próximos da idéia de síndrome. As astenias comportam no final do século XIX, segundo Ehrenberg (1998), as dores morais mais heterogêneas constituindo-se como fonte da depressão que se amplia como epidemia, segundo a hipótese dominante na sociedade atual. A depressão, por sua vez, passa figurar nosologicamente na psiquiatria de três maneiras: a) sob a ênfase do aspecto endógeno e, portanto, biológico, referindo-se às disfunções cerebrais e demarcando uma entidade patológica em si mesma; b) como sintoma de uma doença subjacente; c) como um afeto e, desse modo próximo à angústia, ou como uma síndrome, o que na psiquiatria comporta a idéia de reação afetiva geralmente em decorrência das contingências da vida (Coser, 2003).

Provavelmente a questão etiológica dos quadros clínicos na psiquiatria demarca um problema influenciado ainda pelo dualismo cartesiano, mas o fato é que diferentes modelos teóricos passam a disputar a hegemonia desse território, distribuindo-se em geral entre a fenomenologia, a psicanálise e a psiquiatria biológica. Os manuais classificatórios são justamente uma tentativa de síntese possível em meio à diversidade de modelos teóricos (Vertzman, 1995). Ainda assim, vale questionar se seria a ausência de uma teorização na confecção desses manuais um preço a ser pago por esta tentativa de síntese. Especialmente em relação à depressão, Coser (2003) alerta para o risco desses manuais desconsiderarem as diferenças que existem entre depressão endógena e depressão sintomática ou ainda sindrômica. Esse alerta faz todo o sentido diante da conjuntura atual, “sem precedente” na opinião de Fédida (2001:159) em que a

depressão é tomada sumariamente por seus signos servindo rapidamente como alvo para as prescrições medicamentosas enquanto a clínica parece ser abolida nessa prática prescritiva.

De todo modo, a discussão quanto às causas da depressão remontarem a fatores endógenos ou reacionais alcança ainda o século XX presentificando-se no primeiro manual diagnóstico, o DSM-I (APA, 1952), no qual se distingue quadros neuróticos/reativos e psicóticos /endógenos. Essa discussão, porém, torna-se ainda mais acirrada na segunda versão deste manual, o DSM-II (APA, 1968), com a influência da psicanálise distinguindo quadros neuróticos de psicóticos (Vertzman, 1995). Já o DSM-III (APA, 1980) e sua revisão sete anos depois (DSM-III-R, APA, 1987) consolidam o viés endógeno/biológico no contexto do processo de remodelização pelo qual passa a psiquiatria nas últimas décadas do século XX (Aguiar, 2004). O DSM-III trata de agrupar os sintomas manifestos dos transtornos mentais numa abordagem puramente descritiva da qual se abstrai a subjetividade:

Ao serem resumidos a seus sintomas manifestos através de uma abordagem descritiva, os transtornos mentais podem ser tomados como 'entidades mórbidas', podendo ser classificados e analisados independentemente das particularidades dos sujeitos que os sofrem. O DSM produz assim uma transformação na clínica psiquiátrica, onde a ênfase se desloca da análise do sujeito para o tratamento de casos. Enquanto os sujeitos são definidos por sua singularidade, os casos são constituídos pela sua semelhança na apresentação dos sintomas. Em outras palavras, o DSM-III produz na psiquiatria uma mudança de perspectiva, onde o foco passa dos sujeitos singulares para os transtornos universais (Aguiar, 2004:61).

Essa operação de abstração da singularidade dos sujeitos de que fala Aguiar evidencia o ponto de vista endógeno/biológico levado às últimas conseqüências no final do século XX. Esse movimento na psiquiatria parece endossar a hipótese de Coser (2003) sobre a influência de Kraepelin no desaparecimento da melancolia dos manuais diagnósticos que vigoram atualmente.

Com efeito, observa-se nos manuais diagnósticos atuais, o DSM-IV (APA, 1990) e a CID-10 (OMS, 1992), a prevalência da perspectiva biológica para a compreensão dos transtornos mentais e nenhuma referência à melancolia. Esta categoria encontra-se dissolvida na depressão e mesmo no capítulo que versa

sobre os transtornos de humor, a psicose maníaco-depressiva é designada hoje como transtorno bipolar do humor, com referência explícita não mais à melancolia/mania, mas à depressão/mania (Berlinck e Fédida, 2000). É então a depressão que se torna objeto constante de estudo da psiquiatria contemporânea. Contudo, ao contrário do que se poderia pensar, este fato dificulta uma diferenciação entre depressão e melancolia, como indicam Berlinck e Fédida (2000:74): “Hoje o denominado melancolia passa a ser nominado depressão, conservando uma indistinção reveladora de grandes dificuldades em se estabelecer diferenças específicas entre essas manifestações.”

É claro que o cenário no qual a depressão domina é enormemente fomentado pela propagação dos antidepressivos, psicotrópicos que podem até ser bastante eficientes no tratamento da depressão, mas como bem assinalam Berlinck e Fédida (2000:75), eles “não são antimelancólicos.” Na verdade, esses autores não corroboram a idéia dos manuais diagnósticos da atualidade de dissolução da melancolia na depressão. Pelo contrário, eles apostam na hipótese de que, se a administração de antidepressivos não tem efeito sobre a melancolia, mas sobre a depressão, pode-se mesmo pensar que “há, portanto, depressão na melancolia” (Berlinck e Fédida, 2000:75). Isto significa no mínimo que ambas, a depressão e a melancolia, podem existir distintamente, por vezes a depressão na própria melancolia, e que, com isso, há certamente diferenças entre uma e outra a serem examinadas, direcionamento a que o arcabouço teórico-clínico psicanalítico serve eficientemente já que tanto a depressão quanto a melancolia são evocadas na obra freudiana (Moreira, 2002).

De fato, com o advento da psicanálise no final do século XIX, a melancolia é retomada pelo vocabulário freudiano. Strachey (*apud* Freud, 1917), editor da tradução inglesa das obras de Freud, na nota de abertura de *Luto e melancolia*, parece sugerir que Freud utiliza esta designação no intuito de renomear a depressão tal como concebida pela psiquiatria moderna, aquela preconizada por Kraepelin:

“Bem no início (provavelmente em janeiro de 1895c), Freud enviara a Fliess uma elaborada tentativa de explicar a melancolia (sob cuja designação ele regularmente incluía o que agora se descreve como estados de depressão) em termos puramente neurológicos” (Freud, 1917:245).

Contudo, essa hipótese talvez não se sustente, pois Freud faz uso e de fato dispõe na língua alemã de ambos os vocábulos, depressão e melancolia, sendo o primeiro proveniente do latim e o outro do grego (Moreira, 2002). Ademais, o interesse específico de Freud pela depressão aparece apenas nos primórdios de seus escritos, principalmente na sua correspondência endereçada a Fliess, sem jamais alçá-la ao estatuto de uma categoria nosográfica como o fez com a melancolia (Delouya, 2001).

Com efeito, na origem de seu texto, Freud (1892-99) se refere à depressão como um sintoma das neuroses, especificando-a como depressão periódica relacionada à neurose de angústia (*Rascunho A* e *Rascunho B*), ou ainda como um afeto depressivo que, associado a outros fatores etiológicos, entre eles principalmente o esgotamento sexual, levam ao quadro de neurastenia (*Rascunho B*). Diferentemente da depressão, a melancolia aparece como uma afecção distinta no texto freudiano já na correspondência com Fliess. No *Rascunho E*, Freud (1894:237) comenta brevemente o mecanismo etiológico da melancolia no qual demarca particularmente a anestesia:

“Com frequência muito especial verifica-se que os melancólicos são anestéticos. Não têm necessidade de relação sexual (e não têm a sensação correlata). Mas têm um grande anseio pelo amor em sua forma psíquica – uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer. Nos casos em que esta se acumula e permanece insatisfeita, desenvolve-se a melancolia.”

Esse breve comentário sobre a anestesia em relação aos melancólicos é desenvolvido adiante, principalmente no *Rascunho G*, provavelmente de janeiro de 1895c, no qual Freud se dedica inteiramente à melancolia. Traçando um modelo de evasão ou de drenagem de excitação no aparelho psíquico, Freud (1895c:249) distingue três tipos diferentes de melancolia: grave (periódica ou cíclica), neurastênica e de angústia, determinados segundo as vicissitudes da *excitação sexual somática* e de sua disponibilidade para o *grupo psíquico*. Se por um lado cessa ou diminui a excitação sexual somática, tem-se a melancolia grave comum reaparecendo periodicamente ou alternando-se em períodos cíclicos. Além disso, uma descarga somática excessiva, provocada, por exemplo, pelo excesso de prática masturbatória, afeta a produção de excitação sexual somática que, por conseguinte, enfraquece o grupo sexual psíquico ocasionando então a melancolia neurastênica. Por outro lado, a tensão sexual pode ainda ser desviada do grupo

sexual psíquico, sem diminuição da excitação sexual somática, embora esta possa estar sendo drenada para outro lugar, provavelmente para a fronteira entre o somático e o psíquico, acarretando nesse caso a melancolia de angústia (Freud, 1895c). Assim, a questão central na etiologia da melancolia nos primórdios da obra freudiana deriva do cessar ou da diminuição da excitação somática, assim como da sua descarga excessiva ou do seu desvio para outro lugar. Estas vicissitudes da tensão sexual determinam a anestesia e a forma pela qual o quadro clínico se apresenta: “inibição psíquica, com empobrecimento pulsional e o respectivo sofrimento” (Freud, 1895c:252).

Freud identifica ainda o luto como o afeto próprio da melancolia:

“O afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida *pulsional*..... não seria muito errado partir da idéia de que *a melancolia consiste em luto por perda da libido*” (Freud, 1895c:247; grifos do autor).

Nesse sentido, a perda da libido, ponto central na melancolia, ocasiona “uma retração para dentro na esfera psíquica” (Freud, 1895c:252), sugando as excitações contíguas e obrigando-as a se desfazerem, tal como uma ferida na psique, sangrando para dentro, atuando de forma inibidora sobre o entorno através do que se assemelha a uma hemorragia interna. Essa descrição dos acontecimentos sugere o escape de excitação por um buraco interno à psique num processo de muito sofrimento e angústia já que é sempre doloroso desfazer associações, o que direciona portanto os efeitos patológicos do quadro melancólico. Em contraposição à melancolia, contempla-se a mania que corresponde, pelo contrário, a um excedente de excitação comunicando-se com todos os neurônios contíguos (Freud, 1895c).

A perspectiva da perda ocasionando uma ferida interna que parece contaminar tudo ao redor reaparece na discussão de Freud, em 1910a, sobre o suicídio, situação que revelaria uma renúncia à auto-conservação. Freud questiona então a possibilidade efetiva da pulsão de auto-conservação ser subjugada da maneira que o suicídio revela. Embora os determinantes desse fenômeno sejam ainda desconhecidos para ele, sua hipótese é assim traçada: “isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida, ou se o ego pode renunciar à sua auto-preservação, por seus próprios motivos egoístas” (Freud, 1910a:244).

Associada às teorias etiológicas em relação à melancolia desenvolvidas na correspondência com Fliess, a hipótese de Freud (1910a) sobre o suicídio aposta que a libido desiludida despontaria como efeito de uma perda de excitação somática. Esta, por sua vez, determinaria uma ferida na psique atuando de modo a desvitalizar tudo ao seu redor e a fazer sangrar para dentro, tal como uma hemorragia interna por onde a excitação remanescente se esvai restando apenas a morte... daí então o suicídio.

Embora Freud em 1910a ainda não disponha de um estudo sobre o narcisismo que o ajude a discutir o suicídio, essa questão já o conduz à metapsicologia da melancolia e sua relação com o afeto do luto. Nesse cenário psíquico, ainda a ser desvelado em 1917, a morte física decorrente do suicídio encarnaria o empuxo derradeiro de uma morte que já estaria acontecendo desde muito antes no psiquismo por hemorragia libidinal (cf. *Rascunho G*), o que inevitavelmente toca na questão do narcisismo, ponto também nevrálgico na melancolia.

No trabalho *Sobre a transitoriedade*, Freud (1916a[1915]) já dispõe do conceito de narcisismo e da concepção de um movimento entre libido objetal e libido narcísica (cf. Freud, 1914b) e associa então o luto ao impedimento à fruição da beleza em função do que se apresenta como efêmero ou transitório. Nesse sentido, o objeto que seria amado e admirado é despojado de valor, hostilizado, por estar fadado à transitoriedade, o que indica um luto antecipado pela sua morte antes mesmo que esta ocorra. Segundo a hipótese de Freud, além do trabalho de luto requerer um processo penoso de desligamento da libido, no caso do objeto fadado à morte, é necessária ainda a elaboração dos componentes hostis em relação ao objeto, fazendo com que renunciá-lo seja sempre difícil, mesmo diante da disponibilidade de um substituto.

Vale notar que alguma articulação entre hostilidade e luto já havia sido questionada por Freud (1915b) em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. Neste artigo, Freud demonstra interesse no conflito devido à ambivalência de sentimentos em relação a um ente amado e ao sentimento de culpa que ele evoca, principalmente no que diz respeito à atitude hostil que existira para com ele previamente à sua morte, no sentido de desejá-la ou de simplesmente matá-lo em pensamento.

Em 1917, quando se debruça especificamente sobre a psicogênese da melancolia em sua relação com o luto, Freud conta também com a contribuição de Karl Abraham (1911) sobre a psicose maníaco-depressiva. Nessa contribuição, Abraham reclama a devida atenção a ser concedida pela psicanálise ao estado depressivo, o que acredita passível de ocorrer em qualquer quadro clínico, e retoma a denominação de melancolia para designar os aspectos depressivos da psicose maníaco-depressiva, diferentemente do que ocorre na psiquiatria de Kraepelin. Assim Abraham inicia o seu artigo:

Enquanto que os estados de ansiedade mórbida foram tratados pormenorizadamente na literatura psicanalítica, os estados depressivos receberam até o presente menos atenção. Sem embargo, o sentimento de depressão se acha tão amplamente difundido entre todas as formas de neuroses e psicoses quanto o da ansiedade. Os dois afetos acham-se freqüentemente presentes, juntos ou sucessivamente, num só indivíduo, de maneira que um paciente que sofra de neurose de angústia estará sujeito a estados de depressão mental e um melancólico se queixará de ter ansiedade (Abraham, K., 1911:32).

Desse modo, a reclamação de Abraham reafirma a referência inicial de Freud à depressão ainda na correspondência com Fliess, quando a delinea como um sintoma possível das neuroses (cf. Freud, 1892-99). Contudo, Abraham parece enfatizar a necessidade de uma melhor investigação do estado depressivo, isto sim, nas psicoses, principalmente nas que seguem um curso cíclico alternando-se “entre estados melancólicos e maníacos” (Abraham, K., 1911:33). Abraham assume então, tal como Freud, os dois vocábulos, depressão e melancolia (cf. Moreira, 2002), reservando, porém, o termo depressão para o sentimento ou estado afetivo que se manifesta sintomaticamente nos quadros clínicos e o termo melancolia para o aspecto depressivo das psicoses cíclicas (cf. Abraham, K., 1911). Freud seguiria assim um rumo mais próximo de Abraham, diferentemente da psiquiatria moderna, determinando um curso de discussão nada simples entre depressão e melancolia e, provavelmente permitindo que se entreveja a existência de uma encruzilhada entre psiquiatria e psicanálise nesse sentido.

Em *Luto e melancolia*, efetivamente, Freud (1917) correlaciona a melancolia ao luto em função de ambos se caracterizarem como reações à perda de um objeto amado. Decerto a vida cotidiana comporta em grande escala situações de perda e nem sempre é fácil suportar o tempo mais ou menos longo ou

mesmo definitivo implicado no processo de separação imposto. Nesse sentido, uma doença, um acidente, uma discussão podem ser formas diferentes de lidar com a separação do objeto. Embora estas situações sejam permeadas de angústia, elas prolongam o laço com o objeto (Ferrant, 2007a). Além disso, circunstâncias como essas proporcionam uma inversão passivo/ativo a partir da qual o sujeito pode exercer certo domínio da situação e assim se contrapor a posição de passividade que acredita ocupar frente à possibilidade de separação colocada pelo objeto (Ferrant, 2007a).

Na verdade, a separação do objeto pode ser extremamente dolorosa, principalmente por evocar sentimentos primitivos de abandono experimentados na história infantil. Contudo, como aponta Ferrant (2007a), caso tenham sido suficientemente bem simbolizados com a ajuda do ambiente, a situação de separação experimentada no presente será mais facilmente suportada. O autor assim resume a questão:

“Pode-se apenas aceitar perder o objeto, mesmo momentaneamente, se há certeza em conservá-lo. A separação objetiva é apenas possível se o objeto resta psiquicamente presente (...) Pode-se separar do objeto apenas na condição de guardar a representação dele dentro” (Ferrant, 2007a:463; minha tradução).

Decerto a separação resulta de um trabalho psíquico complexo, pois o reconhecimento da perda e a situação de separação definitiva confronta diretamente o psiquismo com o retorno impossível do objeto e, por conseguinte, com a exigência de realizar o trabalho de luto (Ferrant, 2007a). Como Freud (1917) afirma, durante o trabalho de luto, a libido desinveste o objeto perdido a despeito da oposição que normalmente se erige contra esse fim e, por mais intensa que seja esta oposição, durante um certo tempo, a tarefa é executada:

Normalmente prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas (Freud, 1917: 251).

O luto desencadeia um dispendioso trabalho psíquico, envolvendo muitas vezes períodos de severos recolhimentos ou afastamentos da vida cotidiana,

profundo desânimo, dificuldades para substituir o objeto perdido ou mesmo para o engajamento em atividades que não estejam relacionadas a ele. Embora a dor e o sofrimento sejam componentes penosos do luto e durante o trabalho que ele realiza o mundo pareça empobrecido e vazio, sem cor e esmaecido, esta vivência não deve ser prontamente considerada uma condição patológica indicativa da necessidade de tratamento na medida em que pode ser naturalmente concluída estando a libido, ao seu término, mais uma vez livre para novos investimentos (Freud, 1917). No caso do luto, portanto, a desconstrução dos laços com o objeto amado é questão de tempo e de muito trabalho psíquico.

Freud (1917) diferencia o luto da melancolia definindo-a como uma condição patológica na qual o luto não ocorre e o sujeito torna-se prisioneiro do objeto perdido. Ao contrário do trabalho do luto em curso na esfera consciente, a perda do objeto na melancolia se dá de forma inconsciente, pois embora o sujeito conheça conscientemente quem perdeu, ele não sabe o que foi perdido nesse alguém (Freud, 1917). Esta diferença remonta à concepção de objeto perdido no luto e na melancolia e à configuração da identificação em cada um desses processos psíquicos: enquanto no trabalho do luto a perda de objeto é aceita e reconhecida, na melancolia o objeto precisa ser mantido a qualquer custo (Pinheiro, 1999).

Segundo Pinheiro (1999), o objeto do luto é necessariamente construído pela linguagem, isto é, deriva da dinâmica simbólica do aparelho psíquico submetido à castração e portanto à idéia de finitude. Nessa condição, o objeto absoluto da satisfação originária já fora há muito perdido e a ascensão ao simbólico permitiu a compensação, a palavra, a substituição, o jogo social (Pinheiro, 1999). O processo identificatório nessa conjuntura é pautado sobre um modelo histórico através do qual os traços do objeto precipitam sobre o eu, pressupondo-se para tal certa metabolização pela libido narcísica das diferenças e estranhezas do objeto em relação ao eu (Pinheiro, 1999). Dito de outro modo, no luto, há certa diferenciação eu/objeto que o torna uma tarefa elaborável.

O objeto do melancólico, no entanto, difere enormemente do objeto do luto, pois é um objeto que se mantém sem falhas ou fendas, fixo e mimético, não interpretável já que está em questão “a predominância do tipo narcisista da escolha objetal” (Freud, 1917:255). Por isso diante da perda desse objeto, o melancólico se identifica com ele, sem poder abdicar dele, o que evoca a célebre

frase acerca da identificação melancólica: “a sombra do objeto caiu sobre o eu” (Freud, 1917:254).

A perda para o melancólico simplesmente “não é localizável”, atesta Pinheiro (1999:37), “como acontece no luto, no qual ela é datada, falada, explícita”. Segundo a autora, a perda do melancólico comporta, na verdade, uma concretude:

“Ele lamenta a perda do que nunca teve e não elegerá objetos para substituí-la. Portanto para o melancólico a noção de perda está presente em sua concretude a mais absurda: trata-se da perda de algo em cuja existência ele crê e o trágico é que, para ele, a perda de fato ocorreu!” (Pinheiro, 1999:38).

Sem dúvida, o objeto perdido da melancolia é intensamente investido prejudicando o desligamento da libido que ocorreria mais cedo ou mais tarde no trabalho do luto (Freud, 1917). Sem abrir mão dele pela identificação e sob o domínio de sua sombra, o melancólico não renuncia ao amor e à hostilidade que nutre para com seu objeto. Com efeito, amor e ódio estão sempre presentes na identificação instaurando o conflito devido à ambivalência. O fato é que na manobra identificatória do melancólico, enquanto o amor pelo objeto perpetua-se na substituição do investimento objetal pela identificação narcísica, o ódio mantém-se igualmente presente nos ataques ao eu, depreciativos e acusatórios, num satisfatório processo de auto-tortura que tende mesmo ao sadismo e explica de certo modo a possibilidade de suicídio na melancolia (Freud, 1917). A manutenção desse ódio pelo objeto, destinado agora ao próprio eu identificado com o objeto, é empreendida por uma parte do eu que se comporta independentemente e atua como agente crítico, tomando o eu por objeto e voltando-se intensamente contra ele julgando-o e criticando-o.

A hostilidade direcionada ao próprio eu confere indiretamente punição, tortura e vingança em relação ao objeto em função dos desapontamentos que ele causou por ter morrido ou por ter manifestado desconsideração e desprezo (Freud, 1917). Voltando contra si essa hostilidade, o melancólico evita expressá-la abertamente contra o objeto que também é amado. Freud (1917) evoca nesse sentido o sentimento de culpa presente na condição melancólica em função principalmente do desejo que existiu de que o objeto amado morresse ou fosse destruído. O recurso à melancolia traça então um caminho tortuoso e indireto de ataque ao objeto que domina a cena psíquica. De fato, sem abrir mão do objeto

perdido através da identificação, o melancólico mergulha em auto-comiseração e recriminação, considerando-se constantemente sem valor, sem capacidade de realização e ainda dotado de moral desprezível (Freud, 1917). Degradando a si mesmo e comunicando sua pobreza interior insistentemente, sem vestígios de vergonha, ele desenvolve um delírio de inferioridade, concomitantemente à insônia e à inapetência alimentar, o que pode culminar ainda na tendência ao suicídio (Freud, 1917).

A especificidade metapsicológica da melancolia abrange, portanto, a escolha objetal narcísica e a identificação mimética que deriva da perda do objeto, o sentimento de culpa associado ao conflito devido à ambivalência, assim como a desvalorização de si produzida pela ação do agente crítico em conflito com o eu (Freud, 1917). Em contraposição a essa condição patológica, encontra-se o luto e todo o pesar que congrega o seu trabalho psíquico de desligamento da libido do objeto perdido, determinando uma conjuntura que, esta sim, remonta diretamente a um estado depressivo.

Retomando-se então a discussão em curso entre depressão e melancolia, parece decisivo no caminho de Freud considerar o luto como o parâmetro para estudar a melancolia, pois esse elemento funciona como um divisor de águas para construir a metapsicologia melancólica que a distingue da depressão. Segundo então o referencial abraham-freudiano, tanto a depressão quanto a melancolia são utilizados de maneira distinta, sem diluições ou substituições de uma pela outra como acontece na psiquiatria moderna. Nesse sentido, enquanto a depressão pode ser considerada um estado que perpassa qualquer quadro clínico, neurótico ou psicótico, a melancolia, esta sim, é alçada a uma categoria nosográfica específica na obra freudiana, precisamente, uma categoria psicopatológica enquadrada no grupo das neuroses narcísicas (Freud, 1924a). Berlinck e Fédida (2000:74) ratificam essa posição e, além disso, são categóricos quanto a equiparar a depressão ao luto:

Freud, por exemplo, dedicou sua atenção à melancolia fazendo pouquíssimas referências à depressão. Observa-se em seus textos que depressão e melancolia não precisam ser distinguidas de forma clara e precisa, ainda que, em 'Luto e melancolia' (1915/1969) tenha estabelecido uma clara diferença. Conceber a depressão como luto talvez seja o caminho mais claro e preciso para se pensar a melancolia como afecção psíquica específica.

No âmbito então da psicanálise, situa-se a depressão equiparada ao luto que em algum momento chegará ao fim, embora o trabalho seja árduo e sofrido posto que não seja fácil empreender o desligamento dos objetos perdidos. Por outro lado, cabe à melancolia, uma neurose narcísica, o conflito intra-psíquico entre eu e agente crítico, o conflito devido à ambivalência e o sentimento de culpa, assim como o processo identificatório após a perda de objeto pautado sobre uma escolha objetal narcísica.

Os traços específicos da metapsicologia melancólica (cf. Freud, 1917) certamente não são reconhecidos pela psiquiatria que dita o DSM-IV e a CID-10 que não teria então por que razão admitir a existência da melancolia (Berlinck e Fédida, 2000; Moreira, 2002). Esta questão toca num ponto crucial que diz respeito à avaliação diagnóstica ou à direção de tratamento na psiquiatria de pacientes, que aos olhos psicanalíticos, seriam melancólicos. Esse problema, no entanto, ainda permanece em aberto e mantém ativa a discussão depressão/melancolia no entrecruzamento desses dois campos de saberes.

#### **2.4 – Depressão/melancolia/casos-limite: é possível delimitar os campos?**

Do mesmo modo que Ehrenberg (1998), diferentes autores contemporâneos e em diferentes campos do saber defendem a depressão como uma epidemia na sociedade atual. Isto certamente faz sentido na medida em que se avança na análise das mudanças normativas pelas quais a sociedade vem passando desde a modernidade. Se, por um lado, essas mudanças impõem ao indivíduo a necessidade de auto-engendramento sem os arranjos institucionais e sociais que serviam antes de parâmetros, fossem eles a família, o Estado, a inserção social pelo trabalho, por outro lado, essas mesmas mudanças configuram uma conjuntura subjetiva que favorece a condição de desamparo e, portanto, da experiência traumática, prejudicando mesmo a organização da temporalidade numa amarração passado-presente-futuro. Saindo da lógica proibido/permitido e adentrando cada vez mais na lógica possível/impossível, o sujeito contemporâneo não mais se encontra sob os auspícios da culpabilidade, mas da tragédia da insuficiência e, envergonhado, expressa através da depressão o seu mal-estar (Ehrenberg, 1998). Nesse sentido, a depressão identificada hoje na contemporaneidade num nível epidêmico implica em concebê-la como uma face

do mal-estar na civilização atual, absolutamente legitimada pelas mudanças normativas que atravessa a sociedade e, além disso, embasada pela força com que a psiquiatria biológica se estabelece a partir dos incrementos nas pesquisas principalmente dos medicamentos psicotrópicos com destaque, nesse caso, para os antidepressivos (Ehrenberg, 1998; Coser, 2003; Aguiar, 2004).

Se a depressão corresponde efetivamente a uma face do mal-estar contemporâneo, o é sobretudo sob uma perspectiva patológica na qual o sofrimento penoso atribuído a ela indica, na pior das hipóteses, a necessidade de tratamento, e, frequentemente, medicamentoso. Talvez esta pudesse ser inclusive uma indicação de Freud se considerada a sua correspondência com Fliess (Freud, 1892-99) na qual sugere a depressão como uma manifestação sintomática das neuroses. Contudo, tendo-se como marco *Luto e melancolia* (Freud, 1917), a depressão não necessariamente comporta um viés psicopatológico na medida em que é equiparada ao luto. Este viés patológico é destinado então à melancolia que renasce no vocabulário psicanalítico vinculada à manutenção do objeto através da identificação, justamente porque o melancólico não pode abrir mão do objeto perdido, enquanto o enlutado obtém êxito nessa tarefa após certo tempo.

Uma posição não patológica quanto à depressão é defendida por Berlinck e Fédida (2000) e esmiuçada por Fédida (1999, 2001) e Delouya (2001, 2002), autores que não negam a depressão como patologia, mas que tampouco a encarceram nesse viés ao enaltecê-la sob um papel protetor e mesmo constitutivo da subjetividade. Na esteira de Grinberg e de Bucher, Fédida e Berlinck (2000) entrevêm na depressão um estado caracterizado pela letargia, lentificação, insensibilização da sensorialidade, apatia, tristeza, impotência e desesperança assim identificado:

Nela, a intensidade das cores esmaece, assim como o claro-escuro, dando lugar a uma tonalidade cinza, sem contraste. Os cheiros param de ser percebidos, as texturas deixam de ser registradas, os sons ficam amortecidos e podem até desaparecer. O processo digestivo fica prejudicado e o corpo passa a ficar pesado. Os movimentos corporais ficam lentos, os pés se arrastam. Em suma, o corpo penetra um estado de insensibilização da sensorialidade (Fédida e Berlinck, 2000:76-7).

Podendo variar de intensidade, esse estado de que falam os autores é comparável à hibernação que atravessam animais e vegetais cuja condição

vegetativo-vital se altera durante o inverno. No que tange à humanidade, especificamente, o estado de depressão acompanha a transformação da animalidade para a civilização imposta pela catástrofe glacial (Freud, 1987). A reviravolta ambiental implicada pela era glacial interfere tanto na regularidade sexual quanto faz desaparecer o objeto primitivo de satisfação lançando o sujeito às agruras do desamparo, pois o ameaça de extinção e produz ainda dor, depressão e angústia. Trata-se de um despojamento extremo imposto às raízes mais primitivas do homem pelas catástrofes geológicas já que a glaciação outorga uma forma conservadora de vida, tão fixa quanto as formas de vida vegetal e animal (Fédida, 2001).

Para suportar o vazio provocado pelo congelamento da crosta terrestre, o sujeito reage desensibilizando o seu aparato sensorial, procurando as cavernas para hibernar e se entregar à letargia ou, pelo contrário, se lança a uma incessante atividade caso não suporte a sensação daquele vazio impossível de ser preenchido ou mesmo a possibilidade de acolhê-lo como próprio (Berlinck e Fédida, 2000). Desse modo, o estado depressivo corresponde a um recuo diante do que se apresenta como uma catástrofe para a existência, ou, em outras palavras, trata-se de um mecanismo protetor para a subjetividade diante da catástrofe:

Partindo dos limites hibernais que, no humano, podem ser identificados como depressão anaclítica e como catatonia (ainda que esta seja um sintoma da esquizofrenia), a depressão pode ser caracterizada, então, como um estado inanimado do vivo, ocorrendo graças à catástrofe glacial e repetindo-se toda vez que o frio e a neve visitam certas regiões do globo (e, depois, visitam o próprio aparelho psíquico) (Berlinck e Fédida, 2000:79).

O estado depressivo assim defendido pelos autores caracteriza-se pelo aspecto protetor da subjetividade e igualmente pelo aspecto constitutivo, pois decerto as circunstâncias da catástrofe glacial requerem a constituição de um aparelho psíquico capacitado minimamente a enfrentar as adversidades ambientais. Segundo Berlinck e Fédida (2000), o estado depressivo que se abate sobre o humano por ocasião da perda do objeto primitivo de satisfação perpassa um trabalho de luto que favorece justamente a constituição de um aparelho psíquico capaz de lidar com as adversidades. Desamparado em face da ausência do objeto primitivo, o sujeito da era glacial precisa organizar narcisicamente o seu vazio no intuito de enfrentar a situação crítica à sua existência, ainda que isto

implique na necessidade de fechar-se na letargia, dessensibilização e lentificação por um certo tempo:

O aparelho psíquico seria, portanto, a parte do sistema imunológico constituída, no humano, durante a catástrofe glacial. Trata-se de uma organização psíquica do vazio correspondendo à perda do objeto de satisfação, à perda de contato com a regularidade sexual e visando proteger o humano da dor, da própria depressão e da angústia.

Esta não é uma estrutura psíquica porque é o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico, permitindo dizer que não há estado humano a-depressivo; que a depressão, por ser constitutiva do psiquismo e porque este peculiar aparelho prossegue, continuamente, se constituindo, caracteriza o humano (Berlinck e Fédida, 2000:80).

O estado depressivo perpassa então a condição constitutiva da subjetividade e, além disso, desempenha uma função protetora da psique a cada vez que retorna o frio invernal ou, subjetivamente, a cada vez que as perdas ou separações impõem o vazio da ausência de objeto. Nesse sentido, o estado depressivo pode ser considerado uma “posição econômica” (Berlinck e Fédida, 2000:80) concernindo a um estado de ausência no qual o tempo pára favorecendo a organização do narcisismo:

“A depressão seria, então, um estado durando o tempo necessário para que o vazio inanimado do vivo se constitua como organização narcísica e retorna toda vez que o psiquismo solicita uma restauração de seu narcisismo” (Berlinck e Fédida, 2000:80).

O narcisismo, por sua vez, é sempre colocado em questão por ocasião das necessidades de separação que perpassam a vida de uma maneira geral e que sempre apontam, em última instância, para o retorno impossível do objeto (cf. Ferrant, 2007a). No estado depressivo assim concebido não se evoca a melancolia, pois a culpa em função do conflito devido à ambivalência que ocorre ao melancólico não perpassa a perda do objeto primitivo do estado depressivo associado à era glacial, e tampouco há conflito entre eu e agente crítico (cf. Freud, 1917). Estes componentes correspondem segundo Freud (1987) às neuroses narcísicas, originando-se primordialmente da opressão do pai que passa a vigorar após o término da era glacial, configurando-se, portanto, como substrato apenas numa segunda catástrofe que se abate sobre o humano e que inaugura a civilização, isto é, o assassinato do pai primevo (cf. Freud, 1913; 1987).

Além do caráter constitutivo da psique e protetor da organização narcísica, o estado depressivo associado à catástrofe glacial é ainda positivado na idéia de “depressividade ou de capacidade depressiva” defendida por Fédida (2001:28). Por esta capacidade, o autor se refere “à constituição da experiência da perda e da transformação da vivência interior por ela” (Fédida, 2001:28). Trata-se de uma depressividade fundamental da psique que deve ser reconhecida inicialmente no vazio, sendo este o espaço da organização narcísica primária ou mesmo do eu antes de ser constituído, servindo assim como metáfora primitiva da psique: “é nele que a metáfora nasce, e ele é aquilo do que a metáfora é travessia” (Fédida, 1999:95).

Para Fédida (1999), a depressividade consiste no vazio que serve à metáfora primitiva da psique. Em outras palavras, trata-se do intervalo originado nas relações primárias *entre* a mãe e seu filho, precisamente relacionado a tudo o que toma tempo nesse *entre*, como a descoberta da ausência/presença e a existência do objeto, constituindo assim um espaço que favorece a transformação e que abre, por conseguinte, à experiência da temporalidade, da linguagem e mesmo do brincar. Neste sentido então a depressividade coincide com o vazio inaugural da organização psíquica e determina a potencialidade da vida psíquica, o que capacita por excelência o sujeito à transformação, à criação e, portanto, à saída do estado depressivo no qual ele porventura se encontre.

Contudo, na medida em que depressividade é rompida ou prejudicada tem-se o estado depressivo patológico, portanto, no qual o vazio que serviria à metáfora primitiva da psique e que organizaria o narcisismo primário torna-se fonte de sofrimento<sup>11</sup> (Fédida, 1999). Nesta circunstância, ocorre uma depressão do vazio ocasionada pela estruturação deficitária da presença de objetos: “o vazio é menos a ausência do que a apresentação pelo depressivo do objeto do abandono da ausência” (Fédida, 1999:100). Em outras palavras, o deprimido presentifica no seu corpo lentificado e letárgico o desamparo e o abandono provocados pela ausência do objeto. Ele assume então na sua própria figura corporal aquilo que

---

<sup>11</sup> No que diz respeito ao vazio a que se remete Fédida (1999; 2001), vale a pena retomar a distinção proposta por Souza (2000) entre um vazio constitutivo e um vazio como sofrimento, sendo este frequentemente referido às patologias narcísicas: associando-se ao vazio constitutivo a idéia do vazio como espaço psíquico da metáfora e, portanto, da depressividade (cf. Fédida, 1999), reserva-se ao vazio enquanto sofrimento a idéia de vazio patológico oriundo da ruptura da depressividade e, portanto, de desencadeamento do estado depressivo (cf. Fédida, 1999).

resta na condição de desamparo quando a ausência se retira. Não por acaso, Fédida (1999:16) aponta:

“A depressão é uma figura do corpo. Figura cuja expressividade é desenhada ao vivo na impressão de um rosto, sensível como um espelho, no peso estirado ou tenso dos membros, na visibilidade aguda e dolorosa da pele... figura do corpo assim abandonada à expressividade transparente de um traço (...).”

Nessa imagem do estado depressivo, o vocábulo *depressão* encontra nitidamente a evidência do seu significado formado pelo radical *de*, que significa para baixo, e *premere*, que indica pressionar (Delouya, 2001). Essa imagem expressa a fenomenologia do estado depressivo que abrange principalmente o retraimento, a perda de contato com a realidade psíquica e, além disso, o imprensamento do espaço interno que, no limite, pressiona o espaço psíquico enquanto a tópica, o lugar, cuja configuração espaço-temporal conferiria qualidade à vivência psíquica (Delouya, 2001; 2002).

De fato, no estado depressivo, justamente o espaço psíquico não tem vez, ele é suprimido e é então o corpo que expressa, na sua imobilidade por vezes radical, o “vazio chamado psique” (Fédida, 1999:16). Os tempos internos da vida são congelados nesse estado afetando o engendramento auto-erótico das ações e de seus respectivos projetos, ou seja, do prazer suscitado com determinada ação que levaria a uma nova ação. Ao vivenciar o estado depressivo num solilóquio interminável, arrasta-se na psique a representação de que *há algo a ser feito*, numa ruminância de pensamento que esvazia o pensar e anula o desejo. Ademais, está em questão uma vivência de desposseção da imagem de si, que nenhum espelho pode devolver, posto que o objeto ausente ou perdido não é mais suporte para a mobilidade que requer os jogos identificatórios (Fédida, 1999). Ao mesmo tempo em que esta vivência reflete prejuízos nos processos identificatórios, indica danos no desenvolvimento de uma auto-percepção e de acesso a uma vida psíquica própria. Assim considera Fédida (2001:24):

A depressão é com certeza uma *doença humana do tempo* que afeta a representação e a ação, as potencialidades da linguagem assim como a comunicação com os outros.

Se a psicopatologia fenomenológica encontrou na depressão um terreno privilegiado para pensar a articulação das relações com o tempo, foi em razão da função desempenhada pelas potencialidades da representação e da ação na comunicação intersubjetiva.

As vivências engendradas pelo estado depressivo afetam, portanto, a experiência pessoal da temporalidade. Nesse contexto, é justamente o trabalho do luto que pode resgatar essa experiência de temporalidade, pois implica num tempo de recolhimento e de imobilidade capaz de conceder o sono necessário para o movimento do sobrevivente de sonhar a morte do objeto perdido (Fédida, 1999). Com a concessão desse tempo, o luto evoca a missão já indicada por Freud (1913), em *Totem e tabu*: “...estabelecer uma separação entre, de um lado, os mortos e, de outro, as lembranças e esperanças dos sobreviventes”. Requerendo então um tempo de recolhimento, o luto desempenha a missão específica de proteger o sobrevivente da sua própria morte, ou seja, de constatar a morte do objeto e a sobrevivência de si-mesmo (Fédida, 1999). A função protetora do luto atua inclusive impedindo o desmoronamento narcísico passível de ocorrer no acometimento melancólico após a perda do objeto pautado numa escolha objetal narcísica (Fédida, 1999). Talvez seja mesmo possível dizer, com Fédida (1999), que o luto protege o narcisismo.

Comparado então ou mesmo assimilado ao trabalho de luto, o estado depressivo comporta tanto a idéia de movimento quanto de imobilidade: por um lado, o estado depressivo defende a psique contra a ameaça de desmoronamento narcísico que poderia levar à eclosão da melancolia, correspondendo dessa maneira ao *movimento* agenciado pelo trabalho de luto. Por outro lado, o estado depressivo media a cura do acesso melancólico ao impor uma *imobilidade*, isto é, o recolhimento favorável à instauração do luto, o que viabiliza o reencontro da temporalidade de um projeto de ação, por mais banal que seja, silenciando o interminável solilóquio com o objeto ausente. É então uma dialética depressiva entre movimento e imobilidade que viabiliza restaurar por fim a potencialidade da capacidade depressiva (cf. Fédida, 1999).

Decerto o espectro pelo qual o estado depressivo se manifesta em muito evoca um quadro clínico, como afirma Delouya (2001:18):

“O modo maciço com que a depressão se abate sobre o sujeito e a forma densa e compacta do ‘ar’ deprimido contrastam com a expansão e o desabrochar representativo que caracterizam, na transmissão intersubjetiva, a noção imediata que adquirimos do ânimo e do viver no outro. É esse ‘fechamento do tempo’, do ‘ambiente’ humano, que confunde: uma morbidez que suscita a idéia de doença.”

Todavia, o estado depressivo comporta igualmente uma metapsicologia situada no âmbito de uma posição econômica, assim definida por Fédida (1999:39):

“Gostaria de enfatizar que aquilo que chamamos depressão define-se por uma posição econômica que diz respeito uma organização narcísica do vazio (segundo uma determinação própria à inalterabilidade tópica da psique), que se assemelha a uma ‘simulação’ da morte para se proteger da morte.”

Desse modo, Fédida e Delouya defendem a depressão no mesmo caminho de Freud e Abraham, ou seja, como fenômeno e/ou estado reservando à melancolia o estatuto de quadro clínico. Contudo, mais que isso, Fédida e Delouya defendem o valor da depressão como reguladora da constituição psíquica e mesmo protetora da organização narcísica do espaço psíquico. Esse é o esforço a que se dedica Fédida (1999, 2001) ao referir-se à depressividade da psique como a metáfora primitiva, isto é, identificando uma depressividade fundamental na psique cujo negativo constituinte, ou vazio, opera uma abertura para uma série de benefícios psíquicos como o brincar, o pensamento e a criatividade. E é também uma aposta de Delouya (1999, 2001, 2002) ao compreender a depressão como um trabalho de terraplanagem do território psíquico inicial que favorecerá a configuração da estrutura enquadrante da psique. Delouya (2001:48), ademais, discute ainda a depressão como o estado defensivo do aparelho psíquico frente à estimulação sensorial e pulsional à vida anímica:

“O estado depressivo representa, então, uma defesa do terreno psíquico, ao mesmo tempo em que reflete uma carência de dupla demanda: pela garantia de espaço, ou seja, de seus contornos e limites, e uma exigência de ser provido de um conteúdo – gozo, referências e indícios de existência. É, portanto, necessário que se apreendam os estados depressivos dentro da dialética oscilatória do narcisismo.”

Para o autor, referir-se à depressão também como um estado defensivo deve-se fundamentalmente à tarefa de matização da pulsão de morte em relação aos desinvestimentos e as retrações narcísicas que ela produz (Delouya, 2002).

Sendo assim, discutir a depressão com base num modelo econômico, isto é, considerá-la como organizadora narcísica do vazio necessário à psique, como sugere Delouya e Fédida, talvez não fique tão distante do que serve como parâmetro para o modelo da melancolia proposto por Freud (1892-1899), no

*Rascunho G*, de uma ferida interna que suga ou desvitaliza tudo ao seu redor. A diferença parece estar no fato de que a depressão pressupõe uma suspensão que pede tempo para o trabalho de luto acontecer, e que, embora esse tempo de trabalho seja marcado pela imobilidade física, paradoxalmente ele comporta um movimento intenso no sentido de reorganização da psique. Por outro lado, na melancolia, não apenas não há pedido de luto como também ocorre um escoamento da libido, o que a caracteriza, portanto, mais como tendência à desorganização psíquica. Daí a idéia de depressão, em contrapartida, como fenômeno e/ou estado que posiciona a psique defensivamente no sentido da sua economia narcísica, diferentemente da melancolia em que há um escoamento da libido.

Compreende-se então a depressão sob o estatuto de estado passível de estar presente nos diferentes quadros clínicos sob o viés do luto envolvido tanto na constituição da psique quanto na proteção da organização narcísica e, portanto, não necessariamente sob um viés patológico como tende a ocorrer numa perspectiva psiquiátrica. A melancolia, por sua vez, esta sim, permanece sob a condição de quadro clínico efetivamente na psicanálise e não na psiquiatria.

O problema é que, como assinala Delouya (2001), o modelo construído por Freud (1917) para a compreensão da melancolia teria arrastado consigo a depressão, sobretudo ao girar em torno dos temas perda de objeto, separação e luto. Essa construção, iniciada por Karl Abraham e trilhada por autores que privilegiam os momentos mais primitivos da organização subjetiva no contexto teórico das relações de objeto, mantém em curso a discussão depressão/melancolia, principalmente no que tange aos casos-limite. Estes pacientes evocam justamente problemas em torno do luto relacionados aos impasses primários experimentados no processo de diferenciação eu/não-eu, trazendo consigo, portanto, um núcleo depressivo central (cf. Green, 1980).

Aprisionados num luto inelaborável em função de não conseguirem realizar o trabalho do negativo no sentido de promover o apagamento do objeto primário, os casos-limites evocariam uma metapsicologia muito mais melancólica que depressiva em função da impossibilidade de realização do trabalho de luto. Na verdade, essa impossibilidade redundaria em dificuldades para esses pacientes de adentrarem no jogo narcísico-identitário que perpassa a diferenciação eu/não-eu e que precisa ser atravessada pela elaboração da perda do objeto primário. Na

medida em que este processo é deficitário nos casos-limite, percebe-se certa semelhança da metapsicologia desses casos com a organização psíquica da melancolia. Embora alguns autores, como Pinheiro (1999), defendam esta semelhança, atribui-se, em geral, a esses pacientes muito mais questões da ordem da depressão do que da melancolia. Desse modo, estende-se para dentro do campo psicanalítico uma problemática quanto à distinção depressão/melancolia/casos-limite, aparentemente encerrada no terreno psiquiátrico no que diz respeito à depressão/melancolia, mas re-colocada no entrecruzamento entre a psicanálise abraham-freudiana e a psiquiatria.

Sem a pretensão de especificar cada um desses elementos e solucionar a discussão depressão/melancolia que é inevitavelmente acirrada no estudo dos casos-limite, pretende-se trilhar a seguir nesse campo de discussão, interessando, contudo, para este trabalho, especificamente a articulação da depressão aos casos-limite, identificados inicialmente como foram na psicanálise pelas dificuldades impostas à clínica.