

Depressão na atualidade: *estrutura psíquica* ou *metáfora do psiquismo*? Um diálogo entre Maria Rita Kehl e Pierre Fédida

Depression in current times: psychic structure or metaphor of the psyche? A dialogue between Maria Rita Kehl and Pierre Fédida

Carolina Villanova Heguedusch*

José Sterza Justo**

José Artur Molina***

Resumo

Da loucura genial dos filósofos antigos à ação da bílis negra, da influência astral de Saturno à acédia cristã, da criação à inibição, a melancolia sempre foi um tema que instigou a curiosidade investigativa do homem. Assim, acontece com sua sucedânea, a depressão, hoje bastante presente nos mais diferentes discursos. Este artigo, longe da pretensão de definir um significado à depressão, busca manter vivo o debate, ao pensá-la como um fenômeno complexo e desvelador das subjetivações contemporâneas. Dessa forma, pretende-se costurar um diálogo entre os autores: Maria Rita Kehl e Pierre Fédida, que dedicaram seus estudos à depressão, movimentando o pensamento psicanalítico.

Palavras-chave: Depressão. Atualidade. Psicanálise.

Abstract

From the brilliant madness of the ancient philosophers to the action of black bile, from the astral influence of Saturn to the Christian acedia, from the creation to the inhibition, melancholy has been a subject which, since antiquity, instigated man's investigative curiosity. The same happens now with its successor, depression, very present nowadays in the most different discourses. This paper, far from the pretension of defining a meaning to depression, seeks to keep the debate alive by thinking it as a complex phenomenon that reveals the contemporary subjectivations. So, it is intended here to sew a dialogue between the authors Maria Rita Kehl and Pierre Fédida, who dedicated their studies to depression, agitating the psychoanalytic thought.

Keywords: Depression. Current times. Psychoanalysis.

* Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.

** Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.

*** Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

O quadro *Melancholia*, de Edvard Munch, pintado em 1894, reflete bem a imagem que comumente se tem da melancolia: o sujeito com um olhar distante, cabeça baixa, indiferente ao horizonte borrado, tão submerso, que está em seus pensamentos e seu sofrer. Munch foi um artista conhecido por sua tristeza profunda e pelo seu gosto em expressar os estados da alma em suas pinturas.

A melancolia, enquanto a *dor de existir*, foi associada à origem da genialidade e da loucura, à essência dos excêntricos, àqueles que não se encaixavam aos padrões e às normas, àqueles espíritos virtuosos que a tinham como fonte de sua criação artística, como impulso que os levava a recheiar de sentido aquilo que os bem adaptados mal conseguiam enxergar. Essa ideia de melancolia, associada à elevação espiritual data de muitos séculos. Os artistas, os poetas, os filósofos, os espiritualistas eram vistos como melancólicos em sua natureza, como se sua existência estivesse mais próxima de uma verdade maior e, por isso, pudessem dizer das dores, dos sofreres, dos sentimentos, de modo a captar as entranhas da criatura humana. Peres (2010) lança uma interrogação crucial: em que momento a dor de existir se transformou em doença?

Melancholia é um termo que tem origem na Grécia Antiga se referindo à tristeza, mas associada, como já foi dito, à ideia de introspecção, loucura, genialidade e elevação espiritual. No entanto, comumente, o termo é atribuído a Hipócrates, que associava esse estado à atuação de uma substância, a “bílis negra”, de onde também deriva seu nome (do grego: *melas* negro e *cholé* biliar). Hipócrates descrevia o humor humano com base na atuação de quatro substâncias diferentes, dentre as quais constava essa responsável pelo humor triste. Mas, anteriormente a ele, afirma-se que Aristóteles já usava o termo melancólico para se referir àquele dotado de genialidade e loucura, como era a própria natureza do filósofo. Como podemos ver, as ambiguidades de sentido dados à melancolia já data de muito tempo: um estado natural, um humor próprio que torna o ser humano mais profundo, sábio e criativo, ou uma disfunção interna, um humor patogênico que o desvia da normalidade (PERES, 2010; TEIXEIRA, 2012).

Pinel, no século XVIII, foi o primeiro a empreender uma tentativa de definir a melancolia em termos médico-psiquiátricos, estabelecendo uma nosografia a partir de alguns sintomas específicos, que comporiam seu quadro. No século seguinte, XIX, a psiquiatria fecha o debate com Kraepelin, que a delimita, na qualidade de uma psicose maníaco-depressiva, descrevendo um quadro clínico completo. A partir daí, já temos a associação do termo depressão à melancolia (MONTEIRO; LAGE, 2007; PERES, 2010).

Questões como unidade ou heterogeneidade do fenômeno depressivo, fundamentos psíquicos e/ou neuroquímicos, neurose ou psicose, estrutura unitária particular ou afeto básico, definições etiológicas e distinções dos quadros, definições dos termos, epidemia atual, doença da alma ou da natureza humana etc., são temas que envolvem os pesquisadores da área da saúde em problemas com os quais a humanidade se debate há muitos séculos. O debate em torno dos estados depressivos acompanha a humanidade pelo menos há dois mil e quinhentos anos, como se pode observar nas obras dos filósofos, escritores trágicos e médicos da Grécia antiga. Desde essa época longínqua se debate sobre as suas causas e definições, e os termos *melancolia* e *depressão*, usualmente os mais associados ao campo dos estados depressivos, são portadores de problemas para os quais até hoje se permanece sem respostas e consenso (TEIXEIRA, 2012, p. 11).

Do fim do século XIX ao começo do XXI, os debates acerca da depressão vão se intensificando, principalmente, em torno de dois grandes paradigmas: a psicanálise e a psiquiatria biológica, encabeçadas, respectivamente, por Sigmund Freud e Pierre Janet (PERES, 2010).

A primeira, muito embora colocando ênfase na idéia de *conflito*, não deixa de apontar para o seu caráter estruturante, e a segunda, para uma noção de insuficiência, uma deficiência inata. Freud abre o caminho da intervenção psicanalítica e psicoterapêutica e Janet fortalece a visão psiquiátrica do *déficit* orgânico e biológico. O esforço diagnóstico e terapêutico acaba por estabelecer dois grandes grupos, um liderado pelos psicanalistas e psiquiatras de orientação psicanalítica, como são denominados, e outro agrupando os psiquiatras que, seguindo uma tradição kraepeliana, procuram enfatizar menos as causas etiológicas e mais a sintomatologia, através de modelos padronizados, descrições de síndromes e enumeração de sintomas (PERES, 2010, p. 27).

Colocando de modo geral, no sentido de traçarmos algumas delimitações preliminares, o termo *melancolia* foi usado, de forma mais específica por Freud, para se referir a uma incapacidade psicótica de substituir o que se perdeu. Enquanto que a *depressão* é o termo atual para se referir a algo mais amplo, ou seja, uma impossibilidade de lidar com o vazio. Essa é a diferença. A similitude está em que, nas duas situações, o simbólico está em jogo, em plena insuficiência.

A questão que se coloca é que, a partir daí, o termo *depressão* passa a ser utilizado amplamente e com uma variada significação. É empregado para de-

signar um estado afetivo comum, assim sendo uma tristeza profunda que nos arrebatava, quando vivemos algum acontecimento doloroso, alguma frustração no trabalho ou na vida amorosa ou quando perdemos alguém a quem tínhamos muita estima. É usado, também, para nomear um sintoma associado a diferentes quadros clínicos, como esquizofrenia, alcoolismo, neurose. Assim como para indicar uma síndrome, ou seja, uma patologia associada a sintomas específicos, que definem um quadro clínico, ou mesmo indicar uma doença, podendo daí derivar diversas definições a depender da corrente científica que lhe toma como objeto (TEIXEIRA, 2012).¹

O fato é que, da antiguidade aos dias de hoje, a depressão permanece refém da impossibilidade de um discurso unívoco, apesar da pretensa unicidade científica da psiquiatria biológica nas suas incansáveis empreitadas, em confeccionar manuais com seus critérios de classificação.

Dois grandes paradigmas

Como vimos, a depressão é exemplar quando se trata de problemas e questões relacionados a diagnósticos, dada a multiplicidade de abordagens no seu entendimento e nas propostas terapêuticas, além de imprecisões no interior delas próprias (ASKOFARÉ; ALBERTI, 2011).

No entanto, no decorrer da história, foram dois grandes paradigmas que se dedicaram, e ainda se dedicam, mais intensivamente, no trato das questões que envolvem o tema da depressão. Ao tratarmos desses dois paradigmas, teremos aí um dos principais desacordos que rodeiam esse debate. Estamos a falar, evidentemente, da psicanálise e da psiquiatria. Grosso modo, a primeira pretende argumentação diagnóstica em torno do conflito psíquico, enquanto que a segunda tende a explicá-la a partir de funcionamentos neuroquímicos. A primeira, de modo geral, prevê sua ação por meio da psicoterapia e a segunda aposta na administração de psicofármacos. O que acontece, também, é que essa dissonância envolvendo a depressão, como, de certo modo já indicamos anteriormente, não se dá somente entre paradigmas diferentes, mas as discordâncias acontecem até mesmo no interior de um mesmo paradigma, como é o caso da psicanálise.

¹ Sugiro a leitura da tese de doutorado de Teixeira (2012), intitulada *Das neuroses de transferência às neuroses narcísicas: contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia*, em que este se dedica primorosamente nessa tarefa de remontar toda a história dos termos melancolia e depressão. Faz ainda um amplo apanhado das definições diagnósticas acerca da depressão.

Diferentemente do que parece ocorrer na psiquiatria, a psicanálise não apresenta, em si, um consenso em torno da depressão. Isso se expressa entre perspectivas que dialogam entre si, ou, ainda, entre perspectivas que se opõem totalmente, mesmo que um grande número de autores situados numa ou noutra perspectiva tenha partido de um interlocutor comum: Sigmund Freud. Alguns autores vão usar o termo *estados depressivos*, justamente por conta das variadas definições e caracterizações, em torno desse tema e das aproximações que ainda mantém com outros, como luto, melancolia, tristeza, entre outros. Grande parte dos autores psicanalistas se detém mais na melancolia e considera a depressão um sintoma no interior da neurose (TEIXEIRA, 2012).

No entanto, apesar da grande relevância dos estudos psicanalíticos, podemos afirmar que a psicopatologia, hoje, está sob o primado da psiquiatria biológica. Diferentemente do que acontece com a psicanálise, a psiquiatria busca uma unicidade no seu discurso, regida sob os ideais de verdade geral e cientificidade. Assim, ela apresenta uma definição um tanto quanto rígida do diagnóstico da depressão, baseada numa disfunção orgânica de origem hereditária, com seus critérios diagnósticos, todos listados em manuais de classificação de doenças (CAPONI, 2009; MONTEIRO; LAGE, 2007; PERES, 2010; RODRIGUES, 2000).

No caso da depressão, isso se torna ainda mais curioso. A depressão, um termo que tem origem na psiquiatria, é quase considerada um conceito exclusivamente médico. A psiquiatria biológica busca extinguir de seu contexto as disciplinas que derivam das ciências psicológicas, antropológicas, históricas e sociais (MONTEIRO; LAGE, 2007).

A questão é que nem sempre a psicopatologia, sob o comando da psiquiatria, levou em consideração diferentes aspectos envolvidos numa forma de sofrimento ou mesmo de uma doença, como por exemplo, a história de vida do sujeito ou os ideais de cultura a que ele pertence. O que se tem percebido é uma inversão do fazer diagnóstico, na qual o diagnóstico etiológico foi perdendo espaço para diagnósticos com base nos sintomas (PERES, 2010). A ampliação dos mercados de antidepressivos está bastante atrelada a tal guinada das construções diagnósticas e prescrições terapêuticas.

A questão central é que a construção de diagnósticos por essa psiquiatria, com base em manuais, não se orienta mais pelos quesitos descritivos, mas, antes e principalmente, pelos seus aspectos biológicos, centrados no corpo orgânico, mais especificamente no cérebro, como por exemplo, a ausência de serotonina como causa da depressão. Por essa via, as explicações etiológicas de “doenças”, como a depressão, emprestam modelos de outras “doenças” como as infecciosas

que estão, claramente, em outro estatuto epistemológico. Ainda no caso da depressão, o tal “marcador biológico” encontra-se ausente e a estratégia então utilizada se inverte. Parte-se da terapêutica, que, no caso aqui, é quimioterápica, para encontrar as causas biológicas, ou seja, parte-se dos efeitos dos antidepressivos para se encontrar as fontes cerebrais do adoecimento (CAPONI, 2009).

Essa explicação circular permitiu “transladar os sofrimentos humanos ao mundo controlado do laboratório” (CAPONI, 2009, p. 3). Os efeitos dos psicotrópicos é que cumprem essa função de “marcador biológico” nesses tipos de sofrer, que não funcionam como simples infecções. Dessa forma, puderam entrar nas explicações com base nos estudos orgânicos. “Criou-se assim uma frutífera e milionária linha de pesquisa e financiamento com características próprias” (CAPONI, 2009, p. 3).

A questão mais complicada que se coloca é que, por aí, dilui-se ainda mais a frágil barreira que separa os sofrimentos normais dos patológicos, já que esse mecanismo maquinico de produção de saber diagnóstico extingue de vez essa preocupação. Alarga-se o universo de comportamentos e emoções passíveis de serem medicalizadas.

Emprestamos da autora uma comparação que, de certo modo, nos revela a lógica insensata (porém, rentosa) que rege esse mecanismo de construção diagnóstica:

A explicação etiológica “a posteriori” da depressão se assemelha à tentativa de identificação dos mecanismos neurológicos afetados por certas drogas que alteram comportamentos. Sabemos que em determinados eventos sociais, o consumo de bebida alcoólica pode-nos transformar em sujeitos mais sociáveis e com menos inibições, podemos supor que essa mudança de comportamento se deve à ação do álcool no sistema nervoso central. Entretanto, essa certeza não nos autoriza nem a patologizar a inibição, nem a considerar o consumo de bebidas alcoólicas como terapêutico, nem a considerar que a inibição é o resultado do déficit de álcool no sistema nervoso. Pelo contrário, uma reação favorável a um ISRS, permite afirmar que um sentimento de tristeza é patológico, que a terapêutica apropriada é o ISRS² e, em conseqüência, que a depressão é o resultado do déficit de serotonina no Sistema nervoso (CAPONI, 2009, p. 6).

² ISRS ou Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina é o nome da classe de antidepressivos mais usada em todo o mundo: a fluoxetina. Age, como o nome indica, inibindo a recaptação de serotonina permitindo um aumento dessa substância no cérebro. Está entre os medicamentos considerados mais importantes pela OMS. Sua primeira versão foi desenvolvida, na década de 70, sob o nome de Prozac.

Esse mecanismo diagnóstico mostra seus limites epistemológicos e, mais ainda, não alcança os efeitos que deveria pretender, já que o aumento do uso de antidepressivos, nas últimas décadas, não mostra resultados de diminuição de casos de depressão, muito pelo contrário. Entramos, assim, num território com outros limites, ainda mais graves, diríamos.

A pretensão de cientificidade das disciplinas que formam a psicopatologia hegemônica, seja a psiquiatria biológica ou mesmo algumas psicologias, esbarra num problema que, antes mesmo de ser epistemológico, é político. O problema ético que se coloca é que esse mecanismo experimental apaga a “dimensão humana, em suas condições psicológicas, históricas e sociais” (MONTEIRO; LAGE, 2007, p. 110).

Essa ânsia classificatória antecipa um lugar para o sujeito, ou seja, além de desprezar os inúmeros vetores de sua existência, sempre em transformação, a categorização pode enterrá-lo numa definição estreita e opressora.

Sendo assim, a classificação contemporânea inscreve-se, por mais que queira passar despercebida, cada vez mais dentro da conjuntura social em que atua, implicando a incorporação de novas descrições a sua taxonomia. Urge que, além dos psicóticos e dos depressivos, classifiquem-se também os pobres, os marginais e os fracassados. Existe até a classificação que inclui a não classificação, ou seja, uma categoria para quem não tem distúrbio mental: classifica-se com a terminologia sem transtorno mental, quando, depois do exame psiquiátrico, não se acha nenhum dos transtornos disponíveis no DSM- IV (MONTEIRO; LAGE, 2009, p. 110).

Uma prática clínica, que realmente esteja comprometida com a dimensão do sujeito e com as implicações éticas, que daí derivam, não se encerra numa classificação diagnóstica estática: é um processo incessante. Nas classificações diagnósticas, o sujeito se torna dispensável e o trabalho terapêutico pode ser realizado à revelia dele. Um diagnóstico, uma classificação, uma tipificação age no sujeito, capturando-o, submetendo-o a uma alegoria de comportamento, a uma forma típica de expressão de sentimento, dominando, por vezes, grande parte do que ele é no encontro com o outro social. Por vezes, também, aposando-se de sua reinvenção de si mesmo. Quando falamos do diagnóstico de depressão, podemos pensar que essa condição se complica, já que essa se destaca nos discursos sociais atuais. A depressão se coloca muito mais, hoje em dia, como um estado de ser, ou uma produção identitária, do que um estar deprimido como um estado passageiro.

É Transtorno de humor ou tristeza?

Somos feitos de modo a só podermos derivar prazer intenso de um contraste (FREUD, 1930/1996, p. 84).

A felicidade não é um estado iminente estável e constante, ela é sempre contraste! Trata-se, basicamente, de não estar sofrendo e de alguns autênticos momentos de bem-estar. Podemos, assim, interpretar a explicação de Freud em *Mal-estar na civilização* (1930/1996). Isso porque estamos sujeitos a, principalmente, três fontes maiores de sofrimento. A primeira advinda do nosso corpo, enquanto seres frágeis, passíveis de dores e doenças, no tato com nossa existência breve, sempre a caminhar a uma direção: a morte. A segunda fonte de sofrimento tem origem no que sentimos diante da magnitude da natureza, nossa vulnerabilidade diante de sua potência imprevisível. A terceira, mais desastrosa de todas, que nos faz entender o título de sua obra, é a relação com outros seres humanos. Ilusões, insatisfações, frustrações, subalternidades, opressões, ideais inalcançáveis... permeiam, insistentemente, nossas relações com o laço social.

O fato é que a hegemonia conquistada pela psicopatologia psiquiátrica não se baseia somente nos avanços de seus estudos, mas se legitima a partir de uma participação publicitária de grandes laboratórios da indústria farmacêutica que, inclusive, patrocinam grande parte de pesquisas nas áreas. Bem como da grande mídia que, em sua maioria, transmite a definição de depressão, predominantemente, por esse viés (PERES, 2010; RODRIGUES, 2000).

Não nos faltam também matérias em sites e revistas incitando o autodiagnóstico e afirmando que, detectada precocemente, a depressão tem cura e perde grande parte de seu poder de levar à morte. A questão é que os critérios de diagnóstico presentes nessas matérias não se distinguem tanto dos critérios presentes nos manuais. Logicamente, que não estamos a perder de vista que esses diagnósticos são feitos por profissionais que detêm um conhecimento outro desses critérios. Mas, de qualquer modo, diante desses dados que nos mostram o aumento do uso de psicotrópicos, nos últimos anos, não podemos deixar de nos perguntar o que se está sendo medicado. A *dor de existir* pode ter se transformado em déficit, não somente por características dela em si, mas por não combinar mais com os ideais de nossa cultura do desempenho e do bem-estar. Os limites entre o que seja uma tristeza decorrente dos descaminhos, que são próprios da vida e uma depressão passível de ser medicamentada são muito frágeis.

É notável que o fato de que não se conheça a causa da depressão não impede que se faça o diagnóstico e que se aplique uma terapêutica. A droga funciona, mostra seus efeitos sobre a sintomatologia, é o que finalmente importa. E qualquer que seja a causa, a conduta diante de uma determinada manifestação sintomática é sempre a mesma: quimioterapia. Não seria a clínica dos medicamentos que viria, em última instância, “justificar” o conceito diagnóstico de Distúrbios do Humor, que reúne quadros que em outras épocas se diferenciavam ou que sequer eram incluídos na classificação das doenças mentais? (RODRIGUES, 2000, p. 8).

Depressão na atualidade

Por esses motivos expostos anteriormente, partimos do entendimento de que a depressão em si é um tema inesgotável. No entanto, isso não impede que possamos buscar compreendê-la como um fenômeno extremamente complexo e que nos anuncia particularidades das subjetivações na atualidade.

Assim, buscamos, a partir de então, apresentar, sucintamente, aspectos centrais das teorias de dois autores que investigaram o fenômeno da depressão na atualidade: Maria Rita Kehl, psicanalista brasileira contemporânea, que deriva da psicanálise Freud-Lacan na sua leitura clínica e social e Pierre Fédida, psicanalista francês, também contemporâneo, de formação filosófica, que fez uma articulação entre fenomenologia e psicanálise para pensar as questões da clínica atual. Ambos os autores dedicaram grande parte de seus estudos à depressão, em suas especificidades e particularidades. São considerados autores contemporâneos e não perdem de vista as relações entre os fenômenos da depressão e a atualidade. Sendo assim, permitimo-nos uma tentativa de traçar conversas possíveis entre eles e, longe de buscar fechar um entendimento único do que seja a depressão, lançaremos hipóteses das expressões e dos mecanismos presentes nesse tipo de viver e/ou sofrer.

A hipótese da depressão como estrutura

Em meio a esse emaranhado de discursos, Maria Rita Kehl é uma representante, entre poucos de uma tendência atual, a atribuir maior importância na investigação da especificidade da depressão (PEREIRA, 2010). Em sua definição, a autora distingue depressão de melancolia e de estados depressivos, conferindo-

-lhe um estatuto especial como estrutura neurótica, junto à neurose obsessiva e à histeria, diferentemente do que fazem outros estudos psicanalíticos sobre o tema. Suas pesquisas têm origem nas demandas surgidas na clínica que, como ela mesma afirma, recebe, a cada dia, um maior número do que ela vem a chamar de *depressivos crônicos* e, como sabemos, nesse âmbito, trata-se da singularidade de cada sujeito. Contudo, a exemplo de Freud (e seguida por Lacan), ela extrapola os muros da clínica – como diria Lacan – e busca ouvir o que esses sujeitos nos dizem sobre o mal-estar contemporâneo. Ela está entre os autores atuais, que entendem a depressão como um dos grandes sintomas sociais contemporâneos.

O diagnóstico estrutural da psicanálise gera algumas discussões. Sidi Askofaré e Sonia Alberti (2011), no artigo intitulado *Estrutura e discurso: problema e questões do diagnóstico*, trazem-nos interessantes reflexões acerca do diagnóstico estrutural, principalmente, relacionado à depressão. Partem de algumas considerações a respeito dessa classificação estrutural, modo como o sujeito se assujeita à estrutura de linguagem. Para eles, esse modo de classificação deriva do *Freud da primeira tópica* e do que é conhecido, entre os psicanalistas, de *primeiro Lacan*, em suas aproximações com teses estruturalistas e antes de desenvolver sua teoria do campo da linguagem para o campo do gozo, sem que, com isso, logicamente, tenha abandonado os avanços anteriores. A partir daí, questionam se esse tipo de emprego da psicanálise funciona inclinado mais a ser doutrina ou a ser um campo de conhecimento em aberto.

Pois bem, consideramos importante enfatizar o que Kehl (2009) chama de “armadilhas dos desejos identitários dos neuróticos comuns”, ou seja, as auto-denominações daqueles que chegam se apresentando enquanto depressivos, na ânsia de ocupar um lugar nomeado e de poder falar de si através do discurso do outro (p. 213). Segundo ela, há, cada vez com maior frequência, a procura pela sua clínica por aqueles que ela chamou de *depressivos crônicos*, que dizem “não conhecer outro modo de estar no mundo além da depressão” (KEHL, 2009, p. 213). Essa incidência crescente e a desconfiança de que, caso a psicanálise não passe a dispensar um trabalho maior, em torno das especificidades da depressão, estará legitimando a terapêutica medicamentosa como única saída de fato, fizeram com que ela se dedicasse a compreender as exclusividades desse fenômeno depressivo. Por isso mesmo que, contrariando quase toda a produção em psicanálise sobre o tema, ela passou a atribuir à depressão, como dissemos, uma estrutura e, assim, diferenciou-a da melancolia, de estados depressivos ocasionais ou mesmo de lutos intermináveis.

As semelhanças entre luto e depressão consistem, antes de tudo, nos modos de sofrer com que ambas as condições se expressam. A tristeza, no

luto, decorre da perda de um ser de amor e, mais do que isso, do lugar que se ocupava junto a ele, um lugar junto ao desejo do Outro. O abatimento corporal do enlutado também pode se assemelhar muito ao do depressivo, mas as causas se diferenciam. No enlutado, há uma desorganização corporal por conta de uma deserotização, já que as pulsões libidinais não encontram mais o objeto que as orientava. Há a possibilidade, também, do enlutado sucumbir em autoacusações, parecidas com as dos melancólicos, principalmente, se junto ao luto somar-se um sentimento de culpa, típico das ambivalências amorosas. A todas essas correspondências, acrescenta-se, ainda, a noção de que o luto também não é um processo linear, tampouco, breve. Ele tem seus altos e baixos, dependendo das inclinações de apego ou não do enlutado à memória do objeto perdido, dificultando ainda mais as diferenciações (KEHL, 2009, p. 204).

Em relação à diferença entre depressão e estados depressivos no interior das neuroses, tem-se que, nestas, além da depressão como resultado de um luto não concluído, há também, poderia se dizer, propensões específicas à depressão já esperadas devido a suas particularidades e seus mecanismos de defesa próprios. Na neurose obsessiva, há as inibições e a falta de coragem em relação aos desafios a que, de uma maneira ou de outra, o sujeito sempre se predispõe, reeditando as rivalidades paternas ao mesmo tempo em que não ousa empreender uma vitória. Isso porque a vitória o colocaria presa dos excessos maternos e da concretização da fantasia incestuosa. Esses mecanismos da neurose obsessiva ocasionam possíveis estados depressivos em seu interior imerso no mar de insegurança e desânimo, no qual, por vezes, mergulham os neuróticos. Já na histeria, a tendência depressiva conta com a possível rejeição do outro, a que o sujeito se colocou como todo objeto de amor, passando de *ser tudo* para o outro a *nada ser* (KEHL, 2009, p. 210).

Muito diferente do que se costuma ler, em diversos trabalhos psicanalíticos, que associam a depressão ao narcisismo, o que ocorre na origem da estrutura do depressivo não é um Outro materno ausente, mas sim o contrário. No entanto, esse Outro, excessivamente presente, é também bastante nocivo, porque acaba impossibilitando que o bebê crie, a partir de seus próprios recursos, meios de lidar com o vazio. Esse Outro materno ansioso, numa atitude, exageradamente prestativa, acaba por subestimar o filho, não permitindo que ele tenha seu tempo de espera pela satisfação, momento inaugural de sua atividade psíquica. Essa configuração desencadeará algumas particularidades dos deprimidos, como seu sentimento de impotência, sua saída da vida pública, sua tendência em não enfrentar alguns desafios mais cotidianos, sua difi-

culdade em criar representações, aspectos que abordaremos mais adiante (KEHL, 2009).

No entanto, segundo Kehl (2009), somente uma mãe, ansiosa e excessivamente cuidadosa em sua origem, não é suficiente para a formação da estrutura depressiva. O momento decisivo se dá, então, no segundo momento do Édipo, momento da *escolha da neurose*, nos termos de Freud, em que se delinea a estrutura neurótica. No primeiro momento, a criança ainda está identificada como o objeto simbólico que falta à mãe e, por isso, sujeita a suas demandas. No segundo momento, o pai entra em cena como mediador do desejo da mãe, pois é ele quem possui o objeto capaz de satisfazê-la. A criança, então, passa a ver o pai também como um rival, já que o desejo da mãe, obedecendo à lei daquele, a priva “de *ser* (o falo) junto à mãe” (p. 247). É nesse momento em que se inaugura o fantasma para a teoria lacaniana, que pode ser entendido como a fantasia inconsciente em que o sujeito passa toda a vida à procura de reocupar esse lugar perdido de ser o objeto do gozo do Outro. Lugar perdido de objeto do gozo que Freud, colocando de outro modo, entende como uma tentativa eterna de nos tornarmos novamente nosso próprio ideal, uma vez que perdemos tal identificação com o *eu ideal*. “Tornar a ser seu próprio ideal, como na infância, [...] isso é o que as pessoas se esforçam por atingir como sendo sua felicidade” (FREUD, 1914/1996, p. 107).

A particularidade da depressão, em relação às outras neuroses, é que a *escolha* do depressivo é de recuo frente à rivalidade com esse pai, posto que ele não entra na dimensão conflitiva, que marca toda a vida do neurótico. Porém, ao tentar resolver um problema, o depressivo se coloca em outro muito maior. Segundo Kehl (2009), Lacan afirma ser essa dimensão conflitiva da angústia frente à castração o momento inaugural da condição desejante. O que lhe retira da posição opressiva de ser objeto do gozo do Outro.

O depressivo constitui o fantasma oferecendo-se ao outro como castrado. A depressão é o preço que ele paga por essa escolha. A saída pela depressão seria uma solução fantasmática, por meio da qual, o sujeito tenta conservar sua posição junto ao desejo da mãe, sem ter que se haver com a instância paterna. O deprimido não é um psicótico. Ele passou pela castração, mas não a simbolizou; assim como os neuróticos, sua dor moral é de outro tipo, como veremos adiante (KEHL, 2009).

A outra consequência importante dessa escolha subjetiva é que, para o depressivo, o pai será sempre representado como insuficiente para barrar a onipotência da mãe e, ao mesmo tempo, como pouco interessado no(a)

filho(a). O pai, imaginário do depressivo, é um pai inconsistente – o que mantém o sujeito perigosamente à mercê do gozo materno (KEHL, 2009).

A questão do depressivo, justamente por isso, coloca-se como mais delicada. Esse outro não é o pai imaginário, como nos outros neuróticos, mas a mãe. Essa posição do fantasma se dá no ápice do complexo paterno (segundo tempo), nesse momento em que a criança se coloca à mercê daquele que é a lei do desejo da mãe, é com ele que ela rivaliza e no qual se espelha. Mas, o depressivo recuou antes disso – mesmo assim não o considera *boderline*, porque não se situa entre a neurose, a psicose e a perversão. A histérica e o obsessivo rivalizam, o depressivo recua. Assim, ele também se mantém aquém dos ideais, não investe neles e nos benefícios do narcisismo secundário. Ele se oferece como castrado à demanda do Outro materno, não se seduz pelo falo, ou melhor, não disputa por ele; por isso, também, tudo lhe parece tão desencantado (KEHL, 2009).

A hipótese da depressão como metáfora do psiquismo

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. Como este está constantemente ameaçado, tanto por forças externas como internas, a depressão está invariavelmente presente (BERLINCK; FÉDIDA, 2000, p. 15).

Fédida dedicou-se ao estudo da depressão por mais de trinta anos, sempre acrescentando novas questões, principalmente, à própria psicanálise (DELOUYA, 1999). Entre essas, está a convocação que a depressão faz à fenomenologia, em especial, em torno da correspondência entre a temporalidade da depressão e o tempo que é próprio ao psiquismo. “A depressão solicita a fenomenologia em seus atos de compreensão do fundamento temporal da subjetividade” (FÉDIDA, 1999, p. 29).

A tarefa de definir com exatidão significados e aspectos que Fédida poderia nos trazer sobre a depressão em si, além de complicada, poderia também resultar em prejuízos. Isso porque, além de ele não se preocupar em estabelecer barreiras muito bem marcadas entre fenômenos próximos, como luto, depressão e melancolia, sua escrita, quase poética, não se coloca refém de psicologismos. Em seu estilo, teoria, manifestações clínicas, imagens vivas se

misturam na criação de um potente e vivo saber, da ordem do incapturável. Além também, de ele lidar com o psíquico e, para ele, o aparelho psíquico da elaboração freudiana é “metapsicológico, ou seja, obra de ficção”. Se fosse “psicologizado”, descrito e dissecado, ele perderia esse seu “poder de ficção, de se oferecer como conceito de funções” (FÉDIDA, 1999, p. 105). Portanto, ensaiaremos trabalhar, inspirados por ele, buscando não aprisionar seus conceitos em definições puras para que sigam operando como funções.

Impressos em seu estilo, esses traços impõem um certo esforço por parte do leitor porque este gênero de pensamento jamais cede à coerência articulada de um raciocínio, mas se abre constantemente para as imagens e para as figuras do vivido das palavras que utiliza. Eis o modo da poesia e da fenomenologia entremear o tecido metapsicológico temperando o rigor com que o autor se fia às buscas e aos questionamentos da feitiçaria freudiana (DELOUYA, 1999, p. 10).

Diferentemente de Kehl, Fédida parece se deter mais nas suas manifestações clínicas do que num trabalho de encontrar as origens da depressão na história do sujeito, ou numa possível estrutura. Muitas vezes, parecem-nos nebulosas, ou mesmo imprecisas, as diferenciações entre *depressividade* e *estados depressivos*. A depressão “não é uma estrutura psíquica porque é o estado próprio à estruturação do aparelho psíquico, permitindo dizer que não há estado humano a-depressivo” (BERLINCK, FÉDIDA, 2000, p. 15).

O ponto de partida é que essa imobilidade da vivência depressiva, seja no corpo, seja nas funções psíquicas, do desejar, projetar, representar, fantasiar, sonhar, brincar e assim por diante, sugere-nos a hipótese de se tratar de um estado anterior ao próprio psiquismo. “Uma situação primitiva revivida”, ou melhor dizendo, há aí uma compatibilidade dessa vivência com a natureza primitiva do próprio psiquismo. “[...] a depressão talvez seja o sintoma – preferimos dizer, o fenômeno – paradigmático da psique em sua totalidade” (DELOUYA, 1999, p. 9). O que daí ressalta é a temporalidade, é em torno dela que essa hipótese é lançada. Esse tempo da psique, Fédida o entende como a dimensão fenomenológica da ideia de tópicos para a psicanálise (DELOUYA, 1999).

Por *tópica* se entende a metáfora do *lugar* no aparelho psíquico. “Representação figurada espacialmente”, como se cada um desses lugares tivesse funções diferentes e localizações diferentes no psiquismo (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 505). Comumente, os leitores da psicanálise freudiana a dividem em duas tópicos: a primeira do consciente, pré-consciente e incons-

ciente; a segunda do ego, id e superego. Ainda sob a influência dos avanços científicos nos estudos neurológicos da segunda metade do século XIX, que definiam “suportes neurológicos rigorosamente localizados”, Freud tendia, no início de sua teoria, a essas localizações materiais, mas já fazia críticas, afirmando que, além dessas localizações anatômicas, era preciso completá-las com explicações funcionais (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 505). Bem, a primeira concepção tópica, ainda sob a influência da neurologia, foi apresentada em *Interpretação dos sonhos* (1900), quando ele atribui, a cada espaço da psique determinados processos, funções e energias de investimento diferentes. E, entre cada um deles, atribui uma forma específica de censura, que funciona como fronteiras e controla passagens de um para outro, acentuando esse aspecto espacial, na definição do aparelho psíquico por Freud. No entanto, se ele alerta para evitarmos “cuidadosamente a tentação de determinar anatomicamente de qualquer maneira a localização do aparelho psíquico”, acaba usando essa espacialidade, se não por correspondências exatas, pelo menos como metáforas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 507). Depois, argumenta que essas localizações são mais virtuais do que anatômicas; são espacialidades do aparelho psíquico, e não cerebrais, utilizadas como forma de entender processos que se dão numa sucessão temporal. Há, de certa maneira, duas tendências nas explicações tópicas de Freud: um genetismo (inconsciente com biológico) e inconsciente por meio do recalque. A nova tópica de 1920 (id, ego e superego) traz consequências para a ideia de localização psíquica. “O modelo aqui já não é mais emprestado às ciências físicas” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p. 508):

O campo intrassubjetivo tende a ser concebido segundo o modelo de relações intersubjetivas, os sistemas são representados como pessoas relativamente autônomas na pessoa. Nesta medida, a teoria científica do aparelho psíquico tende a aproximar-se da forma fantástica como o sujeito se concebe e até, talvez, se constrói (p. 508).

Pois bem, voltemos ao pensamento de Fédida (1999) a colher algumas diferenciações e aproximações que ele faz, ao longo de seu livro, de forma não uniformemente exposta, quanto à depressão, ao luto e à melancolia. A depressão, para ele, é da ordem de um vazio, como se fosse uma existência em suspenso à espera de um sentido. Um estado de preservação de si, frente a um perigo. Um vazio anterior a qualquer sentido, assim como o psiquismo – por esse motivo ele refere-se ao psiquismo como *metáfora primitiva da depressão*. O luto, diferente-

mente, é preenchimento, “faz crescer o espaço de dentro”, luto é projeto, tem tempo, ele fornece um limite para a espera (FÉDIDA, 1999, p. 73). Ele nos traz a fala de uma paciente que se encontra nesse estado depressivo, em que ela diz que “se sente interiormente privada de imagens e afetos [...] tampouco sofre [...] estava seca” (FÉDIDA, 1999, p. 73). Nesse sentido, esse vazio – diferentemente do vazio latente, ou melhor, daquele espaço de espera pela satisfação que inaugura o psiquismo e que nos move a criar – existe num sem tempo, atrás ainda das projeções. Uma espera de nada, mas que se mantém protegido pela manutenção dessa espera de nada. Tanto o desmoronamento melancólico quanto o luto despontam no horizonte do depressivo como possibilidades da saída, como se pudessem retirá-lo dessa suspensão e trazer, novamente, o espaço de significação:

Depressão sem culpabilidade nem objeto, também poder-se-ia dizer, para indicar o vazio da tonalidade psíquica – somática – de uma morte psíquica aparente. [...] O vazio não alimenta qualquer queixa, não se autodeprecia: ele é simplesmente nada. [...]. Pelo vazio, estar protegido da efração traumática. Pelo trauma, sair do vazio. São estas as primeiras violências do paradoxo (FÉDIDA, 1999, p. 74).

Assim também, o vazio depressivo se diferencia da melancolia: “a diferença do que se passa na melancolia e na doença somática, esse desinvestimento, aparentemente, não é acompanhado de um investimento do corpo ou de objetos interiores de pensamento. Vazia é a vida, vazio é o pensamento” (FÉDIDA, 1999, p. 96).

Sendo assim, a depressão é da ordem de um luto por uma morte impossível. Acontece que essa imobilidade depressiva – psíquica, somática –, fruto da “presença invasora e envolvente da ausência” (ou seria melhor dizer, do ausente), pressupõe um agir (FÉDIDA, 1999, p. 22). Entramos, então, no campo da mania-depressão, da *posição isomórfica depressão-mania*, dos estados cíclicos e/ou intermitentes, aparentemente contrários, mas que, como poderemos ver, apresentam o mesmo fundo. De modo simplificado, a mania seria a repetição do ausente para não sentir a perda. Como exemplo, aponta-nos o caso de uma paciente jovem e sedutora que se dispõe a agir na impulsividade e na impaciência que “confirmam fenomenologicamente sua incapacidade de dar lugar em si própria a um vazio que seja tempo e silêncio” (FÉDIDA, 1999, p. 80). Na sua interpretação, essa hiperatividade é o vazio sustentando “a pulsionalidade ativa da projeção” (FÉDIDA, 1999, p. 84). Essa atividade funciona como que, a partir de uma clivagem, que possibilita agir sem entrar em conflito, por meio de projeções e introjeções na criação de um duplo narcísico.

Esse agir é como que despregado de si. Num outro caso, ele diz que “o paciente irá se lembrar de ter vivido a impressão senão de um desdobramento interno pelo menos alguém, nele mesmo, silencioso, olhando-o agir freneticamente” (FÉDIDA, 1999, p. 21). Quem age aí é o ausente, que está demasiadamente presente. A atividade depressiva comporta uma espécie de interioridade atenta, de terror subjetivo, como se ela própria “ocupasse o lugar silencioso do ausente” (FÉDIDA, 1999, p. 21). Ainda sobre esse paciente, relata que “agia e se agitava numa forma – corpo da ausência – que o ‘carregava’, enquanto uma vigilante imobilidade interior o ‘aterrorizava’” (FÉDIDA, 1999, p. 17).

Não há ausência, há uma presença excessiva do ausente. O agir maníaco é um agir desse duplo, um agir alucinatório desse ausente, por isso alienado do sujeito, por isso repetição.

Depois dessa fase atinada, esse paciente, por um golpe do destino, passa a sentir essa forma esvaziada e vai perdendo ainda mais o interesse por tudo. Não sente angústia, mas também não tem pensamentos, só vontade de dormir, “impressão cotidiana sobre o tédio, onde aquilo que ele vê não lhe diz nada. [...] Espero, mas não sei o que” (FÉDIDA, 1999, p. 19).

A impossibilidade de fazer o menor gesto, de agir o menor ato, o peso com que o cotidiano é aqui sentido, a pesada lentidão de uma representação corporal desenhando o limite de um recinto em sentinela [...] a sentinela imediatamente impressionável de tudo o que se passa (FÉDIDA, 1999, p. 24).

A partir daí, a elaboração está relacionada com a capacidade de ficar só e com a simbolização da ausência, que se mantém impossível diante da insistência do ausente. Fédida (1999) nos indica como pequenos gestos que esse paciente passa a empreender, gestos simples, do cotidiano, são importantes, por representarem um passo de elaboração, gestos seus, que fogem à repetição. Um projeto em que o agir toma sentido:

Atos que marcam, a cada vez, a evolução de uma liberação – o que se encontra em projeto numa elaboração consciente do agir no desejo de se libertar dessa ausência que se tornou corpo invasor – imóvel – do outro excessivamente presente por ter partido. Como se o ato – por mais banal que seja, como “lavar as meias”, “preencher um formulário”, deslocar um objeto sobre a mesa, etc. – só se tornasse possível no momento em que o homem reencontra a temporalidade de um projeto, desde que nele silencie o interminável solilóquio com o ausente (FÉDIDA, 1999, p. 20).

Esses limites do que seja depressão e depressividade não se apresentam tão definidos. O que nos parece, ao fim de tudo, é que a depressão é como um retorno a esse estado primeiro de vazio, anterior às representações, por conta de uma medida defensiva, dada uma necessidade que se apresenta na relação com as demandas internas e externas. Por isso, uma organização narcísica. Como uma retomada em si, um *fechar para balanço*. Um estado de fechamento, de pouso diante da velocidade que irrompe no sujeito. Um transbordamento que o faz recolher-se. Esse vazio não é ausência, pelo contrário, porque ausência já é simbolizada, ela já é a retirada desse lugar de *nada* a caminho de *ser*. Aí falta essa ausência. Ela é pretendida, é a saída desse estado. Simbolizar a ausência é o que falta ao deprimido (BERLINCK; FÉDIDA, 2000; FÉDIDA, 1999).

“A depressão pressupõe, então, uma depressividade fundamental da psique. [...] depressividade enquanto metáfora primitiva da psique que seria o vazio criativo do intervalo, do tempo, da linguagem e do brincar” (DELOUYA, 1999, p. 13).

Ausência, inibição e dor moral: diálogos possíveis

A experiência comum do estado deprimido poderia caber numa única sensação: aquela, quase física, de aniquilamento. Essa sensação quase nem chega a ser um afeto que se experimenta e parece muito distante da percepção de um sofrimento vivido pelo sujeito. Ela se aparenta mais a uma imobilização, a um impedimento de se sentir os menores movimentos da vida interna e externa, à abolição de qualquer devaneio ou desejo. O pensamento, a ação e a linguagem parecem ter sido totalmente dominados por uma violência do vazio. Além disso, a queixa do deprimido é pobre e repetitiva: ainda é fala, mas como que afastada da fala. A vida está vazia: não existe gosto ou interesse por nada, e predomina a incapacidade de se fazer o que quer que seja. Essa queixa é triste, mas de uma tristeza quase desaparegada, sem afeto. Não é um lamento que manifeste ou anime uma interioridade: é uma voz que constata um processo de desaparecimento (FÉDIDA, 2002, p. 9).

As leituras de Kehl e Fédida conversam em alguns pontos bastante elucidativos acerca da depressão na atualidade. Este tópico conclusivo se destina a tecer esse diálogo.

Uma das principais questões norteadoras da depressão é sua relação com a ausência. Ambos vão concordar que, no cerne da depressão, existe

uma dificuldade em simbolizá-la e, por isso, o sujeito se encontra mergulhado no vazio. Não o vazio vivo da espera da satisfação, que faz nascer o funcionamento psíquico, mas o vazio anterior a isso, o vazio onde o tempo não passa, o vazio do nada, anterior a qualquer representação. Esse tempo, que não passa, seria a própria natureza do psíquico, por esse motivo, Fédida considera a depressão uma metáfora deste.

Fédida (1999) nos lembra da ânsia de atividade, que nos desperta diante da imobilidade do deprimido, como se ele mobilizasse uma angústia no outro, seja na prática clínica, na tentação de interpretação ativa, ou na ideia geral, que se tem de tentar animar a pessoa no cotidiano comum. Para o autor, isso deriva da dificuldade primordial que o analista (e não só ele) tem de lidar com o vazio. “O vazio seria o protótipo da psique – órgão psíquico plenamente investido sem representação. [...] caracteriza-se por um estado de conservação sem espera, de equilíbrio inerte anulador das tensões, de suspensão psíquica” (FÉDIDA, 1999, p. 86). Portanto, mais uma vez, o vazio não é ausência, é a falta dela. A análise acontece “não para substituir o ausente, nem para preencher o vazio de seu lugar, mas para fundar a relação que ele desconhece: a da ausência” (FÉDIDA, 1999, p. 107). Daí, deriva a dificuldade do analista. Ele não poderá representar um continente, nem atropelar (mais uma vez) o sujeito com sua atividade interpretativa. O que importa aí é seu silêncio, “silêncio de fundo” (FÉDIDA, 1999, p. 86). Esse silêncio que possibilitará o tempo necessário para a criação de um tempo de projeto. “O vazio é reconhecido pelo analista em seu próprio silêncio: ele é solicitado, a partir desse silêncio, a ser para o analisando o silêncio de sua fala. E assim ela pode ser ouvida” (FÉDIDA, 1999, p. 77).

Kehl (2009), a seu modo, também nos fala do desafio da prática clínica diante da lentidão do deprimido e do seu silêncio, da sua necessidade de reencontrar “modos de dizer”. Para ela, o saber do Outro que fala por ele, além de emudecê-lo mais ainda, “atropela seu tempo psíquico”, justamente o que não deveria ocorrer (KEHL, 2009, p. 222). “Para os depressivos, trata-se de buscar a duração de um tempo necessário para que o sofrimento se converta em experiência [...] (que) confere valor ao vivido” (KEHL, 2009, p. 224).

A depressão se trata de uma “desarticulação subjetiva do tempo” (DELOUYA, 1999, p. 12). Isso está presente nas ideias de ambos os autores. Na interpretação de Delouya (1999) sobre as origens dos estados depressivos na teoria de Fédida:

O fracasso do ambiente de origem em fornecer o suporte e o meio de perlaboração da violência psíquica primordial, oriunda

da pulsão e das fontes sensoriais, permite compreender por que a depressão acarreta deficiências na função principal da vida psíquica, que é a da simbolização da ausência. Como se a depressão acenasse e apelasse, através de sua imóvel e fixada abstração, para uma falta neste fundo de origem, necessário à continência da violência para transformá-la em tempo, em intervalos e pausas silenciosas da linguagem (p. 12).

Para Kehl (2009), a questão que se soma é que essa dificuldade de simbolizar a ausência, própria do deprimido, encontra-se na origem da depressão ou, podemos até dizer, na origem da vida do deprimido. Como já vimos, diferentemente do que mais comumente se lê nas teorias psicanalíticas, a violência ocorrida na vida do deprimido não foi abandono ou falta, o que ocorreu foi a precipitação do Outro, antes mesmo que o demandasse. O que há aqui é um “atropelamento do sujeito pelo Outro”, ou podemos dizer, pelo tempo do Outro (KEHL, 2009, p. 229).

Assim, num caminho inverso, na mesma medida em que o sujeito não pode viver seu tempo próprio para lhe ativar um funcionamento psíquico suficiente, ele não mais consegue usar desse funcionamento para atribuir sentido ao seu tempo, que passa a ser vivido como uma eternidade insuportavelmente vazia. Um tempo que não passa.

Outro traço peculiar do deprimido é a inibição, que está totalmente relacionada com essa não simbolização da ausência. Kehl (1999) nos revela que o deprimido, diferentemente dos outros neuróticos, defende-se mais pela inibição do que pela produção de sintomas. Grande parte de seu sofrimento vem daí. A dificuldade em representar, em narrar seu sofrimento ou mesmo suas histórias é bem aparente, perto da novela toda com que se defendem os outros neuróticos. “Nos depressivos a rede imaginária, invenção subjetiva que visa proteger o psiquismo do vazio instaurado pela falta do objeto, é pouco consistente” (KEHL, 1999, p. 228). A antecipação do Outro, antes que ele tivesse o tempo de espera para testar sua potência e criatividade em lidar com o vazio, fê-lo desacreditar de si.

O outro germe da inibição é o recuo frente ao conflito. Entramos, assim, no nosso terceiro ponto, também trazido pelos dois autores: depressão como dor moral. O deprimido não é aquele que se confina em seu quarto, fugindo da vida partilhada no fora. Ele é aquele que se deprimiu ao fazer essa escolha; a partir daí, clausura e depressão vão se permutar na manutenção dessa condição. A dor moral do depressivo é de ordem narcísica. Ele passou pela castração, mas recuou da rivalidade com o pai, antes mesmo de tentar. Essa é sua dor

moral, ele foge dessa rivalidade e de todos seus substitutos, durante a vida. Sua dor é de impotência, por isso, dificilmente se arrisca. Vive numa espécie de inércia protetora que o mantém em sua condição (KEHL, 2009).

O deprimido, para Kehl (2009), faz o movimento que Lacan chama de *ceder em seu desejo*. Assim como os outros neuróticos, ele também constrói seu fantasma, ou seja, ele também procura tornar a ser, novamente, o objeto do gozo do Outro. A diferença está em que o Outro, aqui, não é o pai, e sim a mãe. Esse recuo, frente à rivalidade com o pai, faz com que ele tenha uma relação diferente com o Ideal de eu, que, apesar de constituído, desperta uma reação de desistência, e não de embate, como se ele já se aceitasse castrado porque sabe que a mãe o quer assim. “Ele se faz indiferente ao falo para não perder a proteção materna” (KEHL, 2009, p. 255).

Fédida (1999), em certo ponto do seu livro, refere-se ao vazio como “aquilo de que a metáfora é travessia” (p. 93). Sua ideia de metáfora é algo bastante complexo, mas pode-se dizer que ela funciona como uma forma existencial que pode se revelar na fala, para além da vida psíquica, mas carregando mesmo algo de uma verdade maior. Por isso, ele diz que o vazio convoca uma estranha lucidez, como uma verdade radical.

A proximidade do deprimido com o vazio e sua correspondência com a temporalidade do psíquico em si, é algo que ambos os autores vão tratar em algum momento. Se o deprimido se defende mal e produz pouco psiquicamente, por outro lado, ele está mais próximo a entrar na depressividade, porque ele conhece e suporta o vazio melhor do que ninguém. Ele está mais perto de saber de sua castração, mesmo porque sua angústia é de outra ordem.

O sofrimento da depressão associado a não representação, a dificuldade de tramar sentidos, de sonhar, de fantasiar, de brincar, como correlato desse tempo vazio, pelo qual ele está absorvido, é ponto em comum não só nos entendimentos desses autores, como de outros que partem da investigação desses fenômenos, na atualidade.

Ao destacarem a experiência do tempo e do vazio na depressão, esses autores contribuem de maneira importante para a compreensão das subjetivações na atualidade. Vimos que, tanto Kehl (2009) quanto Fédida (1999; 2002) irão ressaltar a relação da depressão e sua temporalidade própria – seu tempo parado – com o ritmo de vida a que a maioria de nós está sujeito, na contemporaneidade. Ou seja, há uma condição, um choque entre o tempo subjetivo, o tempo do psiquismo, o tempo das possibilidades de criação e representação, com o tempo social, o tempo produtivo de nossa cultura. Dessa forma, podemos entender a depressão para além de um fenômeno estritamente clínico.

Esse vazio de sentidos de subjetivações atropeladas pela pressa, ao qual estamos sujeitos, associado aos mandamentos de bem-estar e desempenho, pode nos indicar que a depressão, talvez, diga-nos mais sobre nossa condição atual do que de uma patologia individualizada.

Autores

Carolina Villanova Heguedusch. Psicóloga/Universidade Estadual de Maringá (UEM), doutoranda no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Letras/Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis).

E-mail: carol.vh@hotmail.com

José Sterza Justo. Doutorado em Psicologia Social/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Letras/Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis).

E-mail: sterzajusto@yahoo.com.br

José Artur Molina. Doutorado em Psicologia e Sociedade/Universidade Estadual Paulista (UNESP-Assis), pós-doutorado em Psicologia Social/Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), docente do Departamento de Psicologia/Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: arturmolina16@gmail.com

Tramitação

Recebido em 21/04/2017

Aprovado em 14/08/2017

Referências

ASKOFARÉ, Sidi; ALBERTI, Sonia. Estrutura e Discurso: problema e questões do diagnóstico. *Revista Affectio Societatis*, Medellín, v. 8, n. 15, p. 1-21, 2011.

BERLINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n. 2, p. 9-25, 2000.

CAPONI, Sonia. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. v.1, n.1, p. 1-8, 2009.

- DELOUYA, Daniel. Introdução: depressão, metáfora primitiva da psique. In: FÉDIDA, Pierre. *Depressão*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- FÉDIDA, Pierre. *Depressão*. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- _____. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Trad. Marta Gambini. São Paulo: Escuta, 2002.
- FREUD, Sigmund (1930[1996]). *Mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 21).
- _____. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 14).
- KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- LAPLANCHE; PONTALIS. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- MONTEIRO, Ana Cristina Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. Depressão – uma “psicopatologia” classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*. v. 27, n. 1, p. 106-119, 2007.
- PERES, Urania Tourinho. *Depressão e melancolia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.
- RODRIGUES, Maria J. S. Fuentes. O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 155-187, 2000.
- TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. *Das neuroses de transferência às neuroses narcísicas: contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista, UNESP/Assis, 2012.