

LEANDRO ANSELMO TODESQUI TAVARES

**A DEPRESSÃO COMO “MAL-ESTAR” CONTEMPORÂNEO:
Medicalização e (Ex)-sistência do Sujeito Depressivo**

**ASSIS
2009**

LEANDRO ANSELMO TODESQUI TAVARES

**A DEPRESSÃO COMO “MAL-ESTAR” CONTEMPORÂNEO:
Medicalização e (Ex)-sistência do Sujeito Depressivo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção de título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Francisco Hashimoto

**ASSIS
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

T231d Tavares, Leandro Anselmo Todesqui
A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo / Leandro Anselmo Todesqui Tavares. Assis, 2009
137 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.
Orientador: Francisco Hashimoto

1. Depressão mental. 2. Psicanálise. 3. Alienação (Psicologia)
4. Psicotrópicos. I. Título.

CDD 150.195
301.1
615.78

AGRADECIMENTOS

Gostaria, com sinceridade, de poder agradecer a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta pesquisa.

De maneira especial, agradeço ao apoio incondicional de meus familiares, meus pais e minha irmã, os quais sempre me encorajaram em minhas decisões, de modo que, sem a existência deles, nada seria possível.

Meu agradecimento incomensurável a todos os colegas e amigos profissionais, hoje em sua maioria também professores, com os quais compomos o grupo de pesquisa “Figuras e modos de subjetivação no contemporâneo”. Entre eles estão:

Marco Antônio Rotta Teixeira, que pôde acompanhar o desenvolvimento deste trabalho desde seu embrião, contribuindo de forma significativa e singular para os avanços teóricos contidos nestas páginas.

Matheus Fernandes de Castro, Thassia Souza Emidio, e Mary Yoko Okamoto, pelo apoio na realização desse trabalho e pelo incentivo incondicional em minha atividade profissional como docente, a qual se iniciou paralelamente ao desenvolvimento desta pesquisa e que só foi possível tornar-se, também, uma realidade, de acordo com a confiança deles em mim depositada.

Agradeço, também, aos colegas Karin Prado Telles, Lucas Martins Soldera, Guilherme Elias da Silva, Gisella Golfetti, Hélio Hoshina, Fátima Itsue W. Simões, Marcos Mariani Casadore, Mariele Rodrigues Correa, Renata C. Sobral Dias, Paula Ione Fiochi, e Milena da Silva Mano, que em muitas situações e circunstâncias diferentes puderam, cada qual a sua maneira, contribuir para a problematização e evolução desta pesquisa.

Relembro, neste momento, dos vários amigos espalhados pelo mundo afora, em virtude de seus caminhos e buscas de realizações pessoais e profissionais, mas que apesar da distância torceram em prol da realização deste sonho, aos quais agradeço, em especial, ao Ebenézer de Oliveira Müller, companheiro de infinitas discussões psicanalíticas, filosóficas e musicais desde a época de graduação; ao Marcelo Germanos que infelizmente deixou a presença de sua falta, e que foi em vida invejável filósofo e psicólogo que muito contribuiu durante nossa

formação para questionamentos e problematizações dignas de nota; ao Fábio Alves Carvalho, sempre aberto a discussões teóricas; e, por fim, à Ana Paula Batini, que contribuiu com suas observações, críticas e apontamentos ponderados, e, especialmente, pelo incentivo irrestrito e por compreender os momentos de reclusão e isolamento necessários para a realização deste trabalho.

Meu agradecimento aos colegas e funcionários da seção de pós-graduação, que sempre se demonstraram solícitos e compreensivos ante as necessidades burocráticas que demandamos cotidianamente.

Meus agradecimentos especiais à Profa. Dra. Cristina Amélia Luzio e ao Prof. Dr. Walter Migliorini, pela abertura e acessibilidade, bem como pelos apontamentos capitais que tornaram possível o amadurecimento das questões discutidas neste trabalho. Da mesma maneira, meu reconhecimento e agradecimento à Profa. Dra. Catarina Satiko Tanaka, por ter aceitado o convite de participação junto à banca, onde pôde contribuir significativamente, e por encorajar-me na continuidade dos estudos.

Agradeço aos meus pacientes, pela oportunidade de humildemente tentar poder ajudá-los por meio de meu trabalho cotidiano e, sobretudo, por me tornarem possível a tarefa de reencontrar os sentidos das teorias em cada caso atendido.

Em especial, meu agradecimento, reconhecimento e admiração irrestritos ao meu orientador e amigo Prof. Dr. Francisco Hashimoto, que sempre demonstrou confiança em meu trabalho, encorajando-me também a realizar mais um sonho: iniciar a carreira docente. Por meio da sua maneira sábia e especial de orientar seus alunos pôde encorajar-me a realizar este trabalho de forma livre, por isso também prazerosa, respeitando aquilo que concernia ao meu desejo, ao mesmo tempo em que atento a todas as necessidades para a realização de uma pesquisa competente, significativa e de qualidade, e sem o qual nada seria possível.

Chico, muito obrigado!

... E se não tivesse o amor?

E se não tivesse essa dor?

E se não tivesse o sofrer?

E se não tivesse o chorar?...

(Caetano Veloso, 1972).

TAVARES, L. A. T. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo:** medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

RESUMO

Atualmente, ouvimos demasiadamente o significante “depressão” ecoar nos mais variados contextos e, em especial, naqueles que se dedicam ao atendimento de questões relacionadas à saúde mental. Diante disso, torna-se relevante o contínuo pensar e repensar a respeito dessa modalidade de subjetivação e/ou “mal-estar” contemporâneo. O interesse pelo tema proposto nasceu da prática clínica cotidiana em Saúde Pública, realizada num Centro de Saúde (CS-III) de uma cidade do interior de São Paulo. Nossa problemática assentou-se no intuito de compreender a exacerbada *medicalização* da depressão na atualidade, especificamente os impactos subjetivos provocados por tais intervenções. Utilizamos de uma metodologia qualitativa cujo método clínico psicanalítico nos permitiu trabalhar no resgate de *fragmentos clínicos*, sendo estes *constituídos com base nas reminiscências do próprio pesquisador*, de maneira que selecionamos para a pesquisa aqueles casos em que o paciente se dizia depressivo e insatisfeito com relação ao tratamento medicamentoso. O interesse por tais casos deve-se ao fato destes apresentarem evidências que contradizem as perspectivas amplamente disseminadas na atualidade, que atestam um *diagnóstico* necessariamente patológico acompanhado das prescrições medicamentosas, na mesma medida em que este “mal-estar” se mostrou como um fator significativo capaz de impulsionar a busca de psicoterapia por parte dos pacientes. Nossa constatação na prática clínica cotidiana de que a maioria dos casos diagnosticados como “depressão” sempre está acompanhada da indicação do uso cotidiano de psicofármacos, e que ainda assim não necessariamente resultam em uma melhora qualitativa, situações sucessivas como estas dispararam nosso interesse por tal objeto de estudo. Tomando por base o referencial teórico da *psicanálise* freudiana, buscamos compreender o que caracterizaria a depressão do ponto de vista clínico, bem como o remanejamento pulsional medicamentoso, enquanto na sua versão estruturalista lacaniana encontramos subsídios para a compreensão acerca da identificação do sujeito com o diagnóstico. Consideramos os efeitos da *medicalização* da depressão, na atualidade, como uma forma de *alienação subjetiva*, subentendendo uma *(ex)-sistência* do sujeito, dado a identificação com o diagnóstico e a transfiguração do *sofrimento* inicial em outro “mal-estar”. Finalmente, identificamos, por meio dos casos estudados, que nestas individualidades, especificamente, constituiu-se uma *perpetuação do “mal-estar” configurado como “depressão”*, haja vista o impedimento do movimento subjetivo necessário aos processos de simbolização e ao mesmo tempo o silenciar pulsional obtido por meio das químicas.

Palavras-chave: Depressão, Medicalização, Psicanálise, “Mal-Estar”, Alienação.

TAVARES, L. A. T. **Depression as a "uncomfortable" contemporary: medicalization and (ex)-tance of the subject depressing.** 2009. 137 p. Dissertation (Master) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

ABSTRACT

At present, we can hear too much the meaning "depression" echoes on several contexts, including, in that devotes themselves to the treatment of questions relating to the mental healthy. Faced with this kind of situation, it becomes relevant the continuous thought about this form of subjective and/or contemporary "uncomfortable". The interest about this subject was born from the clinical day-to-day practice in Public Healthy, done in a Health Center (HC-III) from a small city of the country of São Paulo. Our meanly problem took place of having felling to understand the excessive "use of medicines" about depression at the moment, specifying the subjective impacts caused by the mentioned interventions. We used a quality methodology that psychoanalysis clinic method allowed us to work on the rescue of clinic fragments, where they are made based on things that left over by the own searcher, in a way that it was selected for the search that cases where the patient told about himself in a depressive and dissatisfaction related to the medicine treatment. The interest by this kind of cases comes into because this situation presents some clearness that contradict the perspectives largely publicized in the present time, that claim a diagnosis essentially pathologic followed by medicines prescriptions compared to the uncomfortable showed itself like a manfully fact that is able to impulse the search for the psychotherapy by the patients. Our verification related to the day-to-day practice about the most of the cases verified like depression is always followed by the indication of the day-to-day use of "psicofármacos", and even so doesn't result in a improvement of the quality, routine situation like that makes our interest for this subject. Taking like bases the theoretical reference of freudiana psychoanalysis, we hoped to understand what would characterize the depression by the clinic point of view, as well as the things that stay about the free sharing of medicines, while in his structure lacaniana version we could find subsidize to understand the identification of the character with the diagnosis. We consider the effects of the medicines in the depression, at the present time, like a subjective alienation, being possible to understand as existing of the character, because of the identification with the diagnosis and transfiguration of initial suffering in another uncomfortable. Finally we can identify, throughout the cases studied that in this individualities, specially, it was built a kind of uncomfortable perpetuation called depression, in one of his situations can happen the obstacle of the subjective movement needs in the process of symbolization and at the same time the constantly silence getting throughout chemistries.

Key-Words: Depression, Medicine, Psychoanalysis, Uncomfortable, Alienation

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
1 CONTEMPORANEIDADE E MAL-ESTAR	20
1.1 Pós-Modernidade, Cultura e Subjetivação	21
1.2 A Cena Social (ou o Palco) do Espetáculo	28
1.2.1 Estranhos ao espetáculo	35
1.3 Sociedade do Consumo	37
1.3.1 O outro como mercadoria	39
1.4 “Mal-estar” e Psicopatologias na Contemporaneidade	44
2 A DEPRESSÃO COMO “MAL-ESTAR” CONTEMPORÂNEO	52
2.1 “Luto e melancolia” - Um retorno a Freud	53
2.2 Depressão e Psicanálise	57
2.3 Depressão, Angústia e Sociedade	66
3 PERCURSOS: CAMINHOS E (DES)CAMINHOS	78
3.1 Caminhos...	79
3.2 (En)caminhamentos, Encruzilhadas, e o Dispositivo Clínico como Possibilidade de (Des)caminho	86
4 A (EX)-SISTÊNCIA DO SUJEITO DEPRESSIVO	95
4.1 A Questão do Diagnóstico	96
4.2 Medicalização da Depressão e o Silenciar dos Afetos	104
4.3 Das Vicissitudes da Alienação às Possibilidades do Sujeito	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	132

APRESENTAÇÃO

No cenário do mundo contemporâneo, o predomínio de determinadas psicopatologias (assim designadas) é fruto direto das novas configurações simbólicas forjadas pelos discursos sociais vigentes, discursos estes que atravessam os sujeitos, produzindo, assim, determinadas formas de subjetivação características de nosso tempo.

Do início do capitalismo até os dias de hoje, nunca se viu uma época tão agudamente alienante para o sujeito como a que acontece agora na nossa dita *pós-modernidade* (BAUMAN, 1998). A exacerbada valorização da imagem, a submissão frente às imposições da mídia tendo como consequência direta a produção de pseudo-valores e pseudo-necessidades na contemporaneidade, caracterizam o que Debórd (1997), por sua vez, denominou como “*a sociedade do espetáculo*”.

As relações interpessoais contemporâneas adquiriram novas configurações decorrentes do modelo da sociedade atual. Relações estas que são mediadas por imagens, modas, tendências impostas pelos veículos de comunicação, globalização de costumes, necessidades, e modos de ser dos indivíduos enquanto atores da cena social. Esta “sociedade espetacular” acaba por ser, em sua essência, uma sociedade da *aparência*. Se por um lado, num primeiro momento, o capitalismo impulsionou o sujeito para uma dialética do *ter* em detrimento do *ser*; hoje, por outro lado, temos o deslizamento do *ter* para o *parecer*. Num mundo onde a aparência é fundamental, o (a)parecer na cena social se torna questão de existência.

Desta forma, a sociedade contemporânea, com todo seu arsenal tecnológico e, em especial, com as novas e variadas possibilidades de comunicação, promove por fim uma autêntica produção circular do isolamento e da alienação: da televisão aos computadores o sistema espetacular cria, incessantemente, as condições de isolamento, a formação das “multidões solitárias”. Tomado por este sentido, a dinâmica do cenário social contemporâneo com toda sua infinita gama de imposições e, a consequente subversão das reais necessidades dos indivíduos, acaba por se forjar uma verdadeira “falsificação da vida social”. O espetáculo é o empobrecimento, a sujeição e a negação da vida real: a genuína expressão da separação e do afastamento entre o homem e o homem.

A partir do momento em que vivemos num contexto que nos exige determinadas formas de *(a)parecer* na cena social, é inevitável que diante da impossibilidade de participação neste “teatro espetacular” o indivíduo adoça – é o “*mal-estar*” (FREUD [1930]/1992), fruto da incompatibilidade entre a demanda social e as reais necessidades individuais.

Ante as imposições do cenário espetacular o sujeito vê-se pressionado a atender as exigências sociais num sentido estético de sua existência. É por meio da estimulação pelo discurso social que esta “cultura da imagem” impulsiona o sujeito a uma vivência essencialmente narcisista, o *eu* sendo o principal objeto de investimento libidinal e o *outro* usado apenas como recurso para o prazer imediato. Nessa cultura da estetização do *eu*, o sujeito tem seu valor atribuído pelo o que *aparenta* ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social e, dessa forma, a exibição se transforma no lema essencial da existência – razão de seu ser.

Entre as modalidades de sofrimentos psíquicos mais frequentes na atualidade estão as variadas formas de drogadições, síndromes do pânico e, principalmente, as depressões (FUKS, 1999). Estas modalidades, cotidianamente, chegam aos Serviços de Psicologia como demandas para atendimento, como nos mostra a realidade da nossa prática profissional clínica. Desta forma, o interesse pelo tema proposto nesta pesquisa nasceu da própria atuação profissional em Saúde Pública, especificamente, da prática cotidiana de atendimentos clínicos num Centro de Saúde de uma cidade do interior de São Paulo.

A atuação dos profissionais de Psicologia que trabalham pelo SUS (Sistema Único de Saúde), e que estão ali para atender toda população usuária do serviço, obriga estes a terem contato, cotidianamente, com os mais variados tipos de queixas, problemas, patologias, situações de risco e/ou diversas formas de subjetivação, de uma maneira geral. A questão da depressão, especialmente, tornou-se quase que um modismo nos dias de hoje. Para além das paredes dos consultórios ouvimos demasiadamente que sempre alguém sofre deste mal pós-moderno. Isso se deve, evidentemente, ao espantoso número de casos assim diagnosticados na atualidade. Devido, então, a esta excessiva presença do significante “depressão” ecoando nos mais variados contextos e, mais intensivamente, nas clínicas e/ou serviços de Psicologia, o interesse e inquietação com este tema só aumentou no decorrer destes anos atuando profissionalmente.

Com relação às depressões, sabemos que na maioria dos casos o serviço de Psicologia é um dos últimos recursos a ser procurado pelo paciente na tentativa de cura / alívio de seu sofrimento. Isto se deve a um conjunto de fatores, contudo, podemos apontar como mais significativos: o desconhecimento das possibilidades da Psicologia por grande parte da população, somado à cultura medicalizante que traz em si uma promessa latente de cura/bem-estar/felicidade para o sofrimento humano.

A respeito da função da Psicologia, a qual mencionamos como desconhecida pela maioria dos pacientes, cabe lembrarmos Figueiredo (2004), que a define como um “campo

de dispersão” – devido às diversas linhas teóricas que compõem seu arcabouço de saber; ou ainda Bock (2001) definindo-a como *Psicologias*, pelo mesmo motivo: a diversidade teórica e os diversos campos de atuação profissional. Contudo, especificamos nosso fazer clínico dentro do referencial teórico da Psicanálise, o qual se diferencia das demais modalidades psicoterápicas; pois, como aponta Sauret (2006), a(s) psicoterapia(s) de acordo com o seu desenvolvimento e evolução histórica até a modernidade preconizam um tratamento da ordem do “cuidado de si”. Segundo o autor, as psicoterapias “aparecem como promotoras designadas ao bem-estar mental, com a tarefa de adaptar o novo indivíduo a seu meio ambiente” (SAURET, 2006, p. 33-34).

Salvo as variadas características das psicoterapias de diversas abordagens teóricas, situamos a prática clínica de referencial psicanalítico como desempenhando um papel singular por meio do dispositivo clínico. Pois, a partir de Freud, a noção de sujeito do inconsciente vem à tona e, dessa forma, encontramos a possibilidade em nossa atuação de poder conduzir os pacientes a uma re-significação de seus vividos psíquicos, o que não prioriza, necessariamente, como objetivo uma determinada “cura”, tão comum e visada pelas demais práticas psicoterápicas, nem tampouco visa a um ajustamento do indivíduo com relação ao seu meio e aos outros (normatização). Antes, a função da psicologia clínica psicanalítica é exercer, ao contrário do que supõe o senso-comum, a possibilidade do advento da falta deste “suposto saber” que na situação clínica é projetado no Outro (psicoterapeuta), condição *sine qua non* para fazermos do dispositivo clínico uma possibilidade de (des)caminho para as individualidades que desejam e demandam certezas absolutas em nossa atualidade, estas legitimadas pela tendência exclusiva dos tratamentos medicamentosos.

Sendo assim, de acordo com nossa experiência, é comum observarmos que estes pacientes diagnosticados como depressivos, quando chegam ao atendimento psicológico já se encontrem durante algum tempo sob o efeito de tratamentos medicamentosos, usados, até então, como única alternativa (na maioria das vezes) para o cuidado de seu sofrimento.

A depressão, considerada aqui como uma das mais presentes formas de “mal-estar” contemporâneas, simbolicamente representa o fracasso do sujeito na participação da cultura do narcisismo e do espetáculo. O excesso de interioridade/introspecção do deprimido, seu isolamento melancólico diante do mundo, se contrapõe a estética da *performance*, estimulada pelo discurso social vigente (BIRMAN, 2001). Neste sentido, o sujeito depressivo (ex)-siste no cenário social, está à margem do estilo de existência priorizado pelo espetáculo, devido a sua incapacidade de identificar-se com as representações forjadas pela ideologia predominante das aparências.

No que tange ao tratamento destas depressões, a situação não é muito diferente, no sentido de que a *alienação* de si se reproduz nas práticas da Saúde. Como exposto anteriormente, a tentativa de cura para o sofrimento tem como base, na maioria das vezes, as intervenções psicofarmacológicas, as quais, por sua vez, são alicerçadas em pressupostos de “normatização” dos indivíduos. Somente muito tempo depois, hora em que eventualmente o cuidado medicamentoso não atinge os efeitos desejados de alívio, é quando o paciente acaba por procurar os atendimentos psicológicos, ou por livre e espontânea vontade ou por algum encaminhamento de outra especialidade. Geralmente, em determinados casos, é comum que a demanda de cura do paciente dirigida ao psicólogo diga respeito não só a “depressão” em si, mas também aos efeitos do próprio tratamento medicamentoso. Podemos observar, na prática clínica cotidiana, que em alguns casos específicos os sentimentos do sujeito como apatia, fadiga física e mental, pensamentos pessimistas, etc. pioram ou intensificam-se, mesmo sob o cuidado dos medicamentos.

Se levarmos em consideração que a perspectiva biologizante (medicamentos) pressupõe um ideal de normalidade (normatização) que desconsidera as particularidades subjetivas individuais, isto por fim só acaba por reafirmar a *alienação* do indivíduo diante de si mesmo e diante de suas próprias condições e características subjetivas que o individualizam como Sujeito.

Deste ponto de vista, as perspectivas biologizantes da subjetividade têm no cenário atual uma função normatizadora que se propõe a trabalhar a dimensão do sofrimento humano predominantemente por meio de intervenções químicas.

A *alienação* do Sujeito tende a se confirmar no interior do próprio tratamento que lhe é comumente oferecido de início, pois a perspectiva normatizadora do indivíduo tem como ideais os mesmos axiomas vigentes da cultura contemporânea. O evitamento da dor é a chave para a prática das performances espetaculares.

No presente trabalho utilizamos o conceito de “*mal-estar*” ao designarmos a incompatibilidade estrutural entre sujeito e sociedade, bem como quando estivermos considerando a depressão enquanto sintoma e/ou produção social, ao passo que as demais categorias de afetos aversivos que também, não necessariamente, compõem uma psicopatologia, nos remeteremos como simplesmente da ordem do *sofrimento*.

Em certo sentido, a contemporaneidade contribui para a existência dessas modalidades de “psicopatologias” e/ou “mal-estar”, bem como para a alienação do sujeito, que se faz inclusive no interior de certas práticas em cuidado à saúde, em virtude do que podemos

denominar, entre outras coisas, como uma “medicalização do social”, embasada numa perspectiva normatizadora sobre o sujeito.

Consideramos a *medicalização* como um dos processos característicos das estratégias de Bio-Poder (FOUCAULT, 2001a), em que as possibilidades de controle sobre a vida encontram no saber médico seu terreno mais fértil, a saber: o controle sobre os corpos, que envolve desde regras de higiene, costumes e preceitos morais, planejamentos e organização do espaço público, normas de comportamentos, até as condutas sexuais, sociais, enfim, uma verdadeira apropriação da medicina sobre o existir humano nos mais variados sentidos. Isto porque, tal como nos demonstra Foucault (1979), a relação Saber/Poder é indissociável, o que implica dizermos que a produção de saber está atrelada às estratégias de intervenção no corpo social, inseparáveis que são de seus objetivos políticos de controle sobre as individualidades e a coletividade. A partir disso, ora nos remeteremos à “medicalização do social” enquanto processo de apropriação por parte do saber médico de tudo aquilo que em sua origem pertence a uma outra natureza (o que se evidencia claramente na questão dos diagnósticos), e ora nos reportaremos à medicalização no sentido medicamentoso, como a que acontece no caso das intervenções acerca da depressão na atualidade baseadas excessivamente no uso e abuso de psicofármacos.

Diante disso, do interesse bruto inicial pelo problema das depressões, que se faz tão presente nos dias de hoje, foi possível, paulatinamente, fazer um recorte neste campo tão vasto, a fim de delimitarmos um objeto específico viável para a realização desta pesquisa.

Neste universo dos sujeitos deprimidos que chegam para os atendimentos, alguns dados tornaram-se demasiadamente significativos para uma melhor construção do problema e do objeto a ser investigado. Um deles diz respeito ao fato de que é raro, muito raro, um paciente qualquer chegar aos atendimentos psicológicos sem um diagnóstico formulado previamente, principalmente nesta referida situação. O contato diário com diversos casos intitulados “depressão” e as consequentes realizações de psicoterapias com estes pacientes nos levaram a considerar o fato de que, possivelmente, a maioria destes casos diz respeito a momentos de altos e baixos comuns à existência humana de uma forma geral, não necessariamente correspondendo a uma psicopatologia, especialmente levando-se em consideração os dispositivos potencializadores de sentimentos de desamparo que perpassam a vida destas pessoas. Ou ainda, muitas vezes, nem se trata de sentimentos excessivamente penosos ou depressivos, mas, sobretudo, de sentimentos de angústia, também intrínsecos às próprias condições de seres desejantes que somos.

Sendo assim, esta constatação sempre confirmada e reafirmada no cotidiano da atuação profissional, nos fez reorientar o olhar sobre o *percurso* que os pacientes trilham na busca de alívio/cura de suas condições de sofrimento.

Podemos, então, considerar que, num primeiro momento, quando o paciente busca algum tipo de atendimento para seu “mal-estar”, este indivíduo sem dúvida encontra-se fragilizado; ele, inevitavelmente, demanda “um saber” do médico que o ouve: saber o que ele tem – um saber sobre seu mal-estar. O paciente, assim, *transferencialmente* confere ao médico um lugar de Sujeito Suposto Saber (LACAN, 1958[1957]/1999): no imaginário do paciente este médico possui o saber sobre seu desconforto, e é isto que o indivíduo demanda, em termos de desejo, deste profissional que o ouve, porém não o *escuta*, como é muito comum.

Quando este paciente chega, enfim, para buscar atendimentos em Psicologia, este vem sem dúvida porque seu “mal-estar” não cessa, apesar do tratamento medicamentoso que lhe foi prescrito junto de seu diagnóstico de depressão. É assim que este indivíduo chega até nós, psicólogos, “etiquetado” por um diagnóstico prévio e medicalizado, na maior parte das vezes. Este percurso do paciente nos labirintos e meandros da Saúde produz o que podemos considerar como uma forma de *alienação* subjetiva (AULAGNIER, 1985), ocorrendo em dois vértices simultâneos: pelo significante *depressão* (diagnóstico) vindo do Outro, e pelos medicamentos que produzem alterações de sensações físicas e psicológicas. Alienação esta, similar à alienação que o sujeito sofre no curso de seu desenvolvimento, precisamente no momento em que os símbolos passam a significar suas sensações, dando origem às representações, que é quando o sujeito passa a ser representado pelo registro simbólico – fruto da sua alienação na e pela linguagem, o que transforma a *necessidade* em *desejo* (LACAN, 1958[1957]/1999). Esta, então, seria a problemática do “percurso da cura” destes pacientes – o Sujeito passando a (ex)-sistir subjetivamente, dada a alienação produzida por meio de um discurso Outro (diagnóstico e medicação) neste trajeto comum às práticas em Saúde.

Vale lembrar que este percurso concretizado nas práticas em Saúde está sendo considerado, aqui, como um modo de *alienação subjetiva*, por conta de este ser o extremo oposto de uma proposta psicoterapêutica psicanalítica, uma vez que, ao invés de darmos “um nome” para o sofrimento, um nome que identifica e aliena o sujeito, a psicoterapia visa que o paciente construa um sentido singular à sua condição, e assim, possa advir o Sujeito do inconsciente. Nesta situação analítica, como resposta a sua demanda por Saber, o indivíduo depara-se com o não-saber, uma vez que o psicólogo deve posicionar-se num lugar de vazio (em termos de desejo) nesta relação transferencial. A única coisa que o profissional deve

desejar é que o paciente possa fazer-se sentido. Assim, o vazio, o não dito ou o não respondido do psicoterapeuta, cria o espaço necessário para o saber do inconsciente, espaço antes preenchido e pré-enchido pelo diagnóstico, pois este serve para o sujeito identificar-se e (ex)-sistir por trás deste significante Outro: o diagnóstico “depressão” como o discurso do Outro.

Considerando o fato de que, a demanda do paciente depressivo no atendimento psicológico refere-se à cura de um “mal-estar” que insiste em exercer sua força, mesmo diante das intervenções medicamentosas tão usuais atualmente, optamos por investigar as representações que os próprios pacientes têm acerca destes tratamentos que lhe são oferecidos. Sendo assim, questionamo-nos: Que representação simbólica/subjéctiva o sujeito forja para si mesmo, com relação aos cuidados normatizadores que lhe são ofertados para a cura do “mal-estar” no cenário contemporâneo?

De uma forma geral, definimos o objetivo da pesquisa em compreender os significados que os pacientes atribuem aos seus diagnósticos de depressão e ao tratamento que recebem em Saúde Pública. Especificamente, pretendemos analisar o percurso destes pacientes nas tentativas de lidar com seus estados de “mal-estar”, bem como, compreender os sentimentos que emergem neste processo relacionando-os com o tratamento medicamentoso que recebem.

Partindo do ponto de vista que as depressões de modo geral caracterizam-se como uma das modalidades de “mal-estar” mais insistentes na atualidade, e devido à crescente demanda para atendimentos de pacientes que, mesmo recebendo tratamento medicamentoso não obtêm êxito em seu processo de cura, torna-se relevante a pesquisa em questão. Levando-se em consideração, ainda, o fato de que a compreensão interna (insight) do Sujeito acerca de si mesmo se contrapõe às variadas ideologias de normatização vigentes na cultura atual sobre a saúde dos indivíduos.

Com relação às produções acadêmicas na área, podemos perceber que a maioria dos trabalhos de pesquisa que tratam da mesma questão de interesse aqui proposta, em sua maioria são pesquisas essencialmente teóricas. Verificamos, desse modo, pesquisas que tiveram como objetivo investigar e questionar os conceitos de depressão e estudá-la, rastreando determinados percursos teóricos, bem como compreendê-la dentro do cenário social da contemporaneidade evidenciando-se, por vezes, a questão da medicalização como, por exemplo, os estudos de Teixeira (2007), Amaral (2006), Farinha (2005), Wanderley (2000) e Fernandes (1999), sobre os quais comentaremos a seguir.

Em *Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia*, Amaral (2006) desenvolve uma crítica ao enquadramento da tristeza e do luto no âmbito da patologia, demonstrando historicamente como se lidou com a melancolia até o aparecimento da depressão, delimitando, por fim, o campo de saber da psicanálise com relação ao tema na contemporaneidade.

O trabalho de Farinha (2005) – *A Depressão na atualidade: um estudo psicanalítico* – aborda a questão da depressão na atualidade sob o prisma psicanalítico de Freud e Lacan. A autora propõe uma reflexão teórica acerca de temas como a banalização do conceito de depressão, o não reconhecimento desta como uma entidade clínica, a medicação sobre a depressão, a queda da lei simbólica, o privilégio do gozo em detrimento do desejo e, por fim, discute o tratamento desta pela psicanálise.

Em *A distímia e a construção do indivíduo insuficiente: um estudo sobre a depressão na contemporaneidade*, Wanderley (2000) parte do conceito de distímia como exemplo maior das versões contextualistas sobre a depressão na contemporaneidade. O autor evidencia as afinidades existentes entre os dois tipos clínicos – a distímia e a personalidade narcísica – e ainda um tipo cultural – o indivíduo pós-moderno, enfatizando-se as transformações normativas que parecem favorecer a emergência dos quadros depressivos de baixa intensidade.

Fernandes (1999) em *Um furo no psiquismo: Melancolia – Depressão* realiza um estudo teórico acerca da depressão-melancolia partindo das teorias metapsicológicas freudianas, ponderando o desenvolvimento histórico das classificações nosográficas em psicopatologia, concluindo acerca do tema duas hipóteses: o furo no psiquismo como perda do eu, e a perda do eu como reedição de uma perda fundamental – a perda da mãe.

O estudo de Teixeira (2007), intitulado *A concepção freudiana de melancolia: elementos para uma metapsicologia para os estados de mente melancólicos*, trata-se de uma pesquisa teórica com base na metapsicologia freudiana a fim de compreender o que a psicanálise tem a dizer sobre o tema, concluindo, por fim, que o estudo da melancolia conduz inevitavelmente ao estudo da formação do psiquismo de forma geral, formulando a concepção de “estado de mente melancólico” presente mesmo no funcionamento não patológico do psiquismo.

Entre outras pesquisas que se propuseram a realizar *estudos de casos* utilizando-se do método clínico, destacamos a de Siqueira (2006) – *A depressão e o desejo em Psicanálise* –, pesquisa na qual a autora trabalha com o estudo de um caso clínico, paciente do sexo feminino idosa apresentando queixa de depressão. A autora utiliza-se do caso atendido para

propor uma reflexão acerca da depressão do ponto de vista da psicanálise, investigando a questão do fenômeno ou estrutura depressiva, seguida da reflexão acerca da compreensão psiquiátrica da depressão em contraposição à psicanalítica, permeando a problemática de depressão na velhice, e finaliza compreendendo a depressão como “covardia moral”, segundo Lacan (apud SIQUEIRA, 2006), configurando, também, um posicionamento do sujeito em oposição ao discurso capitalista vigente.

Finalmente, apresentamos o estudo de Peret (2003) – “A Depressão na Clínica Lacaniana: um estudo de caso” –, trabalho em que a autora utiliza-se de dois casos clínicos atendidos em âmbito particular para refletir sobre a questão da depressão pelo viés da psicanálise em Freud e Lacan. Por meio de seu estudo foi possível observar que os depressivos desinvestem libidinalmente os objetos, inibem e abandonam suas necessidades e vontades tornando-se ensimesmados. O estudo de casos revelou em um deles o funcionamento de uma estrutura neurótica, ao passo que no outro, devido à falta de mediação simbólica e à passividade ante a tirania do superego assumindo para si culpas e castigos, verificou-se uma estrutura psicótica. Segundo a autora o estudo permitiu entender que a depressão é um não saber-fazer com as circunstâncias que a própria vida impõe e que o dilema humano se situa em ser um ser de desejo, pagando o preço por meio da depressão, pela fuga de exercer suas próprias escolhas.

Conforme as pesquisas citadas, podemos perceber que muito têm se estudado, produzido e pensado sobre a questão da depressão na contemporaneidade, contudo, nenhuma pesquisa foi encontrada que tivesse como objetivos principais trabalhar, especificamente, com as representações que os próprios sujeitos “depressivos” constroem em psicoterapia sobre os efeitos do diagnóstico e dos tratamentos medicamentosos que recebem, bem como o impacto destes nas subjetividades destes indivíduos. Por conta disso, se fez pertinente a proposta de pesquisa em questão, bem como se torna relevante a realização da mesma para as práticas psicológicas e o próprio desenvolvimento da profissão.

A pesquisa foi realizada utilizando-se de uma metodologia *qualitativa*, uma vez que os dados a serem obtidos referem-se a questões essencialmente subjetivas dos próprios pacientes. O material utilizado para a pesquisa foi obtido por meio de *fragmentos de sessões clínicas* constituídos com base nas reminiscências do próprio pesquisador, levando-se em consideração, para isso, todo o período de experiência profissional em Saúde Pública (de 02/2005 até o momento), realizando atendimentos clínicos em Psicologia. Considerando que em nossa atuação profissional o contato com tal objeto de estudo e problemática específica foi sempre constante, optamos por trabalhar com *fragmentos* baseados nas *próprias*

reminiscências do pesquisador. Entendendo que esse acúmulo de experiências e coexperiências compartilhadas, cotidianamente (paciente-psicoterapeuta), no trato dessa questão prescinde de uma metodologia que visasse objetivar a reprodução literal de conteúdos clínicos. Na apresentação dos fragmentos clínicos utilizamos nomes fictícios resguardando pelo caráter ético da pesquisa.

Os pacientes que buscam e/ou são encaminhados ao serviço de Psicologia passam, primeiramente, por uma entrevista inicial e, posteriormente, após haverem aguardado por uma vaga de atendimento segundo critérios baseados em urgência, se inicia de fato o trabalho clínico. Os atendimentos são realizados com a frequência padrão de uma sessão por semana, salvo casos de maior gravidade em que, de acordo com os princípios técnicos e éticos, podem ser realizadas mais sessões no mesmo período. Alguns casos submetem-se à modalidade de psicoterapia breve, ao passo que outros se prolongam por um período de tempo maior, como os diagnosticados como “depressão”, por exemplo, não pelo diagnóstico em si, mas pelas condições de desamparo que geralmente tais pacientes apresentam. Desta forma, o material utilizado (fragmentos clínicos) emerge diretamente do encontro do psicólogo com o paciente, seja durante os próprios atendimentos seja ainda nas entrevistas iniciais. O interesse pelo material analisado se debruça sobre os significados subjetivos dos pacientes, bem como sobre o que estes discursos podem representar e significar qualitativamente, levando-se em consideração as problemáticas suscitadas.

Como exposto anteriormente, o interesse pela problemática nasceu do exercício profissional na prática clínica em Saúde Pública e, desta forma, o *método clínico psicanalítico* sustentou a viabilização da pesquisa. As sessões de psicoterapia são realizadas semanalmente com os pacientes em questão, num Centro de Saúde (CS-III) de uma cidade do interior de São Paulo.

Para o desenvolvimento do assunto proposto, ressaltamos que esta dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. Inicialmente, no primeiro capítulo, propomos uma reflexão sobre determinados fenômenos socioculturais da atualidade compreendida como “pós-modernidade”, com o intuito de delimitarmos a contemporaneidade como condição de possibilidade para uma maior incidência dos sentimentos depressivos de uma forma geral. Já no segundo capítulo, tratamos da questão da depressão propriamente dita, entendendo-a do ponto de vista clínico, bem como articulando-a com algumas questões discutidas no capítulo anterior. No terceiro capítulo, contextualizamos a rede de serviços específicos da Saúde Pública na qual estamos inseridos profissionalmente, evidenciando a relação dos demais dispositivos ao serviço de Psicologia Clínica, bem como trazemos a descrição do percurso

comum e da demanda clínica dos pacientes “depressivos”. No quarto e último capítulo, realizamos a apresentação dos *fragmentos clínicos*, seguidos das devidas reflexões e considerações finais, as quais nos conduziram a compreender o processo de medicalização da depressão, nos casos específicos apresentados, como uma prática exacerbadamente difundida na atualidade que resulta em uma nociva perpetuação do “mal-estar” - configurando-o como “depressão” - devido ao seu semblante aparente fruto do silenciar pulsional e simbólico promovidos.

1 CONTEMPORANEIDADE E MAL-ESTAR

Cada época possui suas características peculiares, estas por sua vez sempre determinadas por condições de possibilidades específicas de seu tempo. Da mesma forma, nossa atualidade apresenta registros socioculturais e simbólicos que emergem das condições e possibilidades atuais, e que permitem constituírem-se determinados tipos de configurações políticas, sociais e culturais vigentes em nossos dias.

Em todos os períodos da história, o homem produziu determinados sistemas de valores, regras sociais, padrões de condutas e comportamentos, ética, tendências culturais, leis, etc., como também, em consequência destes dispositivos pertencentes ao seu tempo, produziram-se determinadas formas de subjetividades, tanto individuais quanto sociais / coletivas.

A atualidade nos apresenta um colorido próprio e bem característico que se diferencia singularmente das épocas antecessoras, um caleidoscópio formado pela confluência e fusão de múltiplas e desordenadas pinceladas na tela de nosso tempo. Este é o cenário e o pano de fundo donde se desvelam os dramas individuais e coletivos característicos de nosso tempo, onde os indivíduos posicionam-se de maneira peculiar no espaço de sociabilidade, desenhando, assim, um autorretrato de nossos dias. A cena social *pós-moderna e espetacular* nos proporciona um verdadeiro banquete de possibilidades infinitas, onde desfrutar da maior gama de possibilidades possíveis se tornou um atributo estimulado e, por que não dizer, produzido em nossos dias.

Diante das novas configurações socioculturais vigentes, os indivíduos exercem estilos de existência possíveis, algumas vezes em consonância com os trâmites da sociedade e do discurso social atual, outras se apresentando aquém ou além do mesmo (dependendo do ponto de vista), ambos caracterizando estilos de performances e modos de subjetivação específicos da atualidade.

1.1 Pós-Modernidade, Cultura e Subjetivação

*“... se a gente falasse menos talvez compreendesse mais,
Teatro, boate, cinema, qualquer prazer não satisfaz,
Palavra, figura diz quanto, quanto na terra tento
descansar,
O tudo que se tem não representa nada,
Tá na cara que o jovem tem seu automóvel,
O tudo que se tem não representa tudo,
O pouco conteúdo é consideração...”*

(Luiz Melodia, 2003)

É na passagem da modernidade para a nossa atualidade pós-moderna (BAUMAN, 1998) que podemos perceber com mais clareza todas as nuances e sutilezas produtoras de “mal-estar” a que estamos submetidos no nosso cotidiano. O conceito de “mal-estar” a que nos referimos aqui, diz respeito ao formulado por Freud (1930/1992), quando este reconhece o homem ocupando um lugar de eterna incompatibilidade entre as suas necessidades individuais frente às exigências sociais e culturais. Em nossa atualidade isto não é diferente e, de qualquer maneira, estamos expostos a condições específicas que nos colocam diante do mesmo sentimento de “mal-estar” como outrora foi formulado por Freud, contudo, sob circunstâncias específicas bem características de nosso tempo.

São tempos em que inclusive o próprio tempo tornou-se algo efêmero e impreciso, em virtude da velocidade dos acontecimentos e da multiplicidade de possibilidades que se oferecem aos nossos olhos.

Nossa atualidade se caracteriza, principalmente, dentre outras coisas, pela sensação de liberdade individual plena, tão sonhada durante tanto tempo. Liberdade esta, que no momento presente se mostra carente de referenciais sólidos, tornando cada vez mais difícil a visualização de um ponto norteador, algo que indique uma coisa semelhante a um sentimento de certeza para o sujeito em suas escolhas. Nesta perspectiva, a pós-modernidade oferta aos indivíduos uma liberdade aparente à custa de um sentimento de insegurança generalizada e, dessa forma, os mal-estares pós-modernos vão se caracterizando pela liberdade fluida, e não pela opressão e repressão de outrora. Se anteriormente as tradições e tabus aprisionavam os indivíduos, castrando-os, assim, de suas possibilidades; hoje, diante da tão sonhada liberdade individual, o sujeito pode desfrutar desta nova condição, contudo, não sem nenhum custo. A liberdade individual em busca da felicidade e de toda possibilidade de prazer se concretiza ao preço de um sentimento avassalador de insegurança, uma vez que nada é garantido, nada é definitivo e sólido

como fora alguma vez em épocas anteriores. “Os mal-estares, aflições e ansiedades típicos do mundo pós-moderno resulta do gênero de sociedade que oferece cada vez mais liberdade individual ao preço de cada vez menos segurança” (BAUMAN, 1998, p. 156).

Diante disto, o cenário que se forja independe dos esforços individuais para se conquistar algo semelhante a um sentimento de certeza e segurança: a própria configuração sociocultural que se delineia nos dias atuais é a pré-condição para uma vivência em desamparo. Desamparo este, no sentido de que carecemos de referências sólidas de identificação, uma vez que se tornou impossível fixar-se a um determinado tipo de identidade num cenário onde a transitoriedade dos referenciais é perpétua e contínua.

A conjuntura do cenário contemporâneo pressupõe um movimento incessante, onde nenhuma possibilidade de fixidez se faz viável, ao preço de que fixar-se e/ou identificar-se significa perder, alhures, novas oportunidades e possibilidades que se fazem presentes no vertiginoso movimento da contemporaneidade. Uma dita possibilidade de “estabilidade”, em todos os sentidos, tornou-se algo raro e escasso no mundo, e a transitoriedade de possibilidades abre um vasto leque de afazeres e atuações para os indivíduos, em todas as esferas de sua existência, tanto individual quanto social/coletivo. As múltiplas possibilidades estão escancaradas diante de nossas faces, se ofertando sempre como bens de consumo, seja na esfera profissional, seja na amorosa, cultural, religiosa e até na ideológica. “A escolha racional na era da instantaneidade significa *buscar a gratificação evitando as conseqüências*, e particularmente as responsabilidades que essas conseqüências podem implicar” (BAUMAN, 2001, p. 148).

Na corrida do sujeito para ascender em sua vida particular e social, (ascensão esta que sempre visa à realização de um desejo de “felicidade” e “bem-estar”), este percurso para se chegar a tal fim se mostra tortuoso e incerto a cada passo que se dá em direção ao objetivo almejado. No meio do caminho, deparamo-nos com desvios impostos pela própria dinâmica do cenário contemporâneo, dada à instabilidade brutal das circunstâncias atuais. No mesmo momento em que se conquista algo, logo se está sujeito a perdê-lo, uma vez que não nos beneficiamos de nenhuma garantia de que as conquistas sejam eternas ou ao menos duradouras. Desta forma, a *incerteza* é um sentimento que se faz permanente, que habita o sujeito em todos os seus movimentos, e não algo passageiro que se evidenciaria apenas em determinadas situações ou circunstâncias específicas, mas um sentimento que se tornou genuíno no homem contemporâneo dada a instabilidade dos referenciais na atualidade.

Diante das infinitas possibilidades e ofertas de todos os tipos que se apresentam, a tarefa de escolher se torna um fardo angustiante, em virtude do excesso fulminante de

alternativas e possibilidades que se faz por aparecer. O momento da escolha é, então, um outro vértice das condições propiciadoras de mal-estar aos sujeitos na atualidade. A *dúvida* passa a ser um sentimento perpétuo, pois feita determinada escolha não se sabe se a opção foi de fato a mais acertada, dada à infinidade de possibilidades à disposição de todos.

O discurso social, veiculado pelos meios de comunicação midiáticos, transmite uma mensagem simbólica e representativa de toda maleabilidade possível, bem como desenha a caricatura de um mundo permeado pela indeterminação onde tudo pode acontecer o tempo todo.

A instantaneidade (anulação da resistência do espaço e liquefação da materialidade dos objetos) faz com que cada momento pareça ter capacidade infinita; e a capacidade infinita significa que não há limites ao que pode ser extraído de qualquer momento – por mais breve e fugaz que seja. (BAUMAN, 2001, p. 145).

A própria “cadência do samba” dos dias de hoje pressupõe em seu ritmo de execução conquistas pouco duradouras e com nenhum atributo de garantia eterna. Dessa forma, pode-se aguardar ansiosamente a próxima aquisição ou a tão atraente nova possibilidade, embora ainda se tenha em mãos a conquista anterior e mesmo que ainda não se tenha colhido devidamente os frutos da mesma. Até os próprios prazeres destas conquistas tornaram-se diferenciados, uma vez que a satisfação, outrora proporcionada pela aquisição de algo que há muito se sonhou e se buscou, agora passa a ser o gosto pela *quantidade* de conquistas acumuladas seguidas de suas sucessivas perdas. Uma coleção de vitórias-relâmpago e parciais se configura como um ideal, num cenário onde a novidade se esvai antes mesmo de amadurecer. Pouquíssimo tempo se tem para desfrutar de alguma vantagem sobre o que se obtém: os empregos não são mais sinônimos de garantia e estabilidade, a permanência no mesmo depende da atualização profissional em tempo “record”, ao mesmo tempo em que nem a permanência definitiva passa a ser tão almejada, haja vista a gama de possibilidades que se perde tornando-se fidedigno a uma única função, por exemplo.

A atualidade, com seus trâmites simbólicos e seus dispositivos intrínsecos, exige do indivíduo performances sucessivas, tendo estas a característica principal da valorização de uma *capacidade de desligar-se* de tudo que se apresenta como duradouro e sólido: este é o ponto principal do estilo de existência estimulada pela pós-modernidade. A *velocidade* com que as coisas acontecem num mundo onde as fronteiras deixaram de existir, somada à distância que se tornou nula por conta dos avanços das tecnologias da internet, demanda do sujeito sempre uma leveza em seus movimentos, a fim de torná-los tão rápidos quanto a evolução das possibilidades.

Nesse mundo, poucas coisas são predeterminadas, e menos ainda irrevogáveis. Poucas derrotas são definitivas, pouquíssimos contratempos, irreversíveis; mas nenhuma vitória é tampouco final. Para que as possibilidades continuem infinitas, nenhuma deve ser capaz de petrificar-se em realidade para sempre. Melhor que permaneçam líquidas e fluidas e tenham “data de validade”, caso contrário, poderiam excluir as oportunidades remanescentes e abortar o embrião da próxima aventura. (BAUMAN, 2001, p. 74).

A nova configuração de tempo e espaço, forjada nos dias de hoje, líquida a possibilidade de cristalizar-se um passado histórico, em virtude da efêmera instantaneidade dos acontecimentos, valorizando, desse modo, um presente contínuo e fugaz, onde não existem condições de perpetuar coisa alguma. Nenhuma obra de arte é capaz de se eternizar no tempo como acontecia em outras épocas, nenhuma música permanecerá significativa e tornar-se-á um clássico nos dias atuais, por exemplo. Num mundo onde tudo pode ser copiado e, posteriormente, modificado, adequado e adestrado, conforme necessidades das mais variadas ordens, o momento seguinte da criação sujeita a obra a mutilações de todas as formas. Uma música que se tornará conhecida não escapará em pouco tempo de ser remixada para poder ser executada em ambientes alheios à sua origem (pistas de dança e festas raves, por exemplo) demolindo o que lhe existia de singular e original. A própria originalidade tornou-se algo cada vez mais difícil de concretizar, especialmente numa configuração sociocultural em que a sensação de que tudo já foi feito e inventado se faz tão presente. O fim das utopias indica a incredulidade humana no potencial criativo e transformador, dessa maneira, os ídolos foram derrubados e os novos referenciais surgem e desaparecem antes de serem vivenciados significativamente. Assim, a possibilidade de fazer e fazer-se sentido, produzindo significados genuínos, nos dias atuais, se torna obsoleta. Toda forma de produção artística e cultural estará sujeita ao processo de globalização, descaracterizando suas qualidades singulares e regionais no globo terrestre, o que antes poderia diferenciá-la e dar-lhe certa identidade autêntica. Todas as produções no cenário pós-moderno nascem da miscelânea produzida pelos entrecruzamentos representativos e simbólicos, os quais estão cada vez mais vazios de significados devido a sua ascensão e queda meteóricas.

Nada pode ser conhecido com segurança e qualquer coisa que seja conhecida pode ser conhecida de um modo diferente – um modo de conhecer é tão bom, ou tão ruim (e certamente tão volátil e precário) quanto qualquer outro. Apostar, agora, é a regra onde a certeza, outrora, era procurada, ao mesmo tempo que arriscar-se toma o lugar da teimosa busca de objetivos. Desse modo, há pouca coisa, no mundo, que se possa considerar sólida e digna de confiança, nada que lembre uma vigorosa tela em que se pudesse tecer o itinerário da vida de uma pessoa. (BAUMAN, 1998, p. 36).

Deste modo, toda atuação do sujeito passa a ser uma sequência de aventuras sempre cambiantes e incertas, em busca de algo que se faz necessário e vital num curto período de tempo representado em sua vida. Um presente fracionado que tão logo se tornará passado, com prazos de validade determinados pelas sucessivas sequências de novos objetos e objetivos vindouros na esteira do ritmo de vida pós-moderno.

Lançar-se no vasto leque de possibilidades infinitas, no desfiladeiro das imprevisibilidades e encruzilhadas substituí, hoje em dia, a antiga performance que se realizava pela busca de metas e realizações de projetos pessoais.

Permeados que somos por um cenário marcado decisivamente por indeterminações constantes, as possibilidades de se investir em projetos de longo prazo se tornaram praticamente nulas.

O ser humano é constituído de projetos, sejam estes conscientes ou inconscientes, e a capacidade de antevermos nossas ações no futuro sempre nos legou a possibilidade de visualizar nosso devir ao longo do tempo. Sendo assim, é característica do homem a necessidade de construir projetos sobre sua própria existência, os quais sempre lhe serviram de ponto norteador e bússola rumo às realizações de seus ideais almejados. Todos os projetos demandam tempo para serem efetivados e realizados, a própria construção subjetiva do mesmo necessita de um período fecundo para a sua constituição simbólica e representativa, bem como sua possível realização e concretização. Mas o fato é que, atualmente, as condições características do mundo internetizado e sem fronteiras, onde o passado é rapidamente esquecido e o presente efêmero é o que importa em primeira instância, acabou por podar consideravelmente as possibilidades de projetarem-se ambições para um futuro a médio e longo prazo. Por esta via, os projetos pessoais deixam de fazer sentido, uma vez que o tempo valorizado por nossa cultura atual não nos permite pensarmos em prazos longínquos. O tempo de realização das atividades, bem como das mais variadas conquistas que os indivíduos podem adquirir, não permite que tais realizações amadureçam a ponto de tornarem-se significativas num sentido subjetivo. Assim, a possibilidade de experienciar, viver a experiência de fato das coisas e dos acontecimentos, é retirada do sujeito em tempos demasiadamente acelerados.

Num mundo em que coisas deliberadamente instáveis são a matéria-prima das identidades, que são necessariamente instáveis, é preciso estar constantemente em alerta; mas acima de tudo é preciso manter a própria flexibilidade e a velocidade de reajuste em relação aos padrões cambiantes do mundo lá fora. (BAUMAN, 2001, p. 100).

Assim, toda maleabilidade demandada dos indivíduos não cria mais as pré-condições para que se solidifiquem determinados projetos e modos de ser e estar no mundo. Da mesma forma, ao contrário do que ocorria em épocas passadas, em que a busca do sujeito por firmar-se a uma identidade, algo que lhe identificasse singularmente e, desta forma, lhe fosse possível conquistar um reconhecimento único diante dos outros, hoje em dia, a cristalização de tal identidade se tornou praticamente impossível e, de fato, até indesejada. Em meio aos múltiplos, confusos, e desordenados referenciais, que em si não garantem qualquer possibilidade de reconhecimento vitalício, o sujeito passa a evitar identificações sólidas, ao passo que sua ascensão no cenário *espetacular* (DEBORD, 1997) depende justamente da sua capacidade de assumir várias identidades, cada qual eficaz num determinado momento específico da cena social. É no cenário concebido como espetáculo que a performance exibicionista dos sujeitos visa ao reconhecimento contínuo de seus espectadores e, para isso, paga-se o preço das identidades fluidas e vazias de sentido e significado.

O indivíduo deve estar a todo o momento preparado para o que há por vir, sem poder apegar-se demasiadamente ao passado, pois no mundo contemporâneo não existe lugar possível para saudosismos de um passado que se esvai com facilidade. O desapego por ambições de eternizar projetos e relacionamentos é pré-condição para poder acompanhar o curso da sociedade contemporânea. Não se estender em atividades duradouras, manter-se leve diante dos pesos dos acontecimentos para que se possa, com facilidade, abandonar determinada posição a fim de usufruir de novas possibilidades – esta é a postura exigida dos indivíduos numa sociedade de referenciais descartáveis e supérfluos em termos de durabilidade.

Manter o jogo curto significa tomar cuidado com os compromissos a longo prazo. Recusar-se a fixar-se de uma forma ou de outra. Não se prender a um lugar, por mais agradável que a escala presente possa parecer. Não se ligar a vida a uma vocação apenas. Não jurar coerência e lealdade a nada ou a ninguém. [...] Proibir o passado de se relacionar com o presente. Em suma, cortar o presente nas duas extremidades, separar o presente da história. Abolir o tempo em qualquer outra forma que não a de um ajuntamento solto, ou uma seqüência arbitrária, de momentos presentes: aplanar o frouxo do tempo num *presente contínuo*. (BAUMAN, 1998, p. 113).

Toda a instabilidade produzida na atualidade, em virtude da noção de tempo predominante (o presente efêmero e fugaz) somada à diminuição do espaço de um mundo virtual sem fronteiras, desloca o sujeito de um centro norteador e o lança num espectro de expectativas futuras, de modo constante, que o impele a uma postura de alerta a todo o momento.

Em face da irrelevância do espaço, fruto da aniquilação do tempo, as possibilidades subjetivas de experimentar o mundo em condições de internalizá-lo, de tornar os dados do mundo representantes simbólicos de conteúdos individuais e, dessa forma dar *significados* às experiências vividas, tornam-se praticamente impossíveis. Em outras palavras, o tempo da contemporaneidade não favorece a subjetivação das experiências, produzindo, assim, sujeitos vazios de significados e referenciais de identificação.

[...] atualmente, o problema da identidade resulta principalmente da dificuldade de se manter fiel a qualquer identidade por muito tempo, da virtual impossibilidade de achar uma forma de expressão de identidade que tenha boa probabilidade de reconhecimento vitalício, e a resultante necessidade de não adotar nenhuma atividade com excessiva firmeza, a fim de poder abandoná-la de uma hora para outra, se for preciso. [...] tudo isso revertendo à central e mais dolorosa das ansiedades: a que se relaciona com a instabilidade da identidade da própria pessoa e a ausência de pontos de referência duradouros, fidedignos e sólidos que contribuiriam para tornar a identidade mais estável e segura. (BAUMAN, 1998, p. 155).

Podemos perceber que, no mundo como nos é apresentado hoje, onde desde as coisas materiais, bens de consumo, produções culturais, diretrizes políticas e culturais, todas se mostrando leves e incertas, a tarefa do sujeito em se adequar a esse movimento perpétuo é árdua, e lhe custa abdicar-se de toda e qualquer possibilidade de segurança. A insegurança cíclica se tornou o peso do homem contemporâneo, que desfruta desenfreadamente do presente instantâneo e evita, assim, consequências duradouras e sólidas que possam repercutir no tempo. Como Freud (1930/1992) apontou em sua metapsicologia, é na defesa contra o sofrimento e desprazer que habita o próprio sofrimento e “mal-estar” em si. Na atualidade, todas estas performances atribuídas ao sujeito contemporâneo (estas como respostas existenciais às demandas socioculturais de nossos dias) causam seu próprio sofrimento.

Se por um lado toda maleabilidade e leveza do sujeito o garantem na participação do cenário atual, por outro lado, os indivíduos padecem das consequências destes modos de ser e estar no mundo. Se conseguimos acompanhar as exigências das demandas do discurso social, isto não se faz sem nenhuma quota de sofrimento, e este reside justamente na concretização de um mero *gozo* alcançada por tais posicionamentos, entre outras coisas. Realização de um gozo na medida em que tudo parece ser possível e realizável sem maiores impedimentos internos ou externos. O momento seguinte às conquistas-relâmpago é o *sentimento de vazio* e incompletude eterna, mesclado de indiferença e “mal-estar” que se concretizam na própria dinâmica do funcionamento espetacular de nosso cenário social.

Diante das estruturas, ou (des)estruturas e dispositivos pós-modernos, o sujeito permanece deslizando em performances sempre titubeantes e incertas, vivenciando nesta dialética o mais intenso sentimento de desamparo e insegurança. A realização de pequenos e fugazes prazeres (sempre que possíveis) se torna um ímpeto aos indivíduos, e ao contrário do que poderia se pensar, presenteia-os com as sensações eternas de *tédio*, *insatisfação* e “*mal-estar*” típicos de nossa atualidade.

1.2 A Cena Social (ou o Palco) do Espetáculo

“... o mensageiro do sonho, nesse terreno que treme
 Da magra mão estendida, da paixão que grita e geme
 Das curvas do firmamento, da claridade da lua
 Solidão do mundo novo, a batucada na rua...
 O espetáculo não pode parar!
 Quando a dor se aproxima fazendo eu perder a calma
 Passo uma esponja de rima nos ferimentos da alma
 O espetáculo não pode parar!”

(CORDEL DO FOGO ENCANTADO, 2002)

Na canção “O espetáculo”, mencionada aqui de forma ilustrativa, o personagem identificado na letra é um palhaço, que, em meio ao seu espetáculo, se esforça para calar suas aflições e angústias, a fim de dar continuidade ininterruptamente à sua exibição diante dos seus curiosos espectadores. Este personagem, bem como sua postura diante da platéia, e a própria platéia, representam dramaticamente cada um de nós diante da cena social forjada em nossa atualidade.

Debord (1997) definiu sabiamente nossa sociedade contemporânea como uma genuína “*sociedade do espetáculo*”. De 1967¹ para cá, suas considerações tornaram-se demasiadamente atuais, demonstrando sua brilhante capacidade intuitiva e crítica no momento em que pôde antever o desdobramento sócio-político-cultural do séc. XXI.

¹ Ano de publicação de “Sociedade do espetáculo” de Guy Debord.

A contemporaneidade, regida sob as égides do capitalismo e do consumismo exacerbado, tem em suas mercadorias e produtos a matéria-prima para a criação e produção das condições espetaculares.

Basicamente, o cenário concebido como espetáculo diz respeito a um espaço de sociabilidade, em que os indivíduos utilizam-se dos “artefatos” disponíveis no mercado capitalista para elevarem-se a uma posição em que possam, ou imaginam poder, ser sempre reconhecidos pelo(s) Outro(s). A produção frenética dos bens de consumo convoca os indivíduos a ocupar um lugar que representa determinado status, e que se concretiza na rápida aquisição e no subsequente abandono dos signos fálicos (objetos de desejo) na sociedade pós-moderna. A sucessiva substituição desses bens pouco duráveis é o que garante o “sucesso” dos sujeitos.

A própria finalidade do “Palco Social” é não permitir um fim ao desejo dos consumidores, produzindo uma insaciabilidade contínua, mantendo-se, desse modo, o eterno retorno do consumo espetacular. “No espetáculo, imagem da economia reinante, o fim não é nada, o desenrolar é tudo. O espetáculo não deseja chegar a nada que não seja ele mesmo” (DEBORD, 1997, p. 17).

Como dissemos, os produtos e acessórios fabricados e expostos desenfreadamente nas vitrines, que aguardam o apetite voraz e insaciável dos consumidores, servem como adereços a serem ostentados pelos atores no espetáculo.

Ostensivamente, os espetáculos existem para dar vazão à agitação dos “eus íntimos” que lutam para se expor; de fato, são os veículos da sociedade de consumo de uma “educação sentimental”: expõem e carimbam com a aceitação pública o anseio por estados emotivos e suas expressões com os quais serão tecidas as “identidades inteiramente pessoais”. (BAUMAN, 2001, p. 102).

Neste sentido, podemos identificar, na dinâmica da cena contemporânea, um *narcisismo* propriamente dito, expressando-se por meio do exibicionismo – o narcisismo dos indivíduos como mola propulsora das performances espetaculares. A sociedade do espetáculo pressupõe uma cultura essencialmente narcisista, na qual o eu deve a todo instante se expor ao Outro, demandando sempre seu reconhecimento e aceitação. Desta forma, os indivíduos executam uma performance das aparências, em que a exterioridade apresentada de forma estética tenta capturar os olhares dos espectadores. Na atualidade, todos desejam seus “15 minutos de fama”, onde poderão (a)parecer na cena social e, conseqüentemente, ter suas necessidades narcísicas alimentadas pelas atenções voltadas em sua direção.

O cenário espetacular convida a todos para ascender ao palco do exibicionismo pós-moderno. As condições são criadas a todo instante, instigadas pelo discurso social que prioriza as personalidades capazes de se exporem à coletividade, aos exibicionistas “descolados” de nossa atualidade, àqueles que não se inibem diante do público ávido por performances desinibidas e extrovertidas. O Outro social, este que se constitui pelo discurso midiático incluindo em sua mensagem as categorias de valorações forjadas na atualidade, constituídos de padrões alheios às próprias personalidades individuais, este discurso vigente demanda sempre do indivíduo uma versatilidade e uma incapacidade de se ruborizar diante das repercussões de sua exibição na cena social.

Qualquer um pode aparecer no espetáculo para exhibir-se publicamente [...]. Quando a posse de um “*status midiático*” assume importância muitíssimo maior que o valor daquilo que se foi capaz de fazer realmente, é normal que esse *status* seja transferível com facilidade e confira o direito de brilhar, de modo idêntico, em qualquer lugar. (DEBORD, 1997, p. 174).

Desta forma, o (a)parecer na cena social tornou-se questão de sobrevivência para as individualidades, dado a primazia que é relegada a tais performances nos dias atuais. (A)parecer, no cenário social, em ambos os sentidos que a própria escrita da palavra pode significar, neste contexto, ou seja: aparecer diante da massa com toda potência dos atributos do exibicionismo, ao mesmo tempo em que nessa aparição, no máximo, faz-se por apenas parecer (parecer-se, assemelhar-se) uma determinada imagem idealizada, parecer-se com algo ou alguém.

No início do capitalismo, a dialética subjetiva dos indivíduos consistia numa degradação do *ser* para o *ter*. O sucesso naquele momento específico, bem como as realizações e conquistas satisfatórias para o ego, dependiam de *quanto* poderia se acumular em bens e dinheiro. Ter posses que representassem sua riqueza capital era o que movia os indivíduos em termos de dinâmicas subjetivas na sociabilidade daquela época, enquanto hoje em dia, ter já não representa muito se isto de fato não servir para a aparição diante do cenário espetacular. Temos, então, na atualidade, um deslizamento do *ter* para o *parecer* ou (a)*parecer* diante do espaço social e, neste sentido, toda realidade individual torna-se social.

O que está ocorrendo não é simplesmente outra renegociação da fronteira notoriamente móvel entre o privado e o público. O que parece estar em jogo é uma redefinição da esfera pública como um palco em que dramas privados são encenados, publicamente expostos e publicamente assistidos. (BAUMAN, 2001, p. 83).

É fácil percebermos como as exposições tornaram-se performances excessivamente estimuladas e valorizadas nos dias de hoje, haja vista os tantos programas de reality shows, por exemplo. Além de toda a variabilidade possível de relacionamentos viabilizados pela internet, onde o espaço de sociabilidade é forjado da maneira que o indivíduo quiser, entre outros exemplos. Tanto na rede virtual quanto nos programas televisivos mencionados, o que está em evidência é sempre o desfile e a exposição das personalidades. Neste cenário, o exibicionismo, produto da cultura narcisista vigente, encontra seu palco de apresentação e reconhecimento, exercendo uma performance das aparências e das imagens.

O espetáculo produz signos representados por imagens, imagens estas idealizadas pelos espectadores que sempre demandam mais e mais signos que passam a servir de símbolos identificatórios num curto período de tempo. No momento seguinte, como “o espetáculo não pode parar”, outros símbolos serão apresentados diante de nossos olhos, outros objetos de desejo se constituirão por meio da produção de pseudo-necessidades concebidas na atualidade espetacular. Numa cultura onde a aparência é fundamental, a produção de imagens espetaculares garante a fidelidade do público ao espetáculo. “Considerado de acordo com seus próprios termos, o espetáculo é a *afirmação* da aparência e a afirmação de toda vida humana - isto é social – como simples aparência” (DEBORD, 1997, p. 16).

“Esse corpo de lama que tu vê é apenas a imagem que sou”

(SCIENCE; ZUMBI, 1996)

De outro lado, um espetáculo depende de espectadores e público para seu sucesso, e que este se delicie com as apresentações, uma plateia que presenteie seus protagonistas com aplausos e reconhecimento.

Nós todos estamos, enquanto individualidades, em convívio dialético com a coletividade e o social, sempre personificando atitudes e posturas subjetivas diferentes que se mesclam constantemente, ao passo que somos inseridos no corpo social sempre nas duas condições: como plateia/espectadores e, ao mesmo tempo, como personagem protagonista de algum episódio relâmpago de nossa existência particular, exposta socialmente.

Neste sentido, todos somos atores e espectadores da *sociedade do espetáculo*, quer queiramos quer não. “[...] A realidade surge no espetáculo, e o espetáculo é real. Essa alienação recíproca é a essência e a base da sociedade existente” (DEBORD, 1997, p. 15).

Para o espectador, o espetáculo é hipnótico. Considerando que o cenário espetacular da atualidade se forja da matéria-prima das condições pós-modernas, ou seja: a velocidade, instantaneidade e fugacidade dos fatos principalmente, então temos sujeitos que, na turbulência das imagens espetaculares, buscam incessantemente por identificações. Os signos produzidos na sequência estonteante do ritmo da atualidade convocam os sujeitos a uma completa “passividade subjetiva” à qual, como espectadores, somos alienados de nossas reais necessidades e desejos. Os espectadores tornam-se incapazes de julgar, avaliar e criticar qualquer coisa que seja, pois isto requer um tempo de contemplação impossível de se concretizar nos dias atuais. A sucessiva sequência de imagens cria as condições da alienação:

O fluxo de imagens carrega tudo, [...] como perpétua surpresa arbitrária que não deixa nenhum tempo para a reflexão, tudo isso independente do que o espectador possa entender ou pensar. Nessa experiência concreta da submissão permanente encontra-se a raiz psicológica da adesão tão unânime ao que aí está; [...] o discurso espetacular faz calar, além do que é propriamente secreto, tudo o que não lhe convém. O que ele mostra vem sempre isolado do ambiente, do passado, das intenções, das conseqüências. (DEBORD, 1997, p. 188).

Em todos os sentidos, o espetáculo se encarrega da tarefa de dicotomizar o tempo, tornando-o um presente fugaz e efêmero, excluindo os vínculos do passado e futuro, em que a única temporalidade possível é o presente perpétuo.

Esse vivido individual da vida cotidiana separada fica sem linguagem, sem conceito, sem acesso crítico ao seu próprio passado, não registrado em lugar algum. Ele não se comunica. É incompreendido e esquecido em proveito da falsa memória espetacular do não memorável. (DEBORD, 1997, p. 177).

O sucesso da cena espetacular consiste, justamente, em ludibriar o olhar dos espectadores, com movimentos rápidos e sobrepostos, de forma que qualquer novidade não possa jamais se tornar velha, mas antes, seja substituída por mais uma *novidade!*

Em meio aos diversos estímulos mercadológicos e ideológicos (estes subjacentes aos primeiros), os indivíduos pasmam embasbacadamente num primitivo estado de alerta, no qual a atenção requer o desligamento de tudo que possa desconcentrar-lhe, pois participar do espetáculo demanda estar de prontidão às novas seqüências infindáveis de imagens e símbolos midiáticos.

“Nunca foi possível mentir com tão perfeita ausência de conseqüências. O espectador é o suposto ignorante de tudo, não merecedor de nada. Quem fica sempre olhando, para saber o que vem depois, nunca age: assim deve ser um bom espectador” (DEBORD, 1997, p. 183).

Diante deste cenário forjado em nossos dias, os indivíduos não são mais capazes de distinguirem eficazmente seus próprios desejos e necessidades daquelas pseudo-necessidades instigadas por um discurso Outro. No momento em que determinadas necessidades se tornam importantes socialmente, ou seja, são valorizadas como prioridades naquilo em que elas são capazes de representar em termos de signos/símbolos de status, o consumo de determinados produtos e estilos de (a)parecer na cena social se torna um imperativo ao sujeito. Aderir ou atender às demandas espetaculares tem o seu custo (o de abdicar-se de representações fixas e individuais), e tem ainda a não participação nesta cultura vigente; pois não aderir ao discurso atual significa estar à margem da coletividade, não podendo ser reconhecido por esta.

No entrecruzamento das pseudo-necessidades produzidas pelo espetáculo com a exibição brilhosa das imagens elevadas ao status de ideais a serem consumidos, o indivíduo desencontra-se de si mesmo. As pseudo-necessidades são produzidas a partir do momento em que o estímulo ao consumo se faz como a ordem-do-dia. Na ânsia por um sentimento de pertença nesta sociedade, as individualidades apressam-se por adquirirem os artefatos mais modernos do mercado, os adereços da última moda, a mais nova versão de determinado produto, tudo isso acontecendo antes mesmo das aquisições anteriores ofuscarem-se por sua própria conta. O consumo de produtos, os quais são idealizados em imagens que representam as pseudo-necessidades (necessidades produzidas pelo discurso social), produz, assim, as condições de isolamento, o verdadeiro afastamento entre o homem e o homem.

Em última instância, o que temos é um cenário alienador para os sujeitos, no qual as constelações de imagens valorizadas por um discurso Outro (social) convocam essas individualidades a vivências que não lhe dizem respeito em primeira ordem, mas que, contudo, foram mitigadas por meio da produção das pseudo-necessidades sociais. O desejo dos espectadores não se localiza em lugar algum, dado que o espetáculo se baseia na sucessiva substituição dos símbolos de status no cenário contemporâneo.

A alienação do espectador em favor do objeto contemplado (o que resulta de sua própria atividade inconsciente) se expressa assim: quanto mais ele contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo. Em relação ao homem que age, a exterioridade do espetáculo aparece no fato de seus próprios gestos já não serem seus, mas de um outro que os representa por ele. É por isso que o espectador não se sente em casa em lugar algum, pois o espetáculo está em toda parte. (DEBORD, 1997, p. 24).

Nesse entrelaçamento de performances, mesmo que o indivíduo recuse sua participação neste cenário espetacular, ainda assim suas resistências ao modelo de sociedade vigente se expressarão sob os mesmos axiomas da cultura dominante. O espetáculo está em

toda parte, e as tentativas de escapar à cena, do mesmo modo, emergem fazendo-se existir sob os trâmites espetaculares. Isto porque as individualidades só podem expressar-se utilizando da mesma linguagem em que se formam as culturas dominantes, mesmo que a intenção seja a não participação neste cenário da atualidade.

O indivíduo que foi marcado pelo pensamento espetacular empobrecido, *mais do que qualquer outro elemento de sua formação*, coloca-se de antemão a serviço da ordem estabelecida, embora sua intenção subjetiva possa ser o oposto disso. Nos pontos essenciais, ele obedecerá à linguagem do espetáculo, a única que conhece, aquela que lhe ensinaram a falar. Ele pode querer repudiar essa retórica, mas vai usar a sintaxe dessa linguagem. Eis um dos aspectos mais importantes do sucesso obtido pela dominação espetacular. (DEBORD, 1997, p. 191).

A dominação espetacular é plena sobre as subjetividades individuais e/ou coletivas, ao passo que a tentativa de fuga deste regime social se revestirá das malhas finas do próprio espetáculo, pois a cena espetacular é real, e cria a seu bel-prazer a realidade vivida em nossa atualidade. Um exemplo disso é a representação que a *violência*, de uma forma geral, tem para aos espectadores nos dias de hoje. As mortes, os assassinatos, os acidentes e roubos, enfim, tudo isso quase que se tornou algo da ordem do natural, ao mesmo tempo em que são expostos nas primeiras páginas dos jornais e garantem a “bilheteria” e a audiência inquestionável do espetáculo. As próprias performances da violência na atualidade se desdobram sob esta mesma égide, como por exemplo, as sucessivas rebeliões em presídios, onde os presos expõem suas armas às equipes de TV, ou a guerra do tráfico, em que seus atores protagonistas, à procura das lentes das câmeras, compõem-se tanto de traficantes quanto da própria polícia e suas operações especiais, etc. E, mesmo aquela violência “privada” que ocorrera sem pretensões espetaculares, esta também será exposta de modo espetacular pelos veículos de comunicação midiáticos. A captura e produção de imagens espetaculares concretizam a política do “pão e circo” para as individualidades, que buscam nos trâmites do espetáculo suas referências de identificação.

Em suma, no cenário social contemporâneo, tal como foi definido como uma verdadeira *sociedade do espetáculo*, todos somos protagonistas e espectadores. O Palco de teatralidade das individualidades é alimentado por nosso narcisismo, enquanto atores da cena social, e sustentado pelos picos de audiência, enquanto plateia das ilusões e da vivência das pseudo-necessidades, produzidas por tal configuração sociocultural. Assim, a alienação dos sujeitos é um fato cíclico e perpétuo, pois, a identificação passiva do espectador o impele a uma inércia subjetiva, na qual as pseudo-necessidades tomam o lugar de seu verdadeiro desejo e, do mesmo modo, sua atuação enquanto ator/protagonista é ornamentada pelos

símbolos espetaculares que, em última instância, representam sempre apenas uma simples e efêmera (a)parência.

1.2.1 Estranhos ao espetáculo

Todas as sociedades produzem seus estranhos.

A partir do momento em que temos um discurso que prioriza e privilegia determinadas formas específicas de condutas e modos de ser e estar no mundo, estamos diante de um cenário predeterminado em que os indivíduos são impelidos a ocupar.

Na atualidade, o cenário espetacular pós-moderno autentica e reconhece os sujeitos-personagens capazes de participarem efetivamente de seus trâmites, ao passo que relegam ao limbo os que, por diversos motivos, apresentam-se aquém ou além do discurso social vigente.

Em todas as épocas, desde o momento em que os seres humanos passaram a se constituírem em grupos, sempre houve, por assim dizer, uma divisão de classes: as classes dominantes e as classes dominadas.

Todas as sociedades criam suas determinadas regras, bem como seus ideais supervalorizados, contudo, jamais criam as possibilidades para que todos os indivíduos e grupos sociais consigam conquistar seu quinhão de participação na cena proposta. Nos dias de hoje esta situação é facilmente visível. De fato, a maior parte da população (tomando-se o caso do Brasil) está à margem do ideal de felicidade e bem-estar estimulado pelo discurso capitalista e consumista. O número de excluídos é sempre superior ao contingente de pessoas que podem desfrutar das maravilhas do mundo novo.

Numa sociedade de consumo, os indivíduos necessitam de poderes aquisitivos consideráveis para conseguirem usufruir dos produtos que lhe garantiriam acesso ao espetáculo. Em sua raiz, a essência do ideal capitalista pressupõe sempre uma pequena elite dominadora em contraposição a uma maioria de excluídos e marginalizados. As formações de qualquer espécie de elite dependem, intrinsecamente, da produção dos excluídos e dominados. Desta forma, a própria possibilidade de participação efetiva por parte das classes assujeitadas se torna praticamente impossível, uma vez que as condições básicas para a viabilização disso

lhes são retiradas de antemão. Geralmente, as subclasses possuem subempregos (quando possuem), sobrevivendo de subsalários, construindo subestilos de existência, sendo perpetuamente subjugados pelas elites espetaculares.

Se os estranhos são pessoas que não se encaixam nos mapas cognitivos, moral ou estético do mundo [...] se eles poluem a alegria com a angústia, ao mesmo tempo em que fazem atraente o fruto proibido; se, em outras palavras, eles obscurecem e tornam tênues as linhas de fronteira que devem ser claramente vistas; se, tendo feito tudo isso, geram a incerteza, que por sua vez dá origem ao mal-estar de se sentir perdido – então cada sociedade produz esses estranhos. [...] ela não pode senão gerar pessoas que encobrem limites julgados fundamentais para a sua vida ordeira e significativa, sendo assim acusadas de causar a experiência do mal-estar como a mais dolorosa e menos tolerável. (BAUMAN, 1998, p. 27).

Assim sendo, podemos compreender que estes “estranhos”, produzidos no âmago das condições sociais, representam uma parcela de fracassados e incapazes. Ao mesmo tempo em que sua existência é pré-condição para a possibilidade de existência das elites, estes excluídos são identificados pelos signos do fracasso social. São, por assim dizer, a vergonha do ideal de sucesso espetacular, estes que devem ser escondidos do Palco Social, pois sua simples presença incomoda as classes dominantes, é uma presença ameaçadora representantes-símbolos da miséria e da falta de sorte. “A sociedade proclamou-se oficialmente espetacular. Ser conhecido fora das relações espetaculares equivale a ser conhecido como inimigo da sociedade” (DEBORD, 1997, p. 180).

Hoje em dia, todo o espectro de instabilidades e incertezas dos dispositivos pós-modernos – estes se concretizando na liquefação das instituições e dos bens duráveis –, tudo isto perpetua, por fim, a marginalização dos excluídos da sociedade espetacular. Indivíduos que nascem e crescem sob condições bio-psico-sociais desfavoráveis, muito raramente conseguirão reverter tal situação ao longo de sua existência. Isto porque a continuidade do espetáculo depende da ininterrupta reprodução da miséria e de seus excluídos. As elites, a possibilidade de existir determinado status mesmo que imaginário, a existência da fama e posições de destaque, tudo isso só é possível numa configuração social em que a heterogeneidade das classes é alicerce das relações desiguais de poder. Algo só pode ser desejado e almejado quando falta àquele que o contempla; do mesmo modo, o reconhecimento provém dos pares de iguais, mas, fundamentalmente daqueles que são “inferiores” a tal condição e que desejam o mesmo status e reconhecimento dos personagens assistidos.

Não requeridas como produtoras, inúteis como consumidoras – elas são pessoas que a “economia”, com sua lógica de suscitar necessidades e satisfazer necessidades,

poderia muito bem dispensar. O fato de estarem por perto e reivindicarem o direito à sobrevivência é um aborrecimento para o restante de nós. [...] Não há emprego suficientemente significativo para todas essas pessoas vivas e não há muita perspectiva de, algum dia, equiparar o volume de trabalho com a multidão daqueles que o querem e o necessitam para escapar à rede de “transferências secundárias” e ao estigma a ela associado. (BAUMAN, 1998, p. 196).

Os ditos “fracassados” na cena espetacular, encontram-se, por assim dizer, numa posição subjetiva de extremo desamparo em relação à *sociedade do espetáculo*. Como se não bastasse sua miséria em termos de recursos financeiros e materiais, estes sujeitos ainda sofrem as sucessivas frustrações simbólicas da contemporaneidade capitalista ao extremo.

Por fim, os “estranhos ao espetáculo” não pertencem somente às classes dominadas, àquelas sem favorecimento financeiro e educacional, em suma, os ditos pobres e miseráveis. O espetáculo produz seus estranhos, independente da classe social a que pertencem os indivíduos. Assim, os estranhos na atualidade são todos aqueles indivíduos que não compartilham da adesão ao espetáculo, seja por motivos de força maior provindos de circunstâncias reais, seja por uma intenção e opção voluntária. A relutância do sujeito em aderir às identificações com os símbolos brilhosos do espetáculo, preservando sua identidade particular em meio a toda cultura globalizante e massificadora, o destina a um rótulo de “inimigo nocivo” da sociedade.

Neste cenário, o espetáculo está em toda parte, e as demandas veiculadas pelos discursos sociais fazem o sujeito titubear diante de suas decisões. O mal-estar pertencente aos estranhos, neste sentido, diz respeito ao sentimento de *dúvida* permanente – produto das multipossibilidades espetaculares, bem como, um sentimento de *culpa* e *dúvida* para com a sociedade do espetáculo.

1.3 Sociedade do Consumo

Poder participar efetivamente e atender as demandas e exigências de uma sociedade que se desenvolve sob o primado do capitalismo pressupõe que sejamos ávidos consumidores da avalanche de bens e produtos à nossa disposição. Hoje, temos ao nosso dispor uma variedade infinita de bens de consumo, uns superando os anteriores antes mesmo que os

primeiros encontrem sua própria inutilidade pelo excesso de uso. Aliás, a característica fundamental da nossa atualidade pós-moderna é que, não se visa como outrora, uma alta e desejada durabilidade das coisas. Ao contrário, a mensagem transmitida é a mensagem da maleabilidade e flexibilidade, alcançando, assim, uma velocidade estonteante de sucessivas substituições de produtos ao menor sinal de alguma novidade.

Esta sociedade, concebida sabiamente por Debórd (1997) como uma “sociedade do espetáculo”, obtém seus artefatos do capitalismo exacerbado (produtos e mercadorias) para compor seu cenário glamouroso e convidativo aos indivíduos. Desta forma, a possibilidade de atuar satisfatoriamente no palco forjado socialmente depende, intrinsecamente, da alta capacidade de consumo dos indivíduos e da sociedade de uma forma geral. E consumir sempre cada vez mais, pois esta é a performance que o sistema demanda de seus consumidores.

Como é bem sabido, dado o ritmo em que novos produtos são lançados no mercado e exibidos brilhantemente nas vitrines, os consumidores permanecem sempre um passo aquém das evoluções ofertadas. Como Bauman (2001, p. 86) nos ilustra: “Na corrida dos consumidores, a linha de chegada sempre se move mais veloz que o mais veloz dos corredores; mas a maioria dos corredores na pista tem músculos muito flácidos e pulmões muito pequenos para correr velozmente”.

Assim, os produtos recém-adquiridos tornam-se descartáveis, no mesmo momento em que surge um novo modelo de certo utensílio. Escancaram-se diante do consumidor infinitas possibilidades num curtíssimo intervalo de tempo, o que torna seu apetite pelo consumo algo que passa a se conviver com uma quota necessária de angústia.

O mundo cheio de possibilidades é como uma mesa de bufê com tantos pratos deliciosos que nem o mais dedicado comensal poderia esperar provar de todos. Os comensais são *consumidores*, e a mais custosa e irritante das tarefas que se pode pôr diante de um consumidor é a necessidade de estabelecer prioridades: a necessidade de dispensar algumas opções inexploradas e abandoná-las. A infelicidade dos consumidores deriva do excesso e não da falta de escolha. (BAUMAN, 2001, p. 75).

O excesso se torna sufocante para o consumidor que, por mais que se esforce em sua escolha, permanecerá sempre com um sentimento de dúvida com relação às aquisições que acabara de realizar. Diante de possibilidades mil, nenhuma garantia é totalmente confiável e suas escolhas se exercem sempre de forma titubeante.

Na corrida para acompanhar as evoluções tecnológicas de celulares, televisores, computadores, aparelhos, enfim, de todas as espécies, estamos fadados a alcançar sempre, no

máximo, um segundo lugar no podium mercadológico. Em consequência da excessiva oferta destes bens de consumo, é o desejo do consumidor que se torna uma pseudo-necessidade eternamente insaciável.

A mercadoria, uma vez que exposta como um atributo altamente valorizado em determinado momento (no presente-relâmpago) da cena social, passa a ser um verdadeiro objeto de fetiche para os consumidores, os quais idealizam o produto, conferindo-lhe características fantásticas e ideais. Este objeto passa, então, a representar simbolicamente um determinado indicador de status no cenário espetacular, um verdadeiro passaporte para o rol da fama, onde o sujeito possa se sentir reconhecido pelo Outro social. Contudo, esta pseudo-necessidade, produzida pelo estímulo do consumo em excesso, cria uma verdadeira insaciabilidade do desejo consumidor. Fruto da multiplicidade de alternativas disponíveis e da incerteza das escolhas realizadas, a insatisfação e o posterior sentimento de frustração são perpétuos.

O ímpeto de consumo, exatamente como o impulso de liberdade, torna a própria satisfação impossível. Necessitamos sempre de mais liberdade do que temos [...]. É nessa abertura em relação ao futuro, na ultrapassagem de toda situação encontrada e preparada de antemão ou recém-estabelecida, nesse entrelaçamento do sonho e do horror da satisfação, que se acham as raízes mais profundas do turbulento, refratário e autopropulsor do dinamismo da cultura. (BAUMAN, 1998, p. 175-716).

Ao passo que os consumidores servem-se da ampla liberdade de escolha e se esbaldam na aquisição nunca suficiente de mais e mais produtos, na mesma proporção das aquisições o sentimento de mal-estar e incompletude perpetuam-se. Em meio às ofertas vindouras no ritmo velozmente vertiginoso, a produção das pseudo-necessidades é incessante, ao tempo que suas realizações, de forma completamente satisfatórias, são sempre impossíveis.

1.3.1 O outro como mercadoria

Em nossa atualidade, todas as características peculiares deste período, como foram consideradas anteriormente, regem todas as condutas humanas. Desta forma, as relações, os inter-relacionamentos dos indivíduos obedecem aos mesmos trâmites “líquidos” da cultura atual.

Em se tratando dos relacionamentos, nos dias de hoje, o que temos é uma tendência de se acumular relações que não visam à durabilidade e ao compromisso. Evitar o comprometimento com o outro preserva aberto o leque de possibilidades e, dessa maneira, pode-se obter o tão almejado prazer imediato e livre de consequências.

Hoje em dia, os “relacionamentos de bolso” estão na moda, aqueles números de telefones guardados na manga que podem nos garantir a concretização de um *gozo* imediato e instantâneo. Conhecer a outra pessoa, saber de sua história pessoal, bem como seu nome, seu endereço, etc., tudo isto se tornou desnecessário, e porque não dizer, verdadeiramente evitado. Numa modalidade de relacionamentos cuja prioridade é vivenciá-los instantaneamente e sem consequências, saber algo sobre o outro é uma ameaça à liberdade individual.

Em contrapartida, demonstrar intenção de aprofundar e estreitar laços afetivos passou a ser motivo de certa vergonha diante da sociedade consumista que incita os relacionamentos-relâmpagos. “Com a ação por impulso profundamente incutida na conduta cotidiana pelos poderes supremos do mercado de consumo, seguir um desejo é como caminhar constrangido, de modo desastrado e desconfortável, na direção do compromisso amoroso” (BAUMAN, 2004, p. 27).

As relações afetivas, dessa forma, obedecem à mesma dinâmica da lógica de consumo. Os consumidores substituem seus produtos e mercadorias freneticamente, num impulso de sempre poderem adquirir as mais recentes novidades. Já as relações afetivas acabaram por adquirir esta mesma lógica consumista. Na grande maioria dos relacionamentos atuais o outro é rapidamente esquecido e desconsiderado após o envolvimento oportuno. O próprio envolvimento em si não se cristaliza, pois eliminaria todas as outras possibilidades de encontros futuros e experiências de prazeres imediatos.

Atualmente, os indivíduos são “socialmente empenhados”, em primeiro lugar, através de seu papel como consumidores, não produtores: o estímulo de novos desejos toma o lugar da regulação normativa, a publicidade toma o lugar da coerção, e a sedução torna redundantes ou invisíveis as pressões da necessidade. Nessa espécie de contexto, as estruturas firmes e elásticas do tipo “até que a morte nos separe”, indispensáveis no poder panóptico, perdem sua utilidade: elas se tornam até “disfuncionais”, se medidas pelos pré-requisitos da integração do tipo “de mercado”. Desse modo, a emancipação sexual dos nossos dias faz lembrarmo-nos de chutar um adversário que já caiu. (BAUMAN, 1998, p. 185).

Assim, o outro passou a ser um mero objeto que representa e concretiza a realização de um prazer instantâneo e fugaz: um *gozo*.

Esta modalidade de relacionamento visa ao outro como um corpo capaz de proporcionar prazer imediato num determinado momento. Toda dimensão afetiva é excluída nestas formas de relacionamento, a busca pelo prazer insaciável subjuga o outro a um status de mercadoria, que logo cairá em desuso tornando-se rapidamente descartável assim como os bens de consumo.

Bauman (2004), utilizando-se de uma analogia com o “*homo sapiens*”, considera o “*homo sexualis*” como a espécie humana da atualidade:

O *homo sexualis* não é uma condição, muito menos uma condição permanente e imutável, mas um processo, cheio de tentativas e erros, viagens exploratórias arriscadas e descobertas ocasionais, intercaladas por numerosos tropeços, arrependimentos por oportunidades perdidas e alegrias por prazeres ilusórios. (BAUMAN, 2004, p. 75).

De certa forma, a performance do “*homo sexualis*” pós-moderno carrega a preocupação latente e implícita de se evitar os sofrimentos e as frustrações sentimentais que podem ocorrer nas formas de relacionamentos mais duradouros. Um dos “mandamentos” da atualidade é que não devemos sofrer; todo o tipo de sofrimento é visto com certo receio e desconfiança, pois num mundo onde tantos subterfúgios para as dores da alma se mostram disponíveis, o sujeito pode e deve isentar-se destas espécies de dissabores.

Com os relacionamentos afetivos a coisa não é diferente. Ao priorizarem-se relacionamentos que não visam à durabilidade evita-se a possibilidade de dor e sofrer típicos dos envolvimento amorosos.

O sujeito pós-moderno trocou seu quinhão de estabilidade nas uniões mais duradouras pelos múltiplos prazeres sexuais facilmente possíveis nas relações sem compromisso, em nome de sua liberdade individual, contudo, sua insatisfação cíclica se torna permanente.

O *homo sexualis* está condenado a permanecer para sempre incompleto e irrealizado – mesmo numa era em que o fogo sexual, que no passado se teria arrefecido, agora deve ser, espera-se, novamente insuflado pelos esforços conjuntos de nossas ginásticas miraculosas e de nossos remédios maravilhosos. A viagem nunca termina, o itinerário é recomposto a cada estação e o destino final é sempre desconhecido. (BAUMAN, 2004, p. 74).

O “mal-estar” oriundo destas formas de relacionamentos afetivos na atualidade consiste, justamente, na fragilidade de tais envolvimento. O *gozo*, que em si é essencialmente diferente de prazer, mescla a satisfação com um sentimento de horror e decepção e, neste sentido, a busca desenfreada por quantidades visa suprir a carência de qualidade nestes

relacionamentos. “Quando a qualidade o decepciona, você procura a salvação na quantidade. Quando a duração não está disponível, é a rapidez da mudança que pode redimi-lo” (BAUMAN, 2004, p. 77).

O *homo sexualis* passa a ser, então, um colecionador de inúmeras experiências afetivas e sexuais, as quais, por sua vez, totalmente vazias de sentido e significados dado que o objetivo de tais relações é obter o prazer imediato sem estabelecer-se um compromisso com o outro. Por esta via, os relacionamentos, na atualidade, são caracterizados pelo efeito catártico do gozo imediato, priorizando o momento do eterno presente efêmero e fugaz, sem a continuidade deste envolvimento no futuro.

São, enfim, relações baseadas no encontro e fusão dos corpos, o outro tal como uma mercadoria que pode oferecer uma quota de prazer num determinado momento propício. Contudo, toda forma de envolvimento para além do prazer momentâneo, representa para os sujeitos um verdadeiro aprisionamento, significa a finitude da liberdade individual sexual e sentimental.

Nos compromissos duradouros, a líquida razão moderna enxerga a opressão: no engajamento permanente percebe a dependência incapacitante. Essa razão nega direitos aos vínculos e liames, espaciais ou temporais. Eles não têm necessidade ou uso que possam ser justificados pela líquida racionalidade moderna dos consumidores. (BAUMAN, 2004, p. 65).

A permanente troca de parceiros, em que o mandamento de que “a fila tem que andar” se faz como ordem do dia, revela a mesma dinâmica que os sujeitos estabelecem com os produtos e bens de consumo na atualidade. Relacionar-se com alguém passou a ser sinônimo de relacionar-se com alguma coisa qualquer. Uma coisa, um objeto descartável, como nossos utensílios que são rapidamente substituídos por outros modelos mais modernos e eficazes.

A dimensão do tempo em nossos dias, devido a todas as peculiaridades constituintes de nosso cenário espetacular, que condensa o presente perpétuo e acumula uma série de frações de acontecimentos efêmeros, não permite o desenrolar linear da passagem subjetiva do tempo como sempre fora internalizada: passado, presente e futuro. O momento presente desvinculado de sua antecedência passada, bem como da possibilidade do desenrolar-se no futuro, aniquila, por assim dizer, toda e qualquer possibilidade de constituírem-se projetos duradouros. Os projetos não devem existir, a não ser que sejam projetos imediatos sem vistas à permanência, pois a continuidade das relações e envolvimento passou a ser aversiva às individualidades, ao passo que o tempo prolongado representa um atraso se comparado à dinâmica excessivamente veloz do restante da sociedade.

Dizer “desejo” talvez seja demais. É como num shopping: os consumidores hoje não compram para satisfazer um desejo [...] compram *por impulso*. Semear, cultivar e alimentar o desejo leva tempo (um tempo insuportavelmente prolongado para os padrões de uma cultura que tem pavor em postergar, preferindo a “satisfação instantânea”). O desejo precisa de tempo para germinar, crescer e amadurecer. [...] O tempo necessário para o investimento no cultivo do desejo dar lucros parece cada vez mais longo – irritantemente e insustentavelmente longo. (BAUMAN, 2004, p. 26).

De uma forma geral, não só as relações amorosas constituem-se sob a lógica consumista, mas também todos os tipos de inter-relações.

Todas as variadas formas de relacionamento na contemporaneidade acabam por obedecer à lógica consumista, o que resulta na perpetuação do individualismo ao extremo. Independente da natureza da relação, nos dias de hoje, o outro é visto como aquele que pode e deve ser explorado, visando única e exclusivamente o benefício próprio.

A felicidade como a morte é como um concurso milionário da tv, existe um globo infinito com bilhões de bolinhas girando em algum lugar, a cada instante uma deusa retira um número que pode ser o meu, dá pra entender? Por isso, nada de pudores, dá pra entender? Ou você explora o próximo ou o próximo é você, dá pra entender?
(MUNDO LIVRE S/A, 1994).

Assim, as condutas humanas exercidas no âmbito da sociabilidade são mediadas essencialmente pela lógica do valor de uso do outro, relações descartáveis usadas como trampolim para o benefício próprio.

O desvanecimento das habilidades de sociabilidade é reforçado e acelerado pela tendência, inspirada no estilo de vida consumista dominante, a tratar os outros seres humanos como objetos, pelo volume de prazer que provavelmente oferecem e em termos de seu “valor monetário”. [...] Nesse processo, os valores intrínsecos dos outros como seres humanos singulares (e assim também a preocupação com eles por si mesmos, e por essa singularidade) estão quase desaparecendo de vista. A solidariedade humana é a primeira baixa causada pelo triunfo do mercado consumidor. (BAUMAN, 2004, p. 96).

Predominantemente, as relações estabelecidas pela lógica consumista, que evidenciam o individualismo em nossa cultura narcisista, acabam, por fim, tornando o exercício da sociabilidade numa condição propícia para a exploração do outro, em relações vazias de sentido e significados cujos vínculos são na maioria das vezes frágeis, supérfluos e meramente ocasionais.

1.4 “Mal-estar” e Psicopatologias na Contemporaneidade

Como mencionado anteriormente, a atualidade possui características peculiares que acabam por produzir determinadas formas de subjetivação específicas de nossos dias. O cenário social concebido como o “palco do espetáculo” (*sociedade do espetáculo*) incita as individualidades a priorizarem acima de tudo o semblante da *imagem* e da *aparência* e, por meio do consumo insaciável dos produtos e mercadorias disponíveis, os indivíduos podem, então, ostentar seu semblante brilhoso no cenário espetacular. A valorização extrema da imagem e da aparência evidencia uma demanda sistemática por reconhecimento e aceitação desta sociedade que autentica as individualidades capazes de corresponderem aos ideais estéticos e exibicionistas vigentes supervalorizados de nossos dias.

A busca por determinado status e reconhecimento por meio das performances exibicionistas é sempre uma demanda incondicional de reconhecimento do Outro. Basicamente, o espaço de sociabilidade acaba se reduzindo, nos dias de hoje, a um espectro especular no qual o sujeito só se faz por reconhecer e se autoafirmar pela sua própria imagem refletida no olhar do Outro e, assim, as performances exibicionistas são estimuladas e sempre autenticadas pelas individualidades nas suas buscas por identificações. A função do outro fica então reduzida, nestas formas de inter-relações, a ser um mero objeto que servirá sempre para o autoengrandecimento do próprio ego das individualidades. É por meio da atenção hipnótica do outro que se forja o ego inflacionado dos sujeitos, onde a exibição desmesurada de suas *personas* alicerçam a falsificação da vida social e coletiva, a genuína falsificação por meio da dialética subjetiva do (*a*)*parecer* no cenário social.

Nesse contexto, o sujeito vive constantemente o dilema da tentativa de pertencer e ser reconhecido pela sociedade, ao mesmo tempo em que se esforça para não perder sua identidade. É estabelecida, então, uma relação do sujeito com o social, que em sua essência é contraditória e conflitante, em que as concessões por parte dos indivíduos permitem que se sintam, ao menos um momento, como pertencentes a esta sociedade espetacular, ao passo que, no sentido contrário, um posicionamento mais singular e individual com o qual não se adere aos padrões e ideais da atualidade lhe legam um sentimento de exclusão e rejeição. Numa modalidade sociocultural na qual o reconhecimento é parcial e momentâneo, independente dos esforços que se faça, e o desprezo e a anulação dos “estranhos” se concretiza, é sempre o sujeito quem sai perdendo algo.

A supressão da personalidade acompanha fatalmente as condições da existência submetida às normas espetaculares _ cada vez mais afastada da possibilidade de conhecer experiências autênticas e, por isso, de descobrir preferências individuais. Paradoxalmente, o indivíduo deve desdizer-se sempre, se desejar receber dessa sociedade um mínimo de consideração. Essa existência postula uma fidelidade sempre cambiante, uma série de adesões constantemente decepcionante, produtos ilusórios. Trata-se de correr atrás da inflação dos sinais depreciados da vida. A droga ajuda a pessoa a se conformar com essa organização das coisas; a loucura ajuda a evitá-la. (DEBÓRD, 1997, p. 191).

Em suma, a corrida das individualidades em busca do reconhecimento da sociedade forjada por meio dos trâmites espetaculares é a pré-condição para os sentimentos de “mal-estar” na atualidade, seja por meio do torpor psíquico produzido pelas drogas, seja pelo viés do próprio adoecimento subjetivo. Na cena espetacular, onde a possibilidade de reconhecimento só se faz por meio da estetização da imagem e da aparência, os sujeitos são conduzidos a estilos de existência cada vez mais individualistas.

A construção das personalidades forjadas sob aspectos psíquicos de ordem ego-ideal (em que a dimensão de alteridade é sempre intolerável e evitada) constitui, assim, uma sociedade de natureza essencialmente narcisista. Todos os empreendimentos do sujeito visam sempre a sua autoafirmação egóica, onde o outro é apenas um corpo para ser usado oportunamente e, posteriormente, descartado, tanto nos seus atributos físicos – um corpo para o gozo –, quanto para subjugar o desejo outro em face de seu próprio desejo de origem narcísica.

[...] o que se denomina cultura pós-moderna gira em torno de um neo-individualismo exacerbado e hedonista, ligado a uma subjetividade consumista pronta para substituir a relação com pessoas pela relação com aparelhos e coisas, considerada frequentemente como narcisista. (FUKS, 1998-1999, p. 69).

Como mencionamos, toda esta dialética subjetiva marcadamente narcisista veicula o individualismo extremo, em que as trocas das inter-relações e o convívio com a dimensão de *alteridade* subjetiva se tornam impossíveis. Numa sociedade narcisista, as diferenças são sempre intoleráveis, o sujeito, ao se engrandecer à custa do outro (este como mero trampolim e artefato para as possibilidades de gozo), acaba por atropelar e desconsiderar a subjetividade Outra, não podendo reconhecer e assimilar qualquer indício de alteridade, o que poderia pôr em risco seu próprio narcisismo. Contudo, nesta relação, se mostra evidente a total dependência do narcisista com relação ao outro, fato aparentemente contraditório, porém, explicativo da essência de toda performance do sujeito com vistas a preservar seu narcisismo avassalador.

O narcisismo representa a dimensão psicológica dessa dependência. [...] o narcisista depende de outros para validar sua auto-estima. Ele não consegue viver sem uma audiência que o admire. Sua aparente liberdade dos laços familiares e dos constrangimentos institucionais não o impedem de ficar só consigo mesmo, ou de se exaltar em sua individualidade. Pelo contrário, ela contribui para a sua insegurança, a qual ele somente pode superar quando vê seu “eu grandioso” refletido nas atenções das outras pessoas, ou ao ligar-se àqueles que irradiam celebridade, poder e carisma. Para o narcisista, o mundo é um espelho ao passo que o individualista áspero o via como um deserto vazio, a ser modelado segundo seus próprios desígnios. (LASCH, 1983, p. 30-31).

Assim, a cultura da atualidade, regida pela primazia da estetização do eu, o qual transparece e se evidencia nas performances subjetivas das individualidades, é o produto, e por que não dizer o *sintoma* da sociedade espetacular, uma vez que, no espetáculo, a imagem é tudo. Na cenografia deste cenário, a própria imagem individual deve ser talhada minuciosamente com vistas à perfeição estética priorizada e estimulada pelos discursos sociais. Com o detrimento dos atributos antes valorizados pelos modos de *ser*, o (*a*)*parecer* rouba a cena, dando origem constitutiva à verdadeira cultura da imagem.

A cultura da imagem é o correlato essencial da estetização do eu, na medida em que a produção do brilharco social se realiza fundamentalmente pelo esmero desmedido na constituição da imagem pela individualidade. Institui-se assim a hegemonia da aparência, que defini o critério fundamental do ser e da existência em sua evanescência brilhosa. Na cultura da estetização do eu, o sujeito vale pelo que parece ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social, lambuzado pela brilhantina eletrônica. (BIRMAN, 2001, p. 167)

Deste modo, capturar o olhar do outro prescinde de que os egos inflem-se diante do espaço de sociabilidade, onde a exterioridade estética sobrepõe qualquer possibilidade de interioridade. Nesse desenrolar performático dos indivíduos, o espaço social enquanto lócus de trocas intersubjetivas fica empobrecido, um vácuo e um vazio se abrem no entremeio das relações, pois uma cultura narcisista e individualista não é capaz de tolerar o “confronto” sadio entre eu-outro. A preservação de um Eu superficialmente composto pelas quinquilharias espetaculares implica que qualquer indício de diferença seja evitado.

Por meio da busca insólita à perfeição estética temos a base das configurações psicopatológicas de ordem narcísica nos dias de hoje, em que a imagem perfeita (segundo os padrões sociais e midiáticos) é perseguida obsessivamente pelos indivíduos, acarretando em empreendimentos neuróticos com relação ao próprio corpo, implicando na existência das variadas formas de bulimias e anorexias, por exemplo, estas se manifestando como a forma mais extrema e radical de uma tentativa subjetiva para inscrever-se nos trâmites espetaculares.

Podemos, finalmente, vincular ao mundo da imagem a valorização contemporânea da superfície em detrimento da interioridade. Na composição da personagem que identifica o sujeito, num cenário social concebido como espetáculo, a imagem do corpo ganha um papel de relevância. (FUKS, 1998-1999, p. 72).

Acompanhando os “distúrbios alimentares” tão comuns ultimamente, há também as variadas formas de *depressões*, *síndromes do pânico* e *toxicomanias* como expressões de um “mal-estar” contemporâneo. O número de casos assim diagnosticados aumenta vertiginosamente, e para além dos serviços de saúde esses termos tornaram-se estereótipos comuns de uso corriqueiro até pelo público leigo, que se identifica com tais rótulos.

De uma maneira geral, as condições que caracterizam o cenário espetacular contemporâneo propiciam estas modalidades específicas de sofrimento. As condições de vida cotidiana a que estamos submetidos em nossa atualidade pós-moderna emergem como dispositivos potencializadores de mal-estar, em que a caricatura do “depressivo”, do “panicado” e do “toxicômaco” evidencia o extremo oposto dos ideais espetaculares.

Os ditos “depressivos”, em-si-mesmos em seu sofrimento e introvertidos demasiadamente, semblantes do silêncio e do vazio, enclausurados em seus cantos íntimos de refúgio, estes, simbolizam, pois, o fracasso de participação na sociedade espetacular, ao mesmo tempo em que expressam sua tentativa de inscrição por meio do adoecimento. Igualmente, os “panicados”, com suas intensas crises de angústia (estas muitas vezes desencadeadas em meio a situações coletivas), e também os “toxicômacos” que se autoalienam por meio da ingestão das drogas criando seu universo próprio de delírio e torpor psíquico, a fim de evitar o desprazer, da mesma forma estes sujeitos assim diagnosticados retratam uma tentativa de se inscreverem na sociedade espetacular, contudo, com o preço do adoecimento.

Produzidas pela medicina clínica, pela psiquiatria e pelo narcotráfico, as toxicomanias são os contrapontos das depressões e da síndrome do pânico, no sentido de que é pelo consumo massivo de drogas que o sujeito tenta regular os humores e efeitos maiores do mal-estar da atualidade. O sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na rede de relações da sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos. (BIRMAN, 2001, p. 249).

Assim, as depressões, síndromes do pânico e as drogadições, são modalidades de mal-estar “produzidas” em larga escala na atualidade, as quais, por suas particularidades, impedem os indivíduos de exercerem o fascínio performático cultuado no palco social espetacular.

Uma vez que as performances exibicionistas são altamente valorizadas e estimuladas em nossa sociedade, os indivíduos diagnosticados dentre estas configurações psicopatológicas não podem exercer o magnetismo esperado por intermédio das forças da imagem e da aparência. Eles também são, entre outros, “os estranhos” da sociedade atual. Como essas modalidades de sofrimento se contrapõem ao ideal da cultura vigente, além do mal-estar característico do próprio sofrimento, o sujeito curva-se com o peso da culpa por encontrar-se em tal situação.

Em uma sociedade onde o sofrer é desnecessário, e que, quando este ocorre pode ser imediatamente medicado e calado, os sujeitos que padecem destes mal-estares acabam sendo estigmatizados como culpados pelo insucesso na vida social, fruto de seus sofrimentos. Sofrer, hoje em dia, é sinônimo de vergonha, e ainda sofre-se duas vezes, ou seja, pelas próprias condições subjetivas particulares e singulares inerentes a cada sujeito, e pelo peso da culpa e do estigma por encontrar-se em tal situação.

De fato, por todas as características mencionadas inerentes às performances dos indivíduos assim diagnosticados, eles tornam-se a vergonha da sociedade espetacular. Contudo, as práticas em saúde que visam uma desejada *normatização* do indivíduo, normatização em consonância com um ideal *espetacular*, acaba por viabilizar métodos paliativos e remediadores para os mal-estares na atualidade. No campo das psicopatologias, destacamos a medicalização indiscriminada do social como maior exemplo desta tendência normatizadora.

Os psicofármacos, pelo enorme efeito antidepressivo e tranqüilizante, visam a transformar esses miseráveis sofredores em seres efetivos da sociedade do espetáculo. Com isso, silenciam-se as cavilações pesadas e as rumações “excessivamente” interiorizadas dos deprimidos, e eles são transformados em seres “legais” do universo espetacular. (BIRMAN, 2001, p. 247).

Por meio da medicalização irrestrita o que se almeja é silenciar a voz do sofrimento, esta fala Outra(sintoma) que se expressa por meio da doença e que insiste em se fazer presente na subjetividade das individualidades. Medicalizar, neste sentido, significa remediar os sintomas visíveis, ao preço de se desconsiderar a dimensão simbólica e subjetiva destas formas de mal-estar. Sem possibilidade de serem escutados, numa sociedade que não proporciona o tempo subjetivo da experiência, estes indivíduos vivenciam o mais forte sentimento de desamparo.

Toda a pressão do discurso social e midiático acaba excluindo a maioria dos indivíduos, uma vez que apenas poucos são capazes de acompanhar os ideais da sociedade do consumo.

Assim, de uma forma geral, aumentam e se potencializam os sentimentos de desamparo num mundo onde as utopias deixaram de existir e onde a insegurança se faz constante.

Para além das configurações psicopatológicas, na atualidade, o próprio individualismo extremo já se caracteriza como *sintoma* de uma sociedade narcisista. Nesta dinâmica subjetiva das individualidades, onde o outro é sempre desconsiderado em virtude dos benefícios próprios de cada um, são as relações que acabam empobrecidas, sendo mitigadas as sementes do “mal-estar” nas práticas de sociabilidade dos indivíduos na coletividade.

A auto-exaltação desmesurada da individualidade no mundo do espetacular fosforescente implica a crescente volatilização da *solidariedade*. Enquanto valor, esta se encontra assustadoramente em baixa. Cada um por si e foda-se o resto parece ser o lema maior que define o *ethos* da atualidade, já que não podemos, além disso, contar mais com a ajuda de Deus em nosso mundo desencantado. (BIRMAN, 2001, p. 24-25).

Como sabemos, por meio do legado psicanalítico, os instintos agressivos e hostis habitam o ser humano sendo frutos da repressão das necessidades e desejos individuais em favor da vida social. A inserção do sujeito na cultura tem um custo – que este abra mão da realização desenfreada e impulsiva de seus desejos mais íntimos, os quais remetem ao *princípio do prazer*, para assim internalizar as regras e limites que a vida em sociedade implica (*princípio da realidade*). A vida em coletividade impõe ao homem restrições em sua vida pulsional, a fim de possibilitar uma existência social desenvolvida com a progressão e a construção da cultura. Neste sentido, os impulsos agressivos que permanecem latentes e reprimidos no inconsciente vêm à tona sempre que possível, e a pulsão de morte encontra sua expressão por meio da agressividade.

[...] é impossível desprezar até que ponto a civilização é construída sobre a renúncia ao instinto, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação (pela opressão, repressão, ou algum outro meio?) de instintos poderosos. Essa “frustração cultural” domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos. Como já sabemos, é a causa da hostilidade contra a qual todas as civilizações têm de lutar. (FREUD, 1930[1929]/1992, p. 52).

Num cenário contemporâneo, em que a primazia individual rouba a cena em detrimento dos vínculos sociais, o estopim de todas as formas de violência e agressividade encontra-se latente e pronto para eclodir ao menor sinal concretizando os sentimentos de insegurança e perigo perpétuos. Na medida em que o autocentramento do sujeito é sua marca característica, o outro é desconsiderado e, em última instância, representa uma ameaça e um perigo o qual deve ser combatido. Sob as égides do lema “a melhor defesa é o ataque”, as

individualidades estão propensas e predispostas a veicularem toda hostilidade ao menor sinal de ameaça.

Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e auto-centrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário para a implosão e a explosão da violência que marcam a atualidade. (BIRMAN, 2001, p. 24).

O sujeito contemporâneo personifica de forma caricaturada a verdadeira representação de um “homem-bomba”, num sentido subjetivo, um sujeito que em sua relação empobrecida com o outro pode, enfim, concretizar variadas práticas de violência no que diz respeito aos seus envolvimento sociais.

Em nosso país, deparamo-nos quase todos os dias com os retratos de nossas formas e modalidades de violência urbana, televisionados espetacularmente ou, enfim, numa nota dos jornais impressos. Repetidos casos de espancamentos e linchamentos, em que grupos de indivíduos externalizam covardemente o ódio ante o diferente, violência nos estádios de futebol, violências domésticas, violência infantil, sequestros, etc. Violência de todos os tipos, às vezes chegando às raias do terrorismo, frutos de uma sociedade desigual socialmente, porém expressa de forma cruel e fria na maioria das vezes, desse modo, podemos visualizar sem dificuldade a indiferença que o outro representa nos dias atuais. As vidas, de uma maneira geral, tornam-se algo que não vale mais nada, e a desconsideração com o outro mitiga práticas intolerantes e retaliadoras.

Ante um cenário completamente ameaçador, os indivíduos colocam-se de antemão numa posição de defesa e, de fato, agir sobre os primados dos instintos de autoconservação exige do sujeito certa quota de agressividade. A esta reação defensiva diante dos sentimentos de desamparo gerados pela realidade sociocultural soma-se o perigo existente e concretizado no cotidiano social e, dessa forma, configura-se uma sociedade individualista e intolerante frente ao outro.

Hoje, definiríamos cultura do narcisismo como aquela em que o conjunto de itens materiais e simbólicos maximizam real ou imaginariamente os efeitos de Anankhé, forçando o Ego a ativar paroxisticamente os automatismos de preservação, face ao recrudescimento da angústia de impotência. Ou, visto de outro ângulo, é a cultura onde a experiência de impotência/desamparo é levada a um ponto tal que torna conflitante e extremamente difícil a prática da solidariedade social. (COSTA, 1998, p. 165).

Entendida de outra maneira, o que temos é um espaço social que, devido a todas as características de nossa atualidade, nos lega uma vida em sociedade ameaçadora, um mundo

onde a prática da desconfiança e a suspeita de tudo e de todos é um requisito necessário para a sobrevivência dos indivíduos. Todo autocentramento levado às últimas consequências mitiga o substrato para uma verdadeira cultura da violência.

Na cultura da violência, o futuro é negado ou representado como ameaça de aniquilamento ou destruição. De tal forma que a saída apresentada é a fruição imediata do presente; a submissão ao “status quo” e a oposição sistemática e metódica a qualquer projeto de mudança que implique em cooperação social e negociação não violenta de interesses particulares. (COSTA, 1998, p. 167).

Este tempo presente da atualidade, por fim, é o cenário por onde os indivíduos caminham incertos em todos os sentidos e, apesar de qualquer possibilidade de *sentido* (significados subjetivos). De fato, ante as características marcantes em termos culturais e sociopolíticos de nossos dias, os indivíduos tendem a se posicionar de um modo e/ou estilo de existência marcadamente narcisista. A postura do sujeito contemporâneo em relação ao seu próprio desejo e ao desejo do Outro, resultante das configurações culturais, econômicas, sociais de uma forma geral que priorizam determinada estética de existência num mundo *pós-moderno e espetacular*, predetermina as condições propiciadoras de “mal-estar”.

Consideramos, durante todo este capítulo, o conceito de “mal-estar” num sentido mais amplo que o psicopatológico (assim designado pelo entrecruzamento de saberes na atualidade) propriamente dito. O ponto de interesse alinha-se ao que Freud (1930[1929]/1992) se referiu em seu “*o mal-estar na civilização*”. Além das questões referentes às psicopatologias na atualidade, em especial, o interesse pelo problema da “depressão” que se encontra exposto no próximo capítulo, podemos perceber como o sujeito contemporâneo adota estilos específicos para lidar com os caminhos e descaminhos possíveis para a viabilização de seu desejo.

No entrecruzamento das demandas sociais, veiculadas maciçamente pelos meios de comunicação que se utilizam do poder enigmático e *espetacular* das *imagens*, fomentando uma cultura das aquisições materiais descartáveis e incertas, que culmina numa cultura *narcisista*, se vislumbra um sujeito em vivência de um sentimento de pleno *desamparo*. Este *desamparo* é condição para as práticas violentas de todas as naturezas, bem como as configurações psicopatológicas na atualidade, em especial a “depressão”, que evidencia uma modalidade específica de sofrer muito frequente e cada vez mais presente na contemporaneidade.

2 A DEPRESSÃO COMO “MAL-ESTAR” CONTEMPORÂNEO

As depressões e suas variadas formas e classificações ocupam lugar de destaque nos dias de hoje. Devido ao aumento de diagnósticos referentes a estes estados afetivos, tornou-se comum ouvirmos sempre que alguém sofre deste “mal do século”, como denominam alguns autores. Desta forma, a questão é emergencial como nos mostra nossa prática clínica cotidiana, levando-se em consideração que o termo “depressão” se tornou um verdadeiro jargão para identificar e rotular as mais variadas formas de “mal-estar” na atualidade.

A depressão tornou-se um dos mitos em Saúde Mental na contemporaneidade, estatísticas de levantamentos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) revelam-na como uma das principais causas para afastamento do trabalho, incapacitando os indivíduos de realizarem seus afazeres profissionais, bem como de vivenciarem sua existência nas dimensões sociais e coletivas, isto devido à introspecção e ao isolamento que tais estados afetivos implicam. A OMS (2009) define depressão como um “transtorno mental” comum, na medida em que afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Contudo, até mesmo por conta de levantamentos e apresentações estatísticas como essas, o problema das depressões na contemporaneidade chama a atenção, principalmente, por conta da dimensão dos delineamentos e formas, por vezes caricaturais, que tal problemática assume na atualidade.

Assim, por meio da prática clínica e do contato com pacientes ditos “depressivos”, nos deparamos, logo de saída, com a indeterminação do conceito de depressão (evidente pelos diferentes discursos – Saberes/Práticas), bem como do ideal de saúde de uma forma geral que predomina na atualidade. Isto é visível por meio dos diagnósticos formulados precipitada e apressadamente, o que, por sua vez, nos suscita reflexões sobre a relação da depressão com determinados aspectos sociais contemporâneos. Se nos deparamos com uma sociedade cada vez mais “depressiva”, isto se deve, sem dúvida, a uma pluralidade de fatores bem característicos que determinam e perpetuam a depressão como uma das grandes modalidades de “mal-estar” na contemporaneidade.

2.1 “Luto e melancolia” - Um retorno a Freud

Diante da indeterminação dos termos depressão e/ou melancolia ao longo da história, bem como das configurações de discursos e saberes distintos na atualidade que resultam numa impossibilidade de consensos teóricos sobre uma definição acerca do que é “depressão”, tomaremos como ponto de partida o texto clássico “*Luto e melancolia*” (FREUD, 1917[1915]/1996) como fonte de uma possível compreensão psicanalítica acerca do fenômeno discutido.

Neste texto, Freud nos conduz, por meio da comparação entre os fenômenos análogos do luto e da melancolia, nos chamando a atenção para as características aparentemente comuns a ambas, como por exemplo: desânimo profundo, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição dos sentimentos de autoestima, etc.

O luto profundo, a reação à perda de alguém que se ama, encerra o mesmo estado de espírito penoso, a mesma perda de interesse pelo mundo externo [...] a mesma perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor e o mesmo afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre ele. (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 276).

A única ressalva que Freud evidencia em termos de sensações aparentes às quais se refere um fator distintivo entre o trabalho de luto (normal) e a melancolia (patológico), diz respeito à *perturbação da autoestima*, que está ausente no luto.

Esta “perturbação da autoestima” é o que se evidencia na fala do melancólico mediante suas autoacusações, expressões de sentimentos de desvalia, sentimentos de culpa e vergonha, um discurso que revela toda a ambivalência dos sentimentos envolvidos neste processo.

Como sabemos, estas variadas queixas e recriminações às quais o paciente se coloca como alvo, na realidade, são críticas severas nutridas de ódio/amor (ambivalência) referentes ao objeto perdido, este, porém, introjetado ao ego no decorrer do processo melancólico. Ao longo do texto Freud explica que, a perda (desencadeante do processo melancólico) é uma perda da ordem do *ideal*, o que nos remete à dimensão do narcisismo, bem como nos fornece subsídios para a compreensão dos sentimentos ambivalentes (ambivalência) presentes neste processo.

Num conjunto de casos é evidente que a melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado. Onde as causas excitantes se mostram diferentes, pode-se reconhecer que existe uma perda de natureza mais ideal. [...] Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda. (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 277-278.)

Um dos fatores determinantes para o desenvolvimento da melancolia é o vínculo *narcísico* do sujeito com o objeto, o qual inevitavelmente refere-se ao registro do inconsciente. Ao contrário do que se evidencia no luto, o processo melancólico se caracteriza por sua permanência indeterminada ao longo do tempo, um “mal-estar” que denuncia a “recusa” por parte do sujeito em aceitar/reconhecer a perda de determinado objeto libidinal.

Bem sabemos que o “trabalho de luto” é um processo normal e mesmo esperado diante de situações que se evidenciem como “perda” para o sujeito. Neste sentido, é somente por meio da realização do luto, o qual se viabiliza mediante um verdadeiro processo de elaboração psíquica, que o ego pode, então, “chorar” suas lágrimas, ao passo que “enterra” e “sepulta”, definitivamente, seu objeto de amor, para assim ver-se livre e disponível para novas vivências e investimentos libidinais em direção a novos objetos de desejo presentes no mundo externo. O trabalho de luto é, portanto, uma via necessária e vital para o ego elaborar tais perdas eventuais e inevitáveis ao longo da vida e, dessa forma, poder desligar-se dos objetos perdidos retomando o interesse pelo mundo.

Já na melancolia, a perpetuação do “mal-estar” se contrapõe ao caráter passageiro e finito do “*trabalho de luto*”. “Mal-estar” este, evidenciado pelo discurso do melancólico repleto de autorrecriminações, bem como todo o semblante penoso e pesado o qual representa os sentimentos de tristeza profundos, que consomem o ego do sujeito implicando-lhe as mais diversas inibições. Como nos ensina Freud, este fato ocorre devido ao processo de *identificação* com o objeto perdido.

A perda do objeto idealizado (ideal) evidencia para o sujeito a *falta* que lhe é constitutiva, ou seja, na condição de ser “*castrado*” o sujeito depara-se com a pré-condição constitutiva que antecede teu próprio desejo, a condição e causa de seu desejo, a saber, a *falta* – evidenciada e confirmada quando o *objeto fálico* (objeto de desejo) não lhe acena mais em direção ao seu encontro. A perda do objeto representa, simbolicamente, o registro da *falta*, da incompletude, esta, por sua vez, evidenciando a *castração* (que já ocorreu). Contudo, a *identificação* com base num *vínculo narcísico* com o objeto – vínculo este que é preservado

inconscientemente ao custo das autoacusações e sentimentos de desvalia –, impede, por fim, o sujeito de *simbolizar* a *falta*/perda, o que representa psicologicamente sua recusa em simbolizar/reconhecer subjetivamente a *castração*.

Na falta do objeto fálico, o sujeito não pode mais reconhecer-se, ou, melhor dizendo, não pode fazer-se sentido. A identificação – introjeção com o objeto – possibilita que o sujeito preserve-o consigo, de forma imaginária e, desta forma, a elaboração/simbolização da perda e ou “decepção” para com o mesmo se torna impossível. “A identificação narcisista com o objeto, se torna, então, um substituto da catexia erótica, e, em conseqüência, apesar do conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa” (FREUD, [1917]/1996, p. 282). Como se pode notar, a *identificação* com o objeto é responsável pela preservação da relação ou a tentativa para se preservar o vínculo com o mesmo.

*Eu sei que me disseram por aí, e foi pessoa séria quem falou,
você tava mais querendo era me ver passar por aí. Eu sei
que você disse por aí, que não tava muito bem seu novo
amor, você tava mais querendo era me ouvir cantar por aí.
Pois é, esse samba é pra você meu amor, esse samba é pra
você que me fez sorrir, que me fez chorar, que me fez sonhar,
que me fez feliz, que me fez amar.*
(CASSIA ELLER, 1996).

Tal como nos demonstra a letra da canção citada, podemos observar, nesse discurso, que o sujeito evidencia sua dependência para com o objeto, explicitando seu saudosismo para com o mesmo e sua incapacidade de renunciar ao desejo direcionado a este.

Contudo, ao passo que o objeto perdido, agora, por meio do processo de *identificação* se torna parte do ego do sujeito – isso implica em que o próprio ego, identificado com o objeto (fonte de decepção, angústia e ódio), seja julgado e culpabilizado pelos sofrimentos e infortúnios da vida. Neste sentido, as autorrecriações que o sujeito melancólico faz a si mesmo – evidenciando sentimentos de desprezo e ódio para consigo, os quais na realidade são sentimentos provindos da sua relação perdida com o Outro –, têm sua explicação na identificação narcísica do sujeito com o objeto.

A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do ego com o objeto abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação. (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 281-282).

O que podemos compreender, valendo-nos do processo desenvolvido na melancolia, é que o vínculo com o objeto constituído numa base essencialmente narcisista implica uma relação predominantemente ambivalente (amor/ódio) para com o mesmo. Contudo, enquanto esta relação do sujeito com o objeto não se apresenta ameaçada ou mesmo desfeita devido às várias possibilidades de acontecimentos, os sentimentos hostis permanecem inconscientes e latentes, dando margem, então, apenas às expressões de amor e afeto para com o objeto. É no momento da perda, sentida como catastrófica para o sujeito, que se torna evidente a presença dos sentimentos mais hostis implicados nesta relação. A *ambivalência* dos sentimentos é outra marca fundamental da melancolia, e encontra-se aí a base explicativa para as autoacusações do melancólico, bem como os sentimentos de culpa inerentes a esse processo.

Se o amor pelo objeto – **um amor que não pode ser renunciado**, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcisista, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. A autotortura na melancolia, sem dúvida agradável, significa, do mesmo modo que o fenômeno correspondente na neurose obsessiva, uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto, que retornaram ao próprio eu do indivíduo [...]. Via de regra, em ambas as desordens, os pacientes ainda conseguem, pelo caminho indireto da autopunição, vingar-se do objeto original e torturar o ente amado através de sua doença, à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressar abertamente sua hostilidade para com ele. (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 284 - grifo nosso).

Esta passagem do texto permite-nos perceber a síntese de todo o processo melancólico, bem como a maneira pela qual Freud o compreendeu. Ou seja, diante da perda, as catexias ligadas ao objeto regridem ao registro do *narcisismo*, implicando em toda dialética afetiva ambivalente (*ambivalência*) para com o mesmo, bem como para com o próprio ego identificado com o objeto perdido.

Chamemos a atenção para a passagem destacada “*um amor que não pode ser renunciado*” (este amor que nesse processo refugia-se na *identificação narcisista*), podemos compreender a dependência do sujeito com relação ao objeto (fálico) imaginário. O que se trata, de fato, é da incapacidade do Sujeito em renunciar a este “amor” *idealizado*, relação esta que, como constituída sob as égides do narcisismo, compõe para o indivíduo a garantia de um espaço subjetivo de *gozo*. Tal como característico dos vínculos narcísicos, a relação com o objeto não tolera, nem permite de bom grado, que se evidenciem subjetivamente as dimensões de alteridade entre o *eu* e o *Outro*. Fato este que se torna claramente evidente quando o objeto já não acena ao encontro do desejo do sujeito; nesse caso, então, entra em ação a prevalência dos sentimentos ambivalentes (amor/ódio) com relação ao objeto perdido e, posteriormente, ao próprio ego.

Esta relação narcísica, baseada num imaginário de completude, evidencia a máxima postulada por Lacan (1958[1957]/1999) sobre o estatuto do desejo, a saber, que *o desejo é o desejo do Outro*; – ou mais primariamente, ainda, num tempo anterior à castração simbólica (momento em que a criança faz suas *demandas* ao Outro materno) o desejo se viabiliza em puramente desejar o desejo do Outro –, em suma, *desejo de desejo*. “Por fim amamos o próprio desejo, e não o desejado” (NIETZSCHE, 2005, p. 72).

Para uma melhor compreensão do que nos referimos aqui, podemos considerar que o sujeito melancólico deseja o desejo do Outro (objeto), assim como o pequeno infante em sua relação com o grande Outro (a mãe) – momento da vida plenamente caracterizado pelo narcisismo, onde o sujeito se faz *falo* para esta mãe –, ao passo que em sua vida posterior, quando um determinado objeto (de desejo) já não lhe acena mais, o processo patológico da melancolia entra em jogo, emergindo os sentimentos ambivalentes e a culpa com relação ao objeto perdido e ao próprio ego que se vislumbra indigno de qualquer valor. Como enfatizamos anteriormente, este “*amor que não pode ser renunciado*”, como nos explica Freud, evidencia em última instância (ademais os outros fatores não menos importantes) a recusa em subjetivar / reconhecer a *castração*, ou ainda, a própria *defesa* contra a *angústia da castração* – que já ocorreu e é pré-condição para a possibilidade de desejar, enquanto seres *faltantes* e incompletos que somos.

2.2 Depressão e Psicanálise

“Psíquico – assim pode-se nomear o vazio – poderia significar aqui a hipótese do isolamento, da privação sensorial como medida de conservação de si, em estado de perigo. A depressão – clinicamente – pode se por aí reconhecida, desde que não pressionemos o paciente para sair dela. Pois, na verdade, ele não tem que sair dela”.

(Pierre Férida)

No tópico anterior (“Luto e melancolia”) nos dedicamos em resgatar o legado freudiano no que se refere à questão da melancolia, a fim de delimitarmos um parâmetro de ordem psicopatológica no que se refere ao problema das depressões e/ou melancolia. Como expusemos anteriormente, a melancolia *strictu sensu* evidencia um processo patológico na medida em que a dinâmica e o funcionamento melancólico “consome” o ego do indivíduo,

envolvendo-o num processo cíclico de vivência do “mal-estar”, numa situação em que o sujeito torna-se incapaz de elaborar a situação de perda – o que, caso ocorresse, concluiria um processo o qual poderíamos identificar como sendo um “trabalho de luto”.

Com relação às depressões onde na atualidade qualquer manifestação de dor e sofrimento é diagnosticada necessariamente como “depressão” –, podemos observar uma verdadeira “patologização” de qualquer indício de “mal-estar”, bem como um ideal “*espetacular*” de saúde subjacente a tais práticas, que obedecem, por sua vez, a mesma lógica de nossa atualidade *pós-moderna, consumista, e espetacular*.

Por conta disso, cabe-nos a tarefa de lançarmos uma luz ante o fenômeno da depressão, o qual se viabilizará mediante uma compreensão psicanalítica acerca da questão.

Num primeiro momento, ao nos depararmos com um indivíduo depressivo, especialmente no âmbito clínico, a sensação que temos é que a tarefa analítica se mostra infrutífera ante o silêncio e o desejo vacilante típico nestas situações. A fala sucinta do sujeito, somado ao excesso de interioridade, expressando pouca abertura ao diálogo e à possibilidade de saber-de-si, evidencia, para nós, um indivíduo identificado ao rótulo da “depressão”, e que obtém, evidentemente, determinado *gozo e satisfações secundárias* por meio de seu “mal-estar”. Ao contrário do que a ideologia dominante (Saberes e Práticas) pressupõe sobre o problema das depressões – um mal a ser extirpado emergencialmente do indivíduo, visando sua “recuperação” que o tornaria novamente capaz de *(a)parecer* diante do mundo – nos é evidente que, por tantas vezes a “mal-dita” depressão refere-se, antes, a um “tempo de subjetivação” necessário para o sujeito que vivencia tal condição psicológica.

[...] *Deixe-me ir, preciso andar, vou por aí a procurar – rir pra não chorar...
Se alguém for lhe perguntar, diga que eu só vou voltar – depois que eu me encontrar.*
(CARTOLA, 1976).

Em nossa atualidade, cujos ideais socioculturais delineiam as categorias de valoração sobre o mundo de uma forma geral, qualquer atitude que não corresponda às expectativas espetaculares está sujeita a ser considerada como patológica. Assim, a incidência cada vez maior de diagnósticos de depressão revela a intolerância frente aos modos de subjetivação opostos aos ideais contemporâneos – não se pode haver *tempo* para a introspecção e reflexão.

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 ao ânimo de viver no outro. É esse o “fechamento do tempo”, do “ambiente” humano, que confunde: uma morbidez que suscita a idéia de doença. (DELOUYA, 2001, p. 18).

Poderíamos, dessa forma, compreender que se o sujeito vivencia sentimentos de natureza depressiva, nos é necessário suportar o silêncio dominante e a recusa em falar, o que não necessariamente revela uma condição patológica a ser imediatamente revertida – ao contrário, mediante uma verdadeira “autorização do silêncio”, proporcionada pela *escuta analítica*, podemos abrir o caminho necessário para acesso ao inconsciente –, haja vista, ainda, que este posicionamento pode representar uma genuína “resistência” ante os ideais de saúde mental e “bem-estar” priorizado pelos discursos sociais que obedecem e se forjam por meio da mesma *lógica espetacular e consumista* da sociedade contemporânea:

A depressão assinala que “não é para falar”. O fechar-se, neste caso, denota, paradoxalmente, uma abertura, em que algo se remaneja, se reordena ou se recompõe. [...] Uma distensão ou abertura na estrutura do conflito, que facilita a entrada de correntes pulsionais, em decorrência da *análise*, clama por uma reconsideração, uma reorganização, o que torna os momentos depressivos parecidos com o fechamento para balanço, ou para reforma, dos estabelecimentos comerciais. (DELOUYA, 2001, p. 88-89).

O momento depressivo pelo qual o sujeito vivencia, se mostra como uma possibilidade e oportunidade singular para a tarefa de *saber-de-si*, o que evidentemente, pode e deverá ser proporcionado mediante um trabalho clínico em Psicoterapia. A depressão, do mesmo modo que a angústia, a ansiedade, o medo, o pânico, as fobias, as paixões enquanto *phatos* de uma forma geral, o sentimento de “mal-estar” por vezes inefável, enfim, indica em última instância que algo no sujeito clama por uma possibilidade de *elaboração subjetiva* e compreensão interna.

Sabemos, hoje em dia, que os manuais de Psiquiatria catalogam e renomeiam diversas categorias de sentimentos, afetos e humores, forjando entidades e quadros psicopatológicos nas suas variadas combinações, com base numa leitura sintomatológica sobre o indivíduo. Tal método, enquanto norte para formulações diagnósticas, só acaba desconsiderando toda a dimensão subjetiva das sensações físicas aparentes, implicando, então, numa classificação do sujeito, ao mesmo tempo em que lhe marca com o rótulo psicopatológico.

Já de um ponto de vista da psicanálise acerca do fenômeno depressivo, podemos configurar outra espécie e natureza de entendimento no que se refere à depressão.

Ao ponderarmos o curso de desenvolvimento da criança desde o nascimento, bem como todo o desenvolvimento e estruturação do psiquismo, podemos compreender porque o

desamparo e o seu correlato correspondente – a *angústia* são afetos primordiais que marcam a psique desde sua origem. No início, antes da separação entre o *eu* e o *mundo externo*, a ilusão de completude e unificação devido à indiferenciação eu-outro caracteriza um momento mítico da subjetividade. Correspondente ao *narcisismo primário*, este momento é permeado por sentimentos de onipotência por parte da criança, uma vez que esta vivencia a ilusão mítica de satisfação total das pulsões. Progressivamente, a alternância do seio materno, bem como as idas e vindas deste grande Outro (a mãe), vai frustrando o pequeno infante no que tange às demandas por satisfação imediata de suas necessidades. A ausência materna no momento exato da demanda infantil abre espaço para o *registro da perda*, que se viabiliza por meio dos sentimentos de frustração, como também possibilita, por este viés, a diferenciação do eu-mundo externo, em suma, funda-se o psiquismo por meio da *dimensão de alteridade*. A partir de então, toda busca por determinado objeto de satisfação é na verdade a tentativa de (re)encontrar tal objeto, a saber, o objeto primordial perdido para sempre – e que de fato nunca existiu, a não ser por intermédio de um registro *narcísico*. Este objeto primordial forjado imaginariamente num período precoce antecedente à clivagem consciente / inconsciente (*recalque primário*), subsiste posteriormente à separação eu-Outro, constituindo um registro imaginário (narcísico) de uma possível sensação de completude ilusória. Este *resto* que permanece, apesar da separação, e que impele o sujeito em sua eterna tentativa de o (re)encontrar, Lacan o define como o “objeto-*a*” – causa do desejo.

O sentimento de ter perdido o objeto ou aspectos dele, e a resignação diante desta perda, à medida que a criança não é capaz de restaurar o objeto dentro de si, marca o nascimento do afeto depressivo, assim como o da instalação da sensibilidade depressiva. A superação ou a vulnerabilidade a esse estado dependerão, em primeiro lugar, do objeto – da sua disponibilidade para com a criança desde os primeiros momentos da vida e, conseqüentemente, do trabalho de luto. O afeto depressivo situa-se, então, nesse ponto central de transição, constitutivo do psiquismo, em que a abdição narcísica, da onipotência e da fusão, se faz necessária. (DELOUYA, 2001, p. 37).

Temos, então, que é somente por meio da *perda* que o sujeito pode advir enquanto tal, ou seja, só assim é possível constituir-se a subjetividade marcada pela *alteridade*, o que posteriormente possibilitará a formação do *ego*. A *perda*, sentida como *desamparo* pela criança – provocando-lhe *angústia* –, marca a ruptura do circuito de *gozo* narcísico, correspondente à relação estabelecida com o objeto primordial: o objeto-*a*. “A depressão refere-se, portanto, *não* a uma perda do objeto, como totalidade perceptivelmente configurada, mas à perda de um *espaço de gozo*” (DELOUYA, 2001, p. 41).

A perda de um espaço de gozo, inevitavelmente, remete ao campo circunscrito e caracterizado pelo registro da *falta*, perda que se configura como falta, esta como fundante do psiquismo e como pré-condição para a existência e manifestação do *desejo*. Sentir, ou pré-sentir subjetivamente a dimensão da *falta*, é sempre uma percepção angustiante para o Sujeito, na medida em que evidencia a *castração*, no sentido de que pela revivência do registro da perda primordial o sentimento nostálgico para com o “paraíso perdido” é também revivido. Este “sentimento nostálgico”, evidenciado pela dimensão do vazio, é o fenômeno psicológico depressivo propriamente dito:

A depressão pode ao mesmo tempo ser comparada (ou mesmo assimilada) a *um trabalho de luto* e ser concebida como uma *organização narcísica primária protetora de um luto e defensiva contra um luto*. Esses aspectos – aparentemente contraditórios – fazem a complexidade do fenômeno depressivo. (FÉDIDA, 1999, p. 23).

Desta forma, segundo Fédida (1999), ao considerarmos a depressão como uma *organização narcísica primária defensiva contra o luto*, apesar de ser uma afirmação aparentemente contraditória, faz sentido ao relacionarmos o mesmo fenômeno como expressão de uma espécie de “sentimento nostálgico” com relação a um *espaço de gozo* – ou como tentativa de preservação deste “paraíso perdido”. Neste sentido, a defesa contra o luto significa a própria dificuldade e ou “recusa” inconsciente em elaborar psiquicamente os registros da *perda* e da *falta*. Ou ainda, seria mesmo a reação depressiva defensiva diante do vislumbre da *castração-falta*, uma vez que o sujeito depara-se com sua condição de *incompleto e faltante*, com o *vazio* constitutivo de seu próprio desejo e seu próprio ser.

Se os estados depressivos visam a um espaço de gozo do qual o sujeito se sente apartado, a função depressiva seria, então, de ordem *narcísica*, de preservação e garantia desse espaço. [...] Isso significa que, ao se encarregar de preservá-lo, a depressão se torna a função mais fundamental da vida psíquica ou a própria condição desta. A vigilância sobre o espaço da psique torna-se premente quando da ameaça sobre a sua permanência, lançando mão da defesa depressiva. A depressão surge, portanto, à semelhança da angústia, como “evocação de lembrança” da ameaça inaugural sobre o espaço de gozo mítico de origem. (DELOUYA, 2001, p. 44-45).

Ou seja, a depressão seria, portanto, uma *organização narcísica* na medida em que a preservação do espaço de gozo visa à perpetuação e à manutenção do próprio *narcisismo primário*, este enquanto mediado essencialmente pelo “*princípio do prazer*”, onde a satisfação das pulsões não encontraria impedimentos; em suma, onde o Outro enquanto sede dos significantes (Outro como linguagem), enquanto representante da alteridade subjetiva, não se

configurasse como via essencial e necessária constituindo uma “hiância” entre o Sujeito e seu próprio desejo. Poderíamos conceber, desta forma, que, a depressão ao mesmo tempo em que defende o sujeito de um possível luto também prepara o ego para o enlutamento.

A este respeito, não podemos nos furtar de considerar outro artigo de Freud, intitulado “*Sobre a transitoriedade*” (1914-1916/1996) no qual são apontadas mais algumas ponderações a respeito da preparação do ego para o luto. Neste brevíssimo artigo Freud relata sobre um passeio que faz na companhia de dois amigos num dia de verão, e observa que um de seus colegas, o poeta, admirava a beleza toda à sua volta, contudo, não extraía disso qualquer sentimento de alegria:

Perturbava-o o pensamento de que toda aquela beleza estava fadada à extinção, de que desapareceria quando sobreviesse o inverno, como toda beleza humana e toda a beleza e esplendor que os homens criaram ou poderão criar. Tudo aquilo que, em outra circunstância, ele teria amado e admirado, pareceu-lhe despojado de seu valor por estar fadado à transitoriedade. (FREUD, [1914-1916]/1996, p. 345).

Diante deste fato sobre a natureza de todas as coisas, a saber, seus destinos inevitavelmente transitórios, Freud nos indica o desenvolvimento de dois tipos de impulsos diferentes na mente: o desalento penoso sentido pelo poeta, ou a revolta e rebelião quanto a esta condição das coisas. Ao argumentar com seus colegas sobre a elevação/valorização das coisas que a própria condição de transitoriedade trazia (ao invés de diminuir seus valores) e, percebendo que pouco lhe tocavam as observações feitas a este respeito, Freud só pôde considerar que algum fator emocional muito poderoso achava-se em ação fazendo-lhes perturbar o discernimento. Freud conclui, então, a este respeito:

O que lhes estragou a fruição da beleza deve ter sido uma revolta em suas mentes contra o luto. A idéia de que toda essa beleza era transitória comunicou a esses dois espíritos sensíveis uma antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza, e como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interferiam pensamentos sobre sua transitoriedade. (FREUD, [1914-1916]/1996, p. 346).

Este recuo ante a tudo que é penoso, bem como a revolta contra o luto ao mesmo tempo em que se forja uma antecipação do luto propriamente dito, evidencia a confluência da própria “*pulsão de morte*” (inerente ao sujeito) coincidindo com os fatos da *transitoriedade* confirmados pela “*prova de realidade*” efetuada no seu mundo circundante. Ou seja, como Freud expõe em *Além do princípio do prazer* (1920/1998), evidenciando a existência da pulsão de morte, a qual insiste em se fazer reconhecer e obter satisfação por meio das

repetições, denotando o embate eterno entre vida e morte no próprio interior do sujeito; na medida em que a “prova de realidade” confirma a efemeridade das coisas e da natureza bem como da vida de uma forma geral. Esta constatação é uma afirmativa (por um viés retroativo) da própria verdade do *real*² pulsional do sujeito. O fenômeno da transitoriedade confirma para o ser, em sua existência com relação ao mundo, que tudo está fadado a perecer com a passagem do tempo, retornando, então, a um estado anterior à vida.

[...] ele deve ser um estado de coisas *antigo*, um estado inicial de que a entidade viva, numa ou noutra ocasião, se afastou e ao qual se esforça por retornar através dos tortuosos caminhos ao longo dos quais seu desenvolvimento conduz. Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões *internas*, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que “*o objetivo de toda a vida é a morte*”, e, voltando o olhar para trás, que “*as coisas inanimadas existiram antes das vivas*”. (FREUD, [1920]/1998, p. 49.).

Assim, a verdade constatada por intermédio da prova de realidade – concretizada no simples fato de viver no mundo, confirma ao sujeito a verdade de suas pulsões, especificamente a dimensão *real* das mesmas, sua dimensão não passível de simbolização só podendo se expressar por meio das repetições e da dimensão “ensurdecadora” das lacunas e vazios do desejo, bem como dos silêncios inefáveis do próprio discurso.

Quanto ao processo ou trabalho de luto relacionado à questão da pulsão de morte, podemos perceber que esta “tendência” do sujeito rumo à finitude, a qual não pode ser simbolizada, paradoxalmente, impele como uma força motriz o sujeito ao enlutamento, o qual no interior e na vivência deste processo doloroso pode, então, simbolizar suas perdas, efetivando o afastamento necessário de tudo que pode causar dor e angústia, visando à reorganização psíquica e o reequilíbrio dinâmico libidinal.

Acreditamos que a força que, no luto, nos leva a separar-nos do morto é uma das expressões da pulsão de morte, tal como a concebemos. De fato, postulamos que a pulsão de morte é essa força interior que tende a nos desembaraçar de todos os obstáculos ao movimento da vida. A pulsão de morte conserva a vida. Assim, o luto é um lento processo de separação vital do morto e de regeneração do conjunto do eu. (NASIO, 1997, p. 187).

Por fim, é somente por meio do “trabalho de luto” que o sujeito tem condições de *simbolizar* as eventuais perdas reais ou imaginárias no seu existir. Todo o processo que o luto envolve, seus mecanismos psicológicos próprios como o “teste de realidade”, subsequentemente a retirada de catexia do objeto perdido, seguida progressivamente de um

² Termo referente aos registros *Simbólico, Imaginário e Real*, de J. Lacan; O *Real* impossível de ser “escrito” / simbolizado, referente ao registro das pulsões no psiquismo.

reinvestimento libidinal em direção a novos objetos – tudo isto é fruto de um processo de *simbolização* que só o luto pode realizar. Neste sentido, o “trabalho de luto” tem por finalidade significar e simbolizar desta forma a dimensão da *falta* (perda), ao mesmo tempo em que protege o ego de ser destruído. Em suma, o luto é um processo vital para o restabelecimento e reorganização do sujeito diante de sua “ferida narcísica” denunciada e (re)evidenciada por uma eventual situação de perda.

E o luto é *aquilo que o humano carrega* em sinal de um *segredo*, quando a morte retira da fala e do seu gesto corporal o outro que fundava o reconhecimento de uma realidade, garantindo assim sua íntima identidade. A *reliquia*³ – que não deixa de ter semelhança ou relação com o fetiche – lembraria que o luto, antes de ser concebido como um *trabalho*, protege o enlutado contra sua própria *destruição*. (FÉDIDA, 1999, p. 38-39).

E ainda, em articulação com o fenômeno depressivo o autor conclui:

Gostaria de enfatizar que aquilo que chamamos *depressão* define-se por uma posição econômica que diz respeito a 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. (FÉDIDA, 1999, p. 39).

Neste ponto encontramos, então, a base explicativa para os sentimentos depressivos, bem como para as expressões pesadas e extremamente interiorizadas, o silêncio e o vazio predominantes e característicos dos pacientes depressivos. Isto porque, como nos define o autor, o luto antes de ser um *trabalho* tem por função proteger o enlutado de sua própria destruição. A destruição melancólica, como sabemos, envolve toda a mistura de ódio/amor devido à ambivalência de sentimentos que “animam” o corpo inerte pela passividade própria da melancolia e que violentam o próprio ego e os outros valendo-se de suas projeções.

Face ao enigma que propõe a violência do Outro, o sujeito – aqui tornado assujeitado – se vê como confrontado a uma ausência de alteridade. No lugar daquilo que faz laço social – audível, compreensível –, surge repentinamente um espanto no qual o sujeito irá se alienar. Essa perda de referências – e seus efeitos de desligamento – encontra seu princípio numa ferocidade emprestada ao outro, e se impõe ao sujeito como a lembrança de uma dor, o sentimento indefinível de uma perda que o mergulha no sofrimento, na indignação, na inibição e na passividade. (HASSOUN, 2002, p. 19-20).

³ Fragmento de um corpo desaparecido no qual se recolhe a lembrança do ser em sua totalidade, a *reliquia* é objeto sacralizado que, superando seu caráter normalmente insignificante no cotidiano, proíbe que dali em diante o desaparecido habite entre seus hábitos, e lhe atribui como residência alguns pobres restos dele retidos ou retirados de sua aparência. (FÉDIDA, 1999, p. 52).

Contudo, esta organização narcísica que caracteriza o fenômeno depressivo (semelhante que seria ao próprio luto) se faz como uma verdadeira “simulação” da morte (do vazio) para se proteger dela mesma. Tal simulação, evidentemente, se forja em torno de uma tentativa de simbolização do vazio, o que inevitavelmente constitui-se por um *viés depressivo*, e só assim é possível ao ego retirar a libido do mundo externo, desinvestir o mundo libidinalmente, o que acarreta em retraimento e interiorização subjetiva. O que temos, porém, é que a retirada de libido do objeto nunca se realiza com facilidade, pois o ego resiste em se desligar dos objetos os quais investe libidinalmente.

A “*simulação da morte*”, portanto, só pode se expressar imaginariamente – no que tange às representações de sentimentos de “autopiedade” e “vitimização” diante de si mesmo e dos (O)utros –; e simbolicamente, na medida em que é necessário significar estes conteúdos, o que implica numa tentativa de *simbolização do vazio*, o qual é expresso e representado por meio dos sentimentos penosos, da inibição depressiva de uma forma geral e, em sua extrema radicalidade, da introspecção excessiva e do *silêncio*. Desta forma, a “*simulação da morte*” pode ser entendida como a própria *simbolização do vazio*, que, apesar de inefável (o real impossível de escrever), necessita dos símbolos (representantes-significantes) para fazer-se enquanto *sentido*.

*Sei que vou morrer, não sei o dia... levarei saudades da Maria,
Sei que vou morrer, não sei a hora... levarei saudades da Aurora,
Quero morrer numa batucada de bamba, na cadência bonita do samba.*
(ATAULFO ALVES, 2003).

Simbolizando a morte (o vazio) é possível brincar com ela, como na canção citada, ao invés de se emudecer diante de seu vislumbre. Neste sentido, o enlutamento, tal como a depressão, requerem um “tempo e um espaço subjetivo” necessários para o reordenamento de elementos psíquicos, estes reativados e (des)-construídos diante das eventuais perdas inerentes às próprias condições da vida.

E é finalmente a uma questão do tempo na psicanálise que nos conduzem tais hipóteses sobre depressão – luto – melancolia. O *grande enigma do luto* talvez seja o poder de um tempo em que concede aos vivos o sono para sonhar a morte, protegendo-os assim de uma violência que apenas o melancólico conhece.
(FÉDIDA, 1999, p. 49).

A depressão, entendida desta forma, assim como o luto, é um processo criativo de um ponto de vista metapsicológico, no sentido de que, a partir da perda simbolizada, novas

representações se criam. O que antes era ausência, falta, vazio, agora é nomeado e significado, ganhando o ego em termos de significações e representações simbólicas.

2.3 Depressão, Angústia e Sociedade

É chegado o momento – após termos nos dedicado em ponderar alguns aspectos de nossa cultura atual, bem como apreender o fenômeno depressivo à luz da psicanálise –, de enfim, tecermos algumas reflexões necessárias à compreensão da depressão, entendida como uma das grandes modalidades de “mal-estar” na contemporaneidade.

Como exposto no primeiro capítulo, nossa atualidade é constitutivamente repleta de determinados dispositivos socioculturais que forjam condições de possibilidades para a emergência de sentimentos de angústia e desamparo. Desta forma, podemos identificar determinadas condições e dispositivos específicos que impactam os sujeitos como verdadeiros “disparadores” de angústia e “mal-estar”.

Claro está, ainda, que a atualidade, ao mesmo tempo, oferece uma gama de possibilidades em todos os demais sentidos (inclusive em favor da vida e como facilitadores da mesma) como jamais vistos em outras épocas; no entanto, nossos objetivos nos impelem a considerarmos determinados dispositivos específicos, no sentido de caracterizarmos as condições de possibilidades e/ou causas, ou melhor dizendo, os dispositivos disparadores de sentimentos de “mal-estar”, e, principalmente, identificarmos o semblante e a imagem (por vezes caricatural) da depressão, assim como esta nos é representada em nossa prática profissional cotidiana.

Desta forma, o cenário social *pós-moderno e espetacular* (com tudo que isso implica no empobrecimento das subjetividades), este pano de fundo – palco figurado e forjado por meio das (a)parências, ao mesmo tempo em que nos propicia vivências por entre o limiar da angústia e do gozo efêmero, em contrapartida nos ofertam, também, receitas da mesma forma *espetaculares*, nas suas devidas proporções, para solucionarmos o problema de nossas dores e angústias. O que é mais impactante, é percebermos que os discursos de Saberes predominantes sobre a depressão especificamente, têm, evidentemente, a mesma ideologia espetacular implícitas em suas práticas correspondentes, e que refletem um ideal de saúde que obedece, por sua vez, a toda a lógica consumista e mercadológica típica de nossa atualidade.

Primeiramente, considerando alguns dados da nossa prática profissional, podemos perceber com facilidade como a depressão se tornou objeto de uma total banalização conceitual. A depressão é assim banalizada no sentido de que temos a sensação real, provinda de nossa prática profissional, de que “tudo nos dias de hoje é depressão”. E de fato assim o é, haja vista o número sempre ascendente de pessoas identificadas por este diagnóstico.

Esta banalização do conceito de depressão implica em diagnósticos formulados superficialmente e apressadamente. Neste contexto, podemos constatar a imprecisão e o não-consenso entre os distintos campos de Saberes / Práticas sobre o mesmo fenômeno, e, assim, progressivamente, tornou-se muito comum profissionais alheios ao campo Psi e sem qualquer especialidade em psicopatologia formularem tais diagnósticos e prescreverem, indiscriminadamente, os psicofármacos como proposta (muitas vezes a única) de cura. Como sabemos, toda a tendência à medicalização justifica-se e encontra seus pressupostos explicativos nas concepções biologizantes da subjetividade – tão em voga nos dias de hoje.

A tendência que explica a depressão orgânica e fisiologicamente confere à dimensão individual a culpa pelo adoecimento e, ao mesmo tempo, retira do homem a possibilidade de se responsabilizar e se apropriar subjetivamente dos movimentos que poderiam levá-lo a alterar este estado de coisas. Da melancolia, como traço constitutivo da subjetividade burguesa, à depressão, doença orgânica a ser medicada através de remédios específicos, desvela-se um eixo ideológico que visa à apropriação e ao controle dos fenômenos individuais. Exacerba-se a dimensão individual, ampliando as possibilidades de a ordem coletiva exercer controle. (BOLGUESE, 2004, p. 18-19).

Nesta perspectiva, vemos claramente que a medicalização exacerbada resulta numa apropriação dos corpos e das subjetividades, na medida em que, por este viés, se concretiza o verdadeiro controle das individualidades. No entanto, o sujeito da atualidade é exatamente aquele que possui como característica maior a incapacidade de sofrer e, em contrapartida, demanda e deseja soluções rápidas e, principalmente, sem comprometimento subjetivo com a possível resolução de suas dificuldades. Nesta relação entre o sujeito e os discursos e práticas que lhe direcionam determinadas condutas e posicionamentos, o casamento perfeito em tempos pós-modernos é exatamente aquele entre a demanda (esta como desejo de “apaziguamento instantâneo da dor”) e os “milagres psicofár-mágicos” das medicações psiquiátricas. Se de um lado temos todo um arsenal psicofarmacológico disponível ao enfrentamento dos sofrimentos psíquicos, de outro lado temos os próprios sujeitos que demandam tal saber e prática apaziguadora, uma oferta aparentemente definitiva e instantânea. Num mundo onde o tempo é o senhor maior e a base de todas as medidas, não é

mais possível “desperdiçá-lo” com reflexões e processos de pensamento interiorizados, antes, é mais aceitável em nossa época apaziguar instantaneamente qualquer sinal de sofrimento, evitando-se e ignorando processos e construções subjetivas tão desvalorizadas hoje em dia.

[...] assistimos um *conluio* curioso entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido. Sua impossibilidade de se abrir aos cenários e fantasmas e à denominação do que se passa nele (é esta, afinal, que indica uma atividade associativa) fixa-o num queixume compacto sobre suas disfunções: “não posso isso, não consigo aquilo...” ou “poderia o senhor me receitar um remédio...”. A ignorância de tudo que constitui a dimensão *não sensorial* da linguagem – do psíquico – une, portanto, o fenômeno depressivo com a parafernália nosográfica da psiquiatria. (DELOUYA, 2001, p. 28).

É nesta verdadeira “*solução de compromisso*” que o sujeito estabelece com o Outro, que se viabiliza sua total alienação no tocante à desconstrução da possibilidade de saber-de-si, necessária a uma compreensão subjetiva e interna (insight) sobre suas próprias condições. Neste pacto entre o desejo de não saber de si, ou melhor dizendo, exatamente este *não* querer nada *saber disso* que se passa consigo mesmo, em que o sujeito pode furtar-se de se haver com seus sintomas manifestos e angústias, este, então, encontra – na sedação e no ânimo artificial das químicas –, a perpetuação insinuante, e por vezes silenciosa, de seu “mal-estar”.

Como podemos constatar por meio da realidade de nossa prática profissional, muitas vezes a medicalização que persiste como mecanismo principal na vida do paciente só acaba por resultar num verdadeiro processo de *alienação subjetiva*⁴; levando em consideração que os medicamentos não favorecem os processos de subjetivação e elaborações psíquicas, e que, apesar de proporcionarem certo alívio em relação aos sintomas manifestos, por outro lado, produzem determinadas sensações físicas e psicológicas desconfortáveis como consequências do seu uso prolongado.

Ademais, sabemos, com base em estudos psicanalíticos, que enquanto o *sintoma* é genuinamente um representante deformado de determinados conteúdos psíquicos do sujeito, na impossibilidade de se simbolizar tais conteúdos, e ainda ao invés disso, proporcionando-lhe a sua supressão abrupta, conseqüentemente o que teremos num futuro próximo na vida do indivíduo é uma outra readaptação da expressão destes sintomas, uma verdadeira reconfiguração simbólica, no sentido destes se viabilizarem por caminhos outros, forjando de alguma maneira a *satisfação* que o sintoma intenta realizar.

É curioso percebermos que, nesta situação, a medicalização pode, ao final, perpetuar os sentimentos de “mal-estar” ao invés de cessá-los, pois acompanhada das inegáveis

⁴ Este processo de *alienação subjetiva* será discutido no capítulo 4.

sensações de alívio imediato constatamos o surgimento de outras sensações desprazerosas, além do próprio conflito psíquico que permanece inconsciente e sem resolução psicoterapêutica. É neste sentido que, sobre os ansiolíticos e antidepressivos, Bolguese (2004, p. 81-82) exemplifica:

Em relação aos ansiolíticos e antidepressivos, as pessoas que sofriam de distúrbios neuróticos extremamente limitantes, tiveram a oportunidade de se sentirem melhores. Porém, a partir do alargamento da utilização dessas drogas, os sujeitos foram sendo gradativamente condenados a uma nova forma de alienação, pois se busca curar o sujeito de sua condição humana, prometendo o fim do sofrimento psíquico através de pílulas, que apenas fazem suspender os sintomas para reorganizá-los de outro modo em seguida (do mesmo modo que observara Freud, em 1895, quando do emprego das técnicas hipnóticas no tratamento das pacientes histéricas).

Como Bolguese (2004) aponta, a medicalização em larga escala, ou a utilização da mesma como única e exclusiva ferramenta terapêutica prescrita, consolida uma determinada modalidade de alienação subjetiva, no sentido de que, desta forma, priva-se o sujeito da tarefa de saber-de-si como processo de cura de suas aflições psíquicas.

Convém lembrarmos, entretanto, que a oferta das “pílulas mágicas” vem em consonância com a demanda de cura caricatural típica de nossa atualidade, ou seja, as individualidades que *desaprenderam a sofrer* necessitam destas fórmulas apaziguadoras dos humores, pois se o sofrimento não é mais algo suportável em nossos dias, estes, então, devem ser suprimidos com toda urgência e imediatismo. Por este viés, é possível compreendermos como a dimensão do *sofrimento* humano foi transmutada em seus atributos de valoração, relegando este a categoria de *dor*. Este deslocamento valorativo pressupõe não só uma compreensão de natureza distinta sobre o sofrimento, como também prescinde de que tal “mal-estar” compreendido desta maneira seja, instantaneamente, medicado, como se faz com uma dor de cabeça, por exemplo. Esta diferença de status entre sofrimento / dor altera completamente o entendimento sobre o sofrer humano, uma vez que pela compreensão deste como dor não se possibilita que o sofrimento seja entendido como inerente à natureza humana, ao contrário, pressupõe-se que, enquanto dor, este não possa e nem deva ser tolerado.

Assim, sem querer tergiversar e indo direto ao ponto, gostaria de dizer que o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como *dor* e não como *sofrimento*. Vale dizer, a subjetividade contemporânea não consegue mais transformar dor em sofrimento, estando aqui a sua marca diferencial. Ao lado disso, formularia que, se o sofrimento era a marca específica pela qual a subjetividade metabolizava o mal-estar na modernidade, a dor passou a ser o traço inconfundível pelo qual aquela se confronta com o mal-estar na pós-modernidade. (BIRMAN, 2006, p. 190-91).

Enfim, temos, na atualidade, uma concepção em voga a respeito do ser humano, a qual destaca que não lhe é discernido seu lugar como ser de conflito, especialmente esta modalidade de sujeito revelada pela psicanálise, mas sim, de acordo com as demandas sociais espetaculares as individualidades não podem (e não devem!) sofrer como outrora, afinal, nosso admirável mundo novo é a promessa e a insistência de que as mais altas tecnologias nos permitem que sejamos sempre completos e plenos.

Para além da questão exposta, ou seja, a transfiguração do entendimento de *sofrimento* para a *dor*, podemos perceber, também, como a sociedade capitalista mediante seus mecanismos globalizantes propicia às individualidades o solo fértil para a construção e a produção da depressão como uma das principais modalidades de “mal-estar” na contemporaneidade.

Especificamente as camadas mais carentes da população (em termos de recursos financeiros) compõem a grande maioria dos usuários efetivos dos serviços públicos de Saúde – os quais são alicerçados e assegurados pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, esta coletividade, devido ao já posto estado de alienação cultural (fruto das condições de miserabilidade), está mais exposta potencialmente aos mecanismos que capturam e controlam os indivíduos na atualidade. As condições desfavoráveis de existência, como a miserabilidade e a precariedade de condições de vida, atuam como verdadeiros dispositivos disparadores de sentimentos de “mal-estar”. Neste sentido, a maior parte dos usuários do SUS (por ter este perfil) já se encontra num solo existencial profícuo para sentimentos de impotência e, por vezes, depressivos.

A transfiguração da *dor* na atualidade é, contudo, uma construção cultural, portanto, captura as individualidades independentemente de classes sociais.

Especificamente a depressão, e não qualquer outra *doença* ou *patologia* da contemporaneidade, adquire importância na medida em que passa a representar a resposta (*avalizada pelo discurso científico?*) aos impasses de natureza social evidente. A cristalização das estruturas sociais e a tentativa de adaptação e confinamento do homem a uma existência alienada e alienante são características próprias da evolução da sociedade capitalista, que alcança hegemonia na medida em que tem conseguido circunscrever no âmbito individual as tensões e angústias que o sujeito passa a viver como próprias. (BOLGUESE, 2004, p. 158.).

Nesta rede de dispositivos a qual o sujeito é atravessado, encontramos como pano de fundo existencial uma configuração sócio-político-cultural espetacular. Como seu fruto direto e imediato, vivenciamos a dita transvalorização do *sofrimento* em *dor*, e, por fim, uma “*culpabilização*” do sujeito pelos seus infortúnios que vivencia, ainda que estes provejam de

condições sociais desfavoráveis, por exemplo, ou outras circunstâncias alheias às suas condições de possibilidades.

A ruptura das fronteiras entre o *público* e o *privado*, uma das notáveis características da *pós-modernidade*, resulta numa transposição que reproduz tal inversão na mesma medida com relação à concepção e aos ideais de saúde e doença na atualidade, e, assim, o que é fruto direto de condições desfavoráveis de vida é automaticamente atribuído às esferas individuais. As condições de miserabilidade financeiras e sociais, por exemplo, são relegadas à exclusiva responsabilidade do indivíduo, ocultando a origem social destes infortúnios, bem como a omissão e a articulação dos mecanismos perversos do Estado com relação à perpetuação e reprodução do contingente de excluídos e marginalizados ou simplesmente “discriminados”. “As sociedades que evitam encarar a tensão onde ela se manifesta – no seio da cidade – vêm deslocar-se a questão ao plano do indivíduo” (HASSOUN, 2002, p. 37).

Por fim, esta *dor* que substitui a possibilidade e a positividade potencial do *sofrer*, pode ser aplacada pela parafernália medicamentosa, remediando os sentimentos de angústia e destinando os indivíduos ao enclausuramento, sob o abrigo da espera da “reanimação” química, de onde se reafirma a dissolução dos laços sociais. Assim, numa sociedade narcisista e espetacular onde o “sofrer” está fora de moda, o sujeito é culpabilizado por representar o “fracasso” ante o palco social espetacular. Sofre-se, então, duas vezes – pelas próprias condições subjetivas e pelo fracasso ante as exigências espetaculares deste Outro social. “O sujeito moderno sofre de sua culpa neurótica, *acrescida da culpa por estar sofrendo*” (KEHL, 2002, p. 81-82).

Com relação às depressões especificamente, podemos constatar clinicamente essa dimensão da culpa e/ou vergonha em virtude do sofrimento sempre presente na fala dos pacientes. Pensamentos do tipo: “Será que tudo isso é frescura mesmo como todo mundo diz?”, evidenciam como a manifestação de qualquer sofrimento psíquico é, atualmente, ridicularizada pelo senso comum. Essa não permissão social das dimensões subjetivas individuais e singulares – incluindo aí a dor de existir carregada sobre os ombros de cada um de nós –, desemboca, enfim, na ânsia desesperada das individualidades em “acabar logo com esta frescura!”. Os imperativos do Superego individual ressoam e fazem eco com o discurso social vigente, ao passo que os sentimentos de culpa individuais encarnam-se na figura deste grande Outro ditador dos modos de ser individuais e coletivos característicos da atualidade.

A crueldade sádica do superego (social), incorporada pelos ideais de saúde e “bem-estar”, que não admitem a dimensão do sofrimento como condição básica existencial do ser humano, delinea os imperativos e ordens desmedidas (como é característico da instância

superegógica), oprimindo o sujeito e, assim, relegando-o ao sentimento de culpa individualizada por encontrar-se em situação de sofrimento psíquico. Avalizado por este discurso tipicamente pós-moderno no qual o *espetáculo* é estimulado e priorizado a todo o custo, os indivíduos ficam envergonhados se em qualquer situação dão sinal de suas fraquezas e limites *humanos, demasiadamente humanos*⁵, não podendo mais suportar qualquer indício de sofrimento.

Nesse contexto, as drogas são ofertadas em larga escala pela medicina e pela psiquiatria para apaziguar a desesperança e os gritos de terror que solapam as subjetividades. [...] Além disso, as drogas pesadas circulam pela rede internacional de narcotráfico, oferecendo formas de excitabilidade e de gozo para as subjetividades paralisadas pela violência do desamparo. De qualquer forma, são as duas faces da mesma moeda, as ditas drogas medicinais ofertadas pela psiquiatria e as drogas pesadas comercializadas a preço de ouro pelo narcotráfico; pela mediação de ambas alimenta-se a ilusão de que a dor do desamparo pode ser recusada pela transformação da alquimia dos humores. (BIRMAN, 2006, p. 53-54).

Por que suportar e aceitar tal pesar num mundo onde as mais altas tecnologias medicamentosas garantem a reabilitação dos indivíduos ante as expectativas e imposições sociais?

O sujeito da atualidade, definitivamente, foi educado e (des)preparado para o *sofrer* enquanto processo e condição *humana, demasiada humana*; antes, aprendeu a significar seu próprio pesar existencial como *dor*, internalizando uma condição que é necessariamente sinônima de doença, e como tal devendo ser remediada o quanto necessário *ad infinitum*.

A instrumentalização do corpo pela medicalização e pelo naturismo encontra então o seu canteiro de obras, na medida em que se inscreve aqui a matéria-prima para a disseminação dos discursos sobre a saúde. Pode-se compreender como a psicanálise se encontra num impasse quando se pressupõe um modelo alteritário de subjetividade, no qual os indivíduos sofredores possam dirigir ao outro sua demanda. Em contrapartida, a psiquiatria biológica pode florescer, já que com os psicofármacos pode fazer o curto-circuito do sofrimento e atender diretamente aos reclamos da dor, sem qualquer apelo. A animalidade dolorida pode ser atendida sem pedir nada, no jardim das delícias promovido pela medicalização da dor. (BIRMAN, 2006, p. 192).

Toda a medicalização da dor implica, necessariamente, que o sujeito se abduca de todos os laços sociais no que tange ao seu sofrimento, pois uma vez medicado não se

⁵ Nietzsche (2005). “*Humano, demasiado humano*” como condição limitada e assujeitada tanto às possibilidades quanto às impossibilidades referentes a esta condição de ser vivente, enquanto ser da terra, carnal, salvo de qualquer condição ou garantias divinas, ainda como submetido às exigências da própria condição de ser humano, submetido às demandas carnis, onde toda a potencialidade humana reside em aceitar esta própria condição, ao contrário do que preconizam os *ideais ascéticos*.

caracteriza a necessidade de formular demandas a um outro sobre o seu próprio sofrer. O que está em questão não é jamais a construção de sentido sobre sua condição – sentido este baseado num encontro entre duas pessoas que se abrem às novidades apresentadas como frutos de um trabalho psicanalítico –, mas antes, a prioridade e a meta a serem atingidas é silenciar esta dimensão do não-sentido, substituindo-a por sensações artificiais produzidas quimicamente, alterando-se os humores e maquiando pouco a pouco esta *fala* que clama por reconhecimento e elaboração.

É notável como esse dinamismo próprio do sujeito contemporâneo, isola-o em seu sofrimento, fazendo-o, além de total e “único responsável por seus males”, também um sujeito amesquinhado em toda a sua “covardia subjetiva existencial” legitimada por toda a lógica dominante: esta que dita as maneiras e estratégias de promover o “bem-estar” próprio na atualidade.

Uma sociedade em que os homens concebem sua vida psíquica segundo o modelo do distúrbio e da cura neuroquímica (ainda que não se possa negar a importância da psicofarmacologia no auxílio ao tratamento das formas extremas de sofrimento psíquico) é uma sociedade em que as condições do laço social não convocam os sujeitos a fazer do pensamento um auxílio para a mediação de suas relações e na negociação de suas diferenças. Ao empobrecimento do pensamento correspondem, de um lado, a violência; de outro, a depressão. (KEHL, 2002, p. 79).

Os ditos ou classificados como “depressivos” sofrem de uma espécie legítima de “mal-estar”, ainda que não seja este especificamente da ordem do patológico. Legítimo no sentido de que, para a nossa *escuta analítica*, o interesse está sempre voltado para a (O)utra Coisa da qual nos falam os pacientes, basta sabermos que algo acontece no sujeito e que lhe escapa a compreensão; sendo por isso mesmo que lhe foram necessárias as formações de sintomas como expressão de sua verdade velada. Ademais, as classificações e nosografias psiquiátricas com seus diagnósticos de psicopatologias e suas subdivisões que esquadrinham e esquartejam a subjetividade, a psicanálise nos legou um saber que pressupõe que o Sujeito (com S maiúsculo indicando sua constituição psíquica e inconsciente) é definido essencialmente pelo *conflito*.

Posto isso, quem ainda a caminhar sobre a terra, como um ser plenamente vivente, quem, enfim, estaria livre dos pesares, dissabores, e da própria dor de existir?

Lembre-mos: este animal, dito ser humano, simbolicamente constituído, forjado sob o véu da linguagem, é, justamente devido a isto, um ser de *desejo*. Eis a pré-condição de uma existência sempre fadada ao *conflito*, ainda que podendo ser amenizado por infinitos subterfúgios de nosso admirável mundo.

A legitimidade deste “mal-estar” vivenciado pelos depressivos, pode ser assim reconhecida e aceita na medida em que o próprio sujeito permite-se reconsiderar todo o discurso que o perpassa e do qual ele próprio aprendeu a enunciar. Ou seja, questionar toda a classificação e patologização da qual ele é alvo, quando formulado um diagnóstico que o *assujeita* e, principalmente, questionar a si próprio e sua identificação com o “ser depressivo” nos dias atuais. Estamos nos referindo, aqui, ao próprio dispositivo clínico das psicoterapias, particularmente as psicanalíticas, as quais visam desalienar o indivíduo desta condição impostamente patológica e de suas identificações com os Saberes/Práticas sociais sejam eles acadêmicos, científicos ou mesmo internalizados pelo senso comum.

Com base em nossa experiência profissional, podemos perceber como é difícil conseguirmos desestabilizar as “certezas” dos pacientes com relação ao seu sofrimento. Nem sempre o paciente que nos chega, plenamente identificado com seu diagnóstico, está preparado para o trabalho psicoterapêutico. Bem é verdade que é nossa tarefa, por meio das etapas preliminares da psicoterapia, constituir uma relação de confiança e, desde o primeiro momento, ainda que “em doses homeopáticas”, plantar a preciosa *dúvida* na subjetividade do paciente, esta relacionada ao discurso que ele mesmo representa para si e para os outros sobre seu sofrer. Contudo, como nos ensina nossa própria vivência profissional, nem todos estão dispostos a arriscarem-se a abandonar suas certezas e convicções sobre si e sobre seu sofrer, afinal, para isto implica-se novamente a questão fatídica do desejo, especificamente, o desejo de análise.

Estes pacientes, infelizmente, se tornam pessoas que ainda que vivam plenamente e satisfatoriamente (não sem a ajuda contínua de medicamentos!), não são capazes de desfrutar da possibilidade de, enfim, tornarem-se Sujeito propriamente dito. Sujeito de sua própria história e dos avatares de seu existir, implicando a capacidade de desejar como sujeito, subjetivando a própria castração e incompletude, em suma, deslocando-se para o lugar de *causa* de si, reconhecendo-se como ser de desejo e, por isso, faltante. Na fortaleza de suas certezas erguida com anos de sintomas e repetições, estes permanecerão assujeitados ao saber do Outro, podendo, então, no máximo continuar a sempre *demandar*, o que significa que se espera este “saber que não se sabe sobre si” deste grande Outro.

A *demanda* está sempre aquém do desejo; na medida em que é insatisfeita gera angústia e, em nossos dias, também a “depressão”, se satisfeita, suprime o desejo. Especificamente a “*demanda de cura*”, a qual nos endereça os pacientes, deve ser redirecionada ao sujeito no sentido de localizá-lo em sua própria trama de significações – esta é nossa tarefa inicial. A “demanda de Saber” que obtém facilmente aquilo que quer, ou seja,

um “saber sobre si”, porém como uma satisfação que o Outro me dá numa relação transferencial (como no caso das consultas médicas e psicoterápicas), e que muitas vezes confirma a intenção própria de se julgar doente, resulta apenas na perpetuação do indivíduo como assujeitado. Especificamente, a confirmação diagnóstica de “depressão” seguida das prescrições medicamentosas que reforçam o imaginário desta constatação, esvazia a possibilidade de o indivíduo fazer-se sentido, bem como suprime qualquer demanda de análise.

Com isso, a dor de existir não se transforma em sofrimento, não podendo ser endereçada ao outro como demanda, de maneira a constituir um mundo de iguais. Em decorrência de todos esses impasses, ficamos, enfim, amesquinados como sujeitos, mas nos exercitando nas ginásticas e massagens exóticas, atribuindo valores mágicos às dietas, quando não francamente intoxicados por drogas, incapazes de criar mediações no mundo. (BIRMAN, 2006, p. 193).

Referimo-nos, anteriormente, a certa “covardia existencial” dos depressivos. “Covardia” esta no sentido de frisar como a maioria destes chega para os atendimentos em psicologia totalmente identificados com o diagnóstico que lhe autentica uma doença, e de como esta identificação alienatória dificulta um processo psicoterápico psicanalítico. Baseado numa aposta *alteritária* como base da relação clínica transferencial, o fazer psicanalítico encontra vários obstáculos frente às subjetividades identificadas ao modelo sociocultural *narcísico e espetacular* na atualidade.

Diante da angústia do desamparo, facilmente as individualidades preferem encontrar um nome que identifique sua fraqueza e que, de preferência, seja uma dessas “patologias da moda”, pois assim, é garantia certa de que sua dor e insuficiências possam ser tratadas pelo arsenal medicamentoso disponível. Somado ao alívio imediato e imaginário explícito no pensamento muito comum de que “ainda bem que se tem remédio pra isso hoje em dia”, tem-se ainda a “vantagem” de poder evitar-se o trabalho psicoterápico, pois “pega mal” nos dias de hoje precisar do outro.

Levando-se em consideração que as psicoterapias baseiam-se no encontro entre duas pessoas que se entregam nesta relação de confiança, e que se subentende que o paciente venha sempre demandar este “saber” do psicólogo, nota-se como é custoso aos indivíduos rebaixarem seu narcisismo exacerbado ao implicarem-se num processo de psicoterapia. No jogo de forças da balança, já desequilibrada entre as ofertas e promessas medicamentosas e as incertezas das psicoterapias, os indivíduos não vacilam em decidir pelo caminho aparentemente “mais fácil” e, em tempos como o nosso, certamente mais veloz.

Muito mais incomuns são os casos em que o indivíduo encara a empreitada de ambas as propostas (psicoterápicas e medicamentosas) como nos mostra nossa prática profissional. Nossa realidade profissional retrata que, quando isso ocorre, geralmente é comum que o paciente já tenha tentado antecipadamente sua recuperação ou melhora exclusivamente pelo viés medicamentoso. Mas tudo isso é facilmente compreensível ao entendermos toda a lógica de nossa atualidade, na medida em que temos, sim, todo um arsenal tecnológico de subterfúgios para aplacarmos as “dores da alma” e produzir a *alienação* das subjetividades, e de outro lado, também temos as individualidades desejanter de autoalienação.

Esta dinâmica pode ser compreensível, levando-se em consideração que o sujeito ao qual nos referimos somos nós, indivíduos contemporâneos que recusam a tolerar qualquer possibilidade de sofrimento. Irônico se pensarmos que nessa ânsia de não sofrermos e desfrutarmos de tudo o que é possível sem maior responsabilidade, sempre engrandecendo e autoinflando o próprio ego, justamente nessa tentativa de não sofrermos é que então padecemos, tal como Freud (1930[1929]) nos ensina em “O mal-estar na civilização”, frisando que é na defesa contra o sofrimento que habita o próprio “mal-estar”. E como bem modernos e atuais que somos, ou melhor, “pós-modernos”, sofremos de nossos maiores males contemporâneos, dentre eles, principalmente, a depressão.

A depressão, sintoma do mal-estar neste começo de milênio como a histeria no final da era vitoriana, é ao mesmo tempo condição e consequência da recusa do sujeito em assumir a dimensão de conflito que lhe é própria. De um lado é a condição, porque, sem certo rebaixamento libidinal próprio dos estados depressivos, o conflito acaba por se impor. De outro é consequência, na medida em que a depressão, o empobrecimento da vida subjetiva, são o preço pago por aqueles que orientam suas escolhas em função do medo de sofrer. (KEHL, 2002, p. 80).

Na ânsia de autossuficiência a todo o custo, evitamos quase que fobicamente qualquer tipo de sofrimento, e tentamos constantemente nos livrar de sentimentos e sensações que aprendemos a identificar como dor. Evitar a tão alto preço muitas vezes essa dor é a concretização da promessa estimulada e orientada de que podemos não sofrê-la. Nesta estilística de existência típica de nossa atualidade, acabamos por nos enclausurarmos em nossos próprios sofrimentos, diluindo tudo o que faz laço social, evitando a alteridade indicativa de castração, e por fim perdemos as possibilidades que nos abrem as positivities simbólicas do sofrer.

[...] o sofrimento é uma experiência alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofredora, que se dirige a ele com o seu apelo. Daí sua dimensão de alteridade, na qual se inscreve a interlocução na experiência do sofrimento. Isso

porque a subjetividade reconhece aqui que não é auto-suficiente, como na dor. (BIRMAN, 2006, p. 192).

Este reconhecimento da não autossuficiência por parte do indivíduo é o que necessitamos de nossos pacientes para o início de um trabalho em psicanálise. É somente nessa aceitação própria de que não nos bastamos em nós mesmos que na inter-relação com o outro podemos subjetivar a diferença alteritária.

É árduo o nosso fazer clínico cotidiano ante as tendências sociais e individuais tão em voga e superestimuladas em nossa atualidade. Apostar na prática psicanalítica é como dar um tiro no escuro e, ao mesmo tempo, tentar remar contra a maré que tende a arrebatá-las individualidades por meio de suas ofertas, com vistas ao controle coletivo e individual e aos lucros exorbitantes que o avanço tecnológico das práticas em Saúde pode oferecer.

Por fim, é de uma questão ética que se propõe a psicanálise ao lançar resistência ante os modos priorizados pela sociedade capitalista e espetacular. Uma ética que priorize uma estilística de existência às avessas do que nos circunda atualmente, que reconheça a dimensão singular das individualidades com tudo o que isso comporta de vislumbre sobre o conflito sempre humano, demasiadamente humano, e que possa desfrutar das possibilidades que nos abrem ao nos desvendarmos do véu de toda a alienação.

3 PERCURSOS: CAMINHOS E (DES)CAMINHOS

De acordo com o nosso objeto de estudo, consideramos de suma importância identificar de que maneira se constituem as trilhas das individualidades nas suas buscas para uma saída de seus estados e condições de sofrimento.

Neste momento, tentamos identificar as sutilezas diferenciadas pertencentes ao campo da Saúde Coletiva, no que tange à problemática aqui investigada. Pretendemos, desse modo, apreender em meio à contextualização específica, de que maneira se dá uma possível produção da depressão como “mal-estar” contemporâneo, levando em consideração, neste momento pontual, a *medicalização* da vida no seu sentido mais amplo, aquele que nos faz compreendê-la como uma tendência (hoje em dia não só exclusiva da medicina) de subjugar ao domínio médico tudo aquilo que em si é de uma natureza outra.

Contextualizarmos sobre qual “Saúde Pública” nos referimos (específica do município) compreendendo seu funcionamento de uma maneira geral e sua vinculação ao serviço de psicologia (em particular, a modalidade clínica), nos possibilita ampliarmos a ótica ante o campo existencial dos sujeitos que se enquadram na problemática aqui estudada, bem como de visualizarmos nosso próprio lugar e posicionamento em meio a esta questão. Como sabemos, toda e qualquer produção de sentido é sempre reflexo e fruto direto das condições de possibilidades de um determinado contexto e momento histórico. Sendo assim, nosso olhar, com sua atenção capturada pelo problema da “depressão” na atualidade, também é, por sua vez, determinado, resultando num posicionamento específico e singular frente aos discursos pelos quais somos também atravessados.

Este rastreamento dos percursos dos pacientes e, na mesma medida, deste lugar real, imaginário e simbólico que ocupamos e demarcamos nesta rede de serviços, se faz necessário, a fim de podermos identificar aquilo que há de exclusivo nos meandros desta saúde coletiva (ainda que específica deste município), e que caracterizam saídas possíveis e/ou, ao contrário, uma produção e perpetuação da depressão como ‘mal-estar’ típico de nossa atualidade.

3.1 Caminhos...

Trazemos aqui, de forma específica, nossa experiência como funcionário público municipal, contratado efetivamente mediante aprovação em concurso público.

Na ocasião da contratação (2005), a vaga para psicólogo clínico fora criada tendo em vista a necessidade de mais profissionais da área a fim de se ampliar as condições de promoção de saúde mental no município. A demanda pela busca de atendimentos em Psicologia, fosse ela espontânea e/ou por meio de encaminhamentos, excedia sobremaneira a capacidade de atuação de apenas um único profissional no serviço público de saúde da cidade. Não obstante, a contratação de mais um psicólogo para o desempenho da atividade clínica traria condições para o outro profissional, já atuante, poder dedicar-se de maneira mais exclusiva às outras modalidades de práticas psicológicas, especificamente o atendimento de pacientes ditos “psiquiátricos”, envolvendo variadas estratégias como a viabilização de internações (quando necessário), dentro das articulações em rede desta micro-região, além de acompanhamento destes pacientes, atendimentos estendidos à família dos mesmos, controle de medicações, etc.

Assim, nossa atuação clínica se desenvolve desde 2005, exercida atualmente num Centro de Saúde – III.

Antes de nos atermos ao nosso campo específico de atuação, é necessário descrevermos e contextualizarmos como se configuram os dispositivos de assistência à Saúde do município em questão, para depois, num segundo momento, visualizarmos a relação e a articulação do serviço de Psicologia com estes serviços disponíveis na rede de Saúde da cidade.

Desta forma, trazemos a configuração das estratégias em Saúde Coletiva de um município de 13 mil habitantes, aproximadamente, que conta com um Centro de Saúde III, uma Unidade Ambulatorial, e quatro unidades de PSFs (Programa de Saúde da Família) distribuídos estrategicamente nas suas respectivas micro-regiões.

No Centro de Saúde III, contamos com o serviço de Psicologia Clínica, Fonoaudiologia, Odontologia, Assistência Social, Equipe de Vigilância Sanitária, Setor de Agendamento, e Sala de Vacina (com enfermeira e demais auxiliares). Os atendimentos de Psicologia e Fonoaudiologia recebem pacientes encaminhados de outras especialidades como também disponibilizam o serviço à demanda espontânea.

Na Unidade Ambulatorial temos uma equipe profissional de médicos plantonistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A unidade tem caráter emergencial atendendo a consultas em todos os períodos do dia, viabilizando, se necessário, pequenas internações (baixa complexidade) por um curto período de tempo (menos de 24h), geralmente com o objetivo de viabilizar um tratamento medicamentoso emergencial e circunstancial. Na mesma Unidade, o município disponibiliza plantões semanais de outras especialidades médicas como Cardiologia, Pediatria, Ginecologia, Urologia e Psiquiatria, além dos serviços de Fisioterapia e Setor de raio-x para pequenas partes. Os plantões de Psiquiatria acontecem numa periodicidade quinzenal, diferentemente das outras especialidades.

Já nos PSFs contamos com uma equipe profissional composta por médico, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social e, em virtude de contratações recentes (início de 2009), mais dois psicólogos. Como sabemos, talvez mais do que qualquer outro dispositivo em saúde, os PSFs primam, essencialmente, pelo caráter preventivo, entendendo-se que a promoção de saúde envolve práticas que possibilitem à população gerir sua vida de forma mais saudável e/ou menos nociva, estas sendo constantemente integradas e articuladas às equipes profissionais e envolvidas por meio de diversas práticas, evitando-se, assim, encaminhamentos desnecessários aos serviços de maior complexidade (atenção secundária e terciária), e também impedindo que os indivíduos adoeçam primeiro para depois serem submetidos a tratamentos em saúde. Como é de praxe, nos PSFs o acompanhamento das famílias é feito pela equipe de agentes de saúde que realizam visitas domiciliares regularmente, há também algumas famílias específicas que são visitadas por médico, enfermeira, assistente social e psicólogo. Realizam-se grupos de reuniões para possibilitar o desempenho de condutas preventivas da população, nesse sentido, são trabalhadas diversas estratégias (de acordo com o levantamento epidemiológico da micro-região) voltadas para problemáticas emergenciais daquela população específica, de onde teremos grupos, por exemplo, de hipertensão, obesos, diabéticos, gestantes, etc. além dos grupos terapêuticos realizados, ultimamente, pelos psicólogos desta unidade.

Atualmente, devido à atuação estratégica de colocar mais dois psicólogos distribuídos nos dois PSFs, a demanda para atendimentos clínicos em Psicologia reduziu significativamente. No momento, podemos dizer que a promoção de saúde mental do município de fato tem maior possibilidade de atender às expectativas de prevenção, evitando-se os encaminhamentos desnecessários e, também, alcançando maior abrangência nas ações que envolvem o trabalho com as famílias de “pacientes psiquiátricos”, ou simplesmente, dos indivíduos que demandam maiores cuidados do setor de Saúde. Hoje em dia, evitam-se os

encaminhamentos para o atendimento clínico em Psicologia dos casos que prescindem deste tipo de intervenção: aqueles capazes de serem inclusos nas outras modalidades de práticas psicológicas; uma vez assim entendidos e avaliados pelos psicólogos dos PSFs, e/ou ainda por nós mesmos por meio de entrevistas preliminares.

Contudo, a realidade do contingente profissional em termos de recursos humanos capacitados inseridos na Saúde do município não foi sempre assim. Em nossa pesquisa resgatamos fragmentos de sessões clínicas baseadas em nossas próprias reminiscências de atendimentos (realizados durante quatro anos) referentes a uma época em que o serviço de Psicologia do município centrava-se exclusivamente na modalidade clínica, e, como não poderia ser diferente, evidenciava-se uma demanda muito maior numericamente e que compunha uma pluralidade de psicopatologias e/ou situações de risco de naturezas diferentes, e que poderiam e deveriam muitas vezes ser atendidas, também, por meio destas outras modalidades de intervenções psicológicas em Saúde.

No ato de nossa contratação (2005), a vaga já era destinada à área da Saúde e, especificamente, ao desempenho da função clínica, condição em que podemos perceber toda uma tendência cristalizada da cultura do paradigma médico-clínico disseminada nas diversas áreas profissionais referentes a este campo. O interesse e apreço pessoal por tal modalidade de atendimento nos fazem entender que, apesar das outras diversas modalidades de intervenção relacionadas às práticas psicológicas em Saúde Coletiva, como as que possuem como prioridade e objetivos principais a prevenção (grupos, reuniões, etc.); ainda assim o fazer clínico torna-se imprescindível em determinados casos. Concordamos, além disso, que de fato a centralização de encaminhamentos de pacientes para o serviço de Psicologia, quando estes forem destinados exclusivamente à clínica, em certa medida, contribui também para um processo que tende sempre a procurar, e de certa forma, só consegue enxergar a dimensão do que é *pathos* no sujeito.

Salientamos, contudo, que pela centralização de uma única via (a das intervenções clínicas) corremos o risco eminente de estarmos, também, favorecendo uma patologização dos indivíduos, que carecem, na realidade, de uma assistência em saúde de forma integral, tendo em vista a multideterminação de suas condições de sofrimento, a saber, os vários fatores que possibilitam ou não uma existência digna, como condições básicas de moradia, alimentação, higiene, educação, trabalho, poder aquisitivo, estruturação familiar, lazer e cultura, etc. Enfim, tudo isso levando em consideração, também, suas possibilidades de emancipação pelo viés da cidadania plena, as quais podemos entender como sendo condições existenciais produtoras de determinados processos de subjetivação.

Neste sentido, a “Psicologia da Saúde”, enquanto um *saber-fazer* característico dessa área, tem muito a oferecer naquilo que está para além do dispositivo clínico individual.

A este respeito convém mencionarmos que nosso fazer clínico costuma extrapolar, quando necessário, os limites “intra-muros” delimitados pelo paradigma tradicional, o que significa que além dos atendimentos clínicos *stricto sensu*, nossa prática envolvia atendimentos domiciliares (nos casos de pacientes acamados, por exemplo) e outras vezes intervenções em espaços públicos como na modalidade de “acompanhante terapêutico” com crianças psicóticas, por exemplo, auxiliando na intermediação da construção dos seus *laços sociais* (COSTA-MOURA, 2006). Poderíamos considerar nossa prática como sendo clínica, porém, sustentada, também, por preocupações relativas às questões psicossociais, e não somente reproduzindo o modelo psicoterápico clássico circunscrito no *setting* terapêutico individual.

Enfim, apesar de ocuparmos o cargo de psicólogo clínico, em momento algum nossa prática se restringiu apenas às intervenções clínicas *in loco*, mas sim, de acordo com as necessidades de uma rede básica de saúde. Entendemos que a atuação, ainda que fundamentada pelos saberes clínicos, pode e deve extrapolar o modelo bio-médico, a fim de constituírem-se possibilidades de intervenção psicológica de forma mais abrangente, na medida em que a práxis clínica foca seus objetivos em aspectos subjetivos de Outra ordem. Não que a atividade clínica não possa ter e nem tenha um caráter preventivo e que promove condições de saúde; não apenas tratando daquilo que já adoeceu, lembrando aqui que nos referimos especificamente ao paradigma clínico orientado pelo referencial psicanalítico, o qual embasa nossa atividade profissional.

Sabemos que no momento em que o paciente está em psicoterapia, além de poder elaborar seu passado, visando uma reestruturação de sua vida no presente, os *insights* – frutos do processo analítico – inscrevem um reconhecimento daquilo que até então era inconsciente e, dessa forma, ao menos em potencial, poder-se-ão vir a modificar algumas das tendências existenciais futuras do próprio sujeito.

O que passou a ser comumente ponderado, hoje em dia, são questões acerca de uma certa ineficácia dos atendimentos de modalidade clínica relacionados à promoção de Saúde Mental ligada diretamente à prevenção, levando em consideração, ainda, que esta modalidade de atendimento encontra-se, geralmente, nas redes básicas no que tange à Saúde Pública. Encontramos, normalmente, muitas opiniões contrárias com relação ao desempenho da clínica psicológica no âmbito da Saúde Coletiva e, mais especificamente, aquelas que se orientam pela Psicanálise.

Nesta mesma esteira do pensamento exposto há, também, as objeções quanto à demora nas evoluções dos casos em atendimento, ou seja, a questão fatídica do tempo.

Acerca destes apontamentos concordamos com Sauret (2006, p. 38):

[...] a reprovação feita à psicanálise quanto a sua longa duração e quanto a sua ineficácia diante dos sintomas é, na realidade, uma dupla homenagem a sua especificidade: a oferta de um laço social no qual a função do sintoma possa se desdobrar. A duração dos tratamentos atuais poderia ser proporcional à intensidade de desqualificação do sintoma num social dominado pelo mercado e pelo cientismo.

Ou seja, poderíamos pensar que tais críticas apresentam-se, na maioria das vezes, em realidade muito superficialmente fundamentadas, ao desconsiderarem algo que é possível apenas pelo viés da clínica e que tem como singular a proposta de uma relação que se constituirá sob a égide da alteridade, obviamente uma modalidade de relação desenvolvida num compasso Outro que não atende aos anseios imediatistas dos ideais da atualidade. O desdobramento do sintoma a que se refere o autor se dá, lembremo-nos, somente a partir da relação transferencial, e a clínica psicanalítica é inaugurada por Freud tendo como sua pedra angular o fenômeno da transferência, sem a qual não existe *causa* a ser subjetivada. Além do mais, gostaríamos de mencionar o fato de que a questão do tempo é extremamente relativa, principalmente ao ponderarmos que é muito comum a longa permanência de pacientes em ambulatórios ou unidades de Saúde, sempre na busca por receitas que lhe possibilitem adquirir os psicofármacos prescritos e que, como sabemos, mantêm um ciclo infundável de medicalização sem resolutividade satisfatória.

Encontramos, também – talvez os questionamentos mais contundentes –, aqueles que se referem a uma certa “privatização” do sujeito social, capturado que seria pelo dispositivo clínico, donde, então, se tornariam impossíveis, ou ao menos potencialmente esvaziadas, as possibilidades do sujeito fazer-se e constituir-se no meio social. Enfim, entrariam aqui as infundáveis discussões acerca das concepções de sujeito e cidadania como produção de subjetividade, estas enviesadas pela humanização dos tratamentos em Saúde que muitas vezes acabam por viabilizar um demasiado assistencialismo.

Quanto a isso convém mencionarmos o que Rinaldi (2006) evidencia ao relativizar o dilema sujeito x cidadão envolto às práticas em Saúde Mental:

Nesta perspectiva, ao procurar humanizar o tratamento e “dar voz” àqueles que foram excluídos pelas práticas manicomiais, o que se visa é recuperar as “habilidades perdidas”, ou seja, a autonomia e o poder de contratualidade desses sujeitos, que permita a sua reinserção no laço social. É a lógica da cidadania que se

reafirma por meio do *discurso do mestre*, na medida em que se parte de um modelo pré-estabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito. (RINALDI, 2006, p. 145).

Na especificidade da reflexão proposta pela autora, notamos que a sua preocupação está voltada para os pacientes sofredores de psicopatologias mais severas, como os psicóticos, por exemplo, e que apresentam como agravante as várias internações que lhe retiram, de fato, a possibilidade de inscrição no espaço social e cultural. Contudo, sabemos que não são apenas os psicóticos que são destinados a períodos de internação em instituições psiquiátricas. Atualmente, em que o sofrer é intolerável, tornaram-se comuns internações de indivíduos que se encontram estruturalmente sob a lógica das neuroses, assim como os ditos “depressivos”, devido à impressão que se dá sobre uma incapacidade de o próprio sujeito exercer o “cuidado de si” e que muitas vezes acabam tendo um mesmo destino (en)caminhado pelos saberes (O)utros especializados. Para-além da questão das internações, o que nos motiva aqui é apenas uma reflexão acerca do papel e funcionalidade da clínica psicológica em uma rede básica de Saúde Pública, considerando-se, então, à guisa de comparação, os modos de fazer/saber das diversas modalidades de intervenção, independente de qual a clientela a que se destinam comumente tais práticas.

Demarcamos, aqui, um posicionamento no qual compreendemos o dispositivo clínico psicanalítico (desde que articulado às demais práticas *psi* em Saúde) como uma possibilidade, ainda singular, de se oferecer uma *escuta* ao inconsciente, onde nos demais “lugares” circunscritos pelas demais práticas não há possibilidade de advir. Isso porque, apesar de verificarmos que a questão da escuta tem ocupado um lugar de destaque nos discursos das práticas em Saúde Mental, percebemos que a utilização deste conceito tem revelado uma naturalização que chega às raias da banalização, onde seu sentido original, como escuta do inconsciente, se perde (RINALDI, 2006). Desta forma, a tal possibilidade de escuta dos sujeitos aparece normalmente inserida nas diversas práticas de atenção psicossocial, e diríamos também, nas variadas possibilidades de intervenção *psi* nas redes básicas de Saúde (como nos PSFs, por exemplo) onde estas são orientadas por propostas de reabilitação social e/ou propostas de orientação e educação em saúde, porém, num posicionamento discursivo que ao dirigir-se ao sujeito faz com que seja sempre pelo viés da individualidade, dos direitos e da cidadania, por vezes assim exclusivamente.

Em suma, de forma alguma discordamos das demais propostas de intervenção, quando pensamos nas atuais possibilidades de promoção de Saúde Mental como, por exemplo, as variadas práticas concernentes aos modelos de atenção psicossocial, em que a inscrição do

sujeito no espaço da cultura e sua emancipação por meio da cidadania são componentes imprescindíveis de condições de subjetivação e resgate da autonomia e independência. Apenas compreendemos (e nossa prática profissional nos traz esta certeza) que o dispositivo clínico entendido, com base no referencial teórico da psicanálise, tem seu lugar e eficácia singular, e de forma ainda mais efetiva e significativa quando articulado às demais possibilidades psicoterapêuticas e de emancipação dos sujeitos. Entendemos que as condições para possibilidade de promoção de saúde mental devem dispor de variados dispositivos psicoterapêuticos e psicossociais (no caso da psicologia) bem como das articulações em rede, as quais priorizam com justa causa as dimensões sociais de cidadania, e inclusive de direitos, conquistados a duras penas por meio dos dilemas históricos que conhecemos com a “reforma psiquiátrica” e o “movimento da luta antimanicomial”, e de forma nem um pouco contraditória, a nosso ver, o fazer clínico é também imprescindível dentro da sua parcela de contribuição em meio à rede pública de saúde dedicada a uma saúde coletiva.

Como poderemos perceber no capítulo posterior, somente por meio de um processo de psicoterapia clínica determinados pacientes plenamente identificados aos “*discursos sobre a saúde*” na atualidade, podem quiçá recobrir o real de seu “mal-estar” com seus próprios significantes e terem a possibilidade de re-significar seu existir desalienando-se do rótulo psicopatológico. Ou seja, em última instância, conquistar a autonomia ante sua autodenominação (im)possível, abdicando-se do viés assujeitador da demanda – de onde imagina-se que é sempre o Outro que sabe quem eu sou, o que eu quero, o que serei: articulando isso aos cuidados em saúde, as demandas de saber/poder sobre aquilo que lhes afetam.

A clínica psicanalítica, ou melhor dizendo, o fazer-clínico psicanalítico pertence, também, à ordem de uma construção de um laço social. Porém, um laço que se constitui pelo motor da relação transferencial, e que se situa num entrelaçamento discursivo em que reside a possibilidade de o sujeito perder-se, e também entregar-se às tramas de suas próprias significações, tornando-se ativo e (re)ativo – por isso de fato sujeito –, ante o desejo do psicoterapeuta que se apresenta como enigma na situação analítica: o enigma que reflete e reendereça ao próprio sujeito as dúvidas e incertezas sobre sua própria causa.

Enfim, sucintamente, ao mencionarmos algumas das possibilidades do fazer clínico psicanalítico lembramos alguns aspectos fundamentais somente possíveis por meio deste dispositivo, a saber: o(s) laço(s), a transferência, e (implicitamente) a alteridade (desejo do analista), implicando aí o manejo psicanalítico destas propriedades que, como muitas outras mencionadas ao longo do trabalho, são somente passíveis de serem experienciadas no campo do fazer clínico e da situação analítica.

3.2 (En)caminhamentos, Encruzilhadas, e o Dispositivo Clínico como Possibilidade de (Des)caminho

Retomemos, agora, o contexto sob o qual repousa nossa experiência profissional e em que se evidencia nossa problemática do presente estudo.

Como mencionamos, num primeiro momento (2005 a jan/2009) o serviço de Psicologia da Saúde do município contava, até então, apenas com as intervenções de modalidade clínica individual e com as articulações estratégicas de promoção de Saúde Mental dedicadas aos pacientes que sofrem de enfermidades mais graves (psicoses, etc.).

As demandas para atendimentos sempre se apresentaram de várias origens distintas e, sendo assim, é corriqueiro nosso serviço de Psicologia receber encaminhamentos de outras especialidades médicas (Psiquiatria, Pediatria), casos de Conselho Tutelar, casos judiciais via Fórum, encaminhamentos da Educação municipal, além da procura individual por atendimentos que caracterizam demandas espontâneas.

A este respeito ressaltamos que, no início de nossa atuação, fomos consultados sobre a forma de encaminhamentos que seriam necessários para que os pacientes pudessem usufruir do serviço oferecido. Fomos questionados, especificamente, se haveria a necessidade sempre de um encaminhamento médico formal, posicionamo-nos, então, em atender além destes casos com indicação, também as procuras por atendimento baseadas na demanda espontânea. Entendemos que, agindo dessa maneira, seria uma forma de quebrarmos burocracias formais do sistema para melhor viabilizar a integralidade de assistência em saúde, além de termos a possibilidade imediata de avaliarmos a real necessidade de um atendimento clínico em Psicologia sem a interferência antecipada de outras especialidades médicas.

Posto isso, atendemos, então, pacientes que chegam ao serviço de Psicologia Clínica por meio de encaminhamentos de outras especialidades médicas e/ou de outros setores institucionalizados como os mencionados anteriormente, bem como por indicação de outros serviços de Psicologia do município como os da Educação (Psicologia escolar) e social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social).

De uma maneira geral sempre lidamos com uma clientela vasta, composta por pacientes de todas as idades.

Assim, é frequente uma clientela infantil e adolescente, a qual geralmente é encaminhada pelo setor da Educação municipal e Conselho Tutelar, onde se fazem constantes queixas sobre o “rendimento escolar”, “dificuldades de aprendizagem”, “problemas de

comportamentos e conduta”, além da demanda espontânea baseada na suspeita dos pais ou cuidadores de que “algo não vai bem” e, por fim, encaminhados por outras especialidades como a Pediatria e a Fonoaudiologia, por exemplo.

Fazemos uma pequena ressalva (ainda que não seja este nosso objetivo específico), haja vista que identificamos, nestes quatro anos de atendimento, como o problema do diagnóstico e da tendência à patologização dos indivíduos na atualidade não exige sequer o universo infantil. Trata-se de um fato cotidianamente constatado por meio das suspeitas diagnósticas que caracterizam esta situação, por exemplo, as chamadas “dificuldades de aprendizagens” e, principalmente, a “hiperatividade infantil”. É nítido como, implicitamente, em demandas como essas se evidencia uma expectativa de “cura” que corresponderia a um verdadeiro ajustamento do indivíduo às normas que o circundam. Nestes casos, “curar” determinada criança que já foi rotulada por determinado diagnóstico seria o mesmo que, ao fim do tratamento, pudéssemos possibilitar que esta se demonstrasse adaptada ao meio social em que vive, ou seja, não escapando, então, ou estando à margem das regras sociais preestabelecidas. Neste pequeno exemplo já podemos vislumbrar, um pouco, de como o discurso social (escolas, conselhos tutelares, fórum, encaminhamentos médicos) predetermina a modalidade de demanda dos sujeitos, ensinando-os a enunciar este discurso. Outro que lhes perpassam e lhes direcionam de forma arbitrária o que remeteria a um “bem” ou um “mal” sobre si mesmo, transmutada que é muitas vezes e reduzida excessivamente às intervenções no campo da Saúde. Não teríamos aqui, desde a infância, a captura das subjetividades por meio da medicalização e da tendência a uma normatização?

Prosseguindo na descrição de nossa clientela, além dos casos típicos dessa faixa etária que acabamos de descrever (a infância e adolescência) temos também a população de idade adulta (acima de 18 anos), dos quais quase a totalidade dos pacientes é do sexo feminino. À guisa de demonstração, selecionamos alguns períodos de atendimento aleatoriamente como forma de mensurarmos alguns dados importantes.

Com relação ao predomínio do sexo feminino na busca por atendimentos psicológicos temos que, num período de quatro meses (de 05/2005 a 09/2005), dos 36 pacientes adultos que passaram por entrevistas preliminares (dispositivo de recepção), apenas seis eram do sexo masculino. Num outro período posterior de três meses (05/2006 a 08/2006) de 20 pacientes adultos que passaram pelas entrevistas iniciais, apenas dois eram do sexo masculino. E, por fim, num terceiro período de quatro meses escolhido aleatoriamente (06/2007 a 10/2007), de 25 pacientes adultos que passaram por entrevistas preliminares 22 eram do sexo feminino. Este fato evidencia uma questão já cultural, em que é a mulher quem geralmente se locomove

até os serviços de Saúde, seja por ela mesma seja em busca de cuidados aos filhos e à família de uma maneira geral.

Ainda outro dado constatado clinicamente é que o homem é muito mais resistente ante a necessidade de procurar assistência em Saúde e, especificamente no que tange à clínica psicológica, podemos perceber que as desistências por parte dos homens (quando estes vêm aos atendimentos) acontecem de forma muito mais rápida do que com as mulheres. Ocorre, dessa maneira, o abandono de forma mais precoce, fato que sinaliza uma dificuldade maior por parte do público masculino em rebaixar seu próprio narcisismo renunciando às fantasias de onipotência que não lhe permitem o reconhecimento da necessidade de um outro para fazer-se sentido.

Utilizando os mesmos períodos escolhidos aleatoriamente, trazemos outro elemento, à guisa de demonstração e exemplificação, este demasiadamente significativo de acordo com o nosso objeto de estudo, e, porque não dizer, fato que verdadeiramente conduziu-nos a eleger tal problemática para ser investigada, a saber: a incidência dos diagnósticos de depressão.

Antes de apresentarmos tal levantamento quantitativo, gostaríamos de frisar o que especificamente nos interessa.

Conforme discutimos ao longo do trabalho, pudemos perceber que a depressão tornou-se objeto de total banalização em nossa atualidade. Sendo assim, consideramos para este levantamento demonstrativo os casos em que os pacientes receberam esta autenticação, ou seja, o diagnóstico de depressão propriamente dito avalizado pelos saberes médicos e/ou, porventura, de outras especialidades e, da mesma forma, os casos em que o próprio paciente se diz depressivo, evidenciando um posicionamento fruto da identificação com o discurso social vigente.

Temos, então, por meio dos mesmos períodos citados anteriormente, os seguintes números: durante quatro meses (05/2005 a 09/2005), de 36 pacientes adultos que passaram pelas entrevistas preliminares, 25 (69%) apresentaram como queixa principal a “depressão”; num segundo período de três meses (05/2006 a 08/2006), de 20 pacientes recepcionados para entrevista inicial, 10 (50%) deles apresentaram como queixa principal a “depressão” e, finalmente, num terceiro e último período de quatro meses (06/2007 a 10/2007), de 25 pacientes adultos que passaram pelas entrevistas preliminares, 12 (48%) deles evidenciaram a “depressão” como causa principal da busca e/ou encaminhamento para os atendimentos clínicos em Psicologia.

Os demais casos compõem uma pluralidade de queixas como: ansiedade, compulsão alimentar, crises de angústia, problemas com álcool, problemas conjugais, problemas de relacionamento com filhos, alterações de humor, irritabilidade excessiva, insônia, obsessões, etc.

É prudente evidenciarmos, também, que selecionamos – apenas à guisa de amostragem –, períodos aleatórios de atendimento, e que mensuramos a totalidade dos casos em que o sujeito se define (já nas entrevistas preliminares) como “depressivo”. Nesta categoria específica, encontram-se algumas variantes sobre as quais convém mencionarmos.

O número de casos selecionados para tal amostragem engloba tanto os pacientes que de fato receberam o diagnóstico de “depressão” em algum momento, como também os que não necessariamente, mas que, ainda assim se autodefinem como depressivos tendo, então, a “depressão” como causa principal da busca pelo atendimento. Isto revela que a identificação com o diagnóstico, em alguns casos, ocorre independentemente de o sujeito recebê-lo de fato ou não, isso por alguns motivos simples de compreendermos. Acontece, como podemos atestar no cotidiano de nossa atividade profissional, que mesmo que o paciente não tenha recebido o diagnóstico declaradamente – de forma verbal – como um “texto sagrado” que o Outro (Sujeito Suposto Saber) lhe atestasse escancaradamente, ainda assim a prescrição de alguns calmantes, ansiolíticos e antidepressivos lhe atribui uma certeza de forma retroativa sobre sua possível condição. Ou seja, identificamos uma equação simbólica e imaginária demasiadamente óbvia e real que poderíamos exemplificar de forma ilustrativa por meio da seguinte sentença: “se vou ao médico na busca de saber o que eu tenho e que me escapa à compreensão, se direciono minha falta de saber a este Outro que supostamente o possui, e se, por fim, este Outro me receita alguns antidepressivos e ansiolíticos ainda que nada me diga, isto só pode significar que tenho e/ou estou com depressão, o que faz de mim um depressivo”.

Percebemos, então, que a formulação indiscriminada de diagnósticos de depressão acaba por constituir esta como um “mal-estar”, necessariamente patológico, na medida em que é assim autenticado pelos saberes vigentes. E junto à questão diagnóstica, percebemos também como a oferta medicamentosa indiscriminada da mesma forma atesta a depressão como “mal-estar” contemporâneo de forma retroativa, independente de ser acompanhada do diagnóstico ou não, pois, como podemos observar, na atualidade, o incomum passou a ser aqueles que no seu cotidiano prescindem de qualquer tipo de medicamento desta natureza – os psicotrópicos de uma forma geral.

Num momento inicial, quando os pacientes chegam ao serviço de Psicologia Clínica, de imediato realizamos uma “entrevista preliminar”, desempenhando a função de um *dispositivo de recepção* baseado numa escuta dirigida à *urgência subjetiva* do sujeito, tal como consideram Calazans e Bastos (2008), de modo que, a partir daí, espera-se consolidar o início do tratamento como possibilidade de construção de um tempo de interrogação sobre si

próprio, engendrando um espaço de criação para o sujeito, no qual ele possa simbolizar uma saída Outra para o insuportável de seu sofrimento.

Este momento das “entrevistas preliminares” é fundamentalmente crucial para todo o desenrolar posterior do caso, e isso por vários motivos. O primeiro deles diz respeito à avaliação da real necessidade do atendimento clínico. Afinal, não é por conta dos encaminhamentos e entendimentos de outros profissionais alheios ao campo *psi* que necessariamente se caracterizaria a suma importância desta modalidade de atendimento para determinados casos. E outro fator de maior importância ainda para nossa prática profissional é que, por meio das entrevistas preliminares de acolhimento, temos a oportunidade de, já de início, convocar o próprio paciente a “melhor explicar”, de acordo com suas próprias significações, de que se trata afinal seu sofrimento, que aprendeu a significar como “depressão”, seja por meio do diagnóstico que lhe atesta tal patologia, seja por meio da prática do “autodiagnóstico” fruto da identificação com a avalanche de informações disseminada mercadologicamente pelos veículos de comunicação de massa na atualidade.

Especificamente estes “depressivos” evidenciam, então, já num primeiro momento, como queixa principal a referida “depressão”, como não poderia ser diferente. Ou seja, nas entrevistas preliminares onde o sujeito dirige seu “pedido de ajuda” ao psicoterapeuta, aquilo que justifica tal demanda ele aprendeu a significar como “depressão” (num sentido patológico, necessariamente). Dizemos que aprendeu porque, de maneira contrária ao sintoma, que enquanto representante simbólico traz aquilo que há de singular no sujeito, o diagnóstico exclui a singularidade das individualidades, trazendo-os à dimensão do impessoal: mais um depressivo num mundo de depressivos.

Por um lado, o pesar de tal diagnóstico se torna retroativamente apaziguador da angústia causada pela inscrição da falta de saber sobre aquilo que lhe causa, pois reconhecido como “*mais um*”, pode-se dispor do tratamento comum a todos os que assim se encontram. É relativamente vantajoso ao ego, por meio dos mecanismos que tendem a perpetuar o estado atual de coisas, que lhe identifiquem a uma maioria no que diz respeito às suas mazelas, pois assim não se constitui a necessidade de reconhecer-se como *sintoma* de sua própria história de ser de desejo. Por fim, a singularidade é descartada ao atestar-se aos sujeitos uma categoria patológica da ordem do impessoal, universalizante, e que tem como prerrogativa os tratamentos medicamentosos visando a uma normatização dos afetos.

É comum entre estes pacientes o histórico de uma vida medicalizada (variável no tempo e nos tipos de psicofármacos) e, na maioria das vezes, que até o momento tinham como única ferramenta terapêutica para enfrentamento de seus estados de sofrimento. Por conta

disto (medicalização) é comum que tais pacientes posterguem ao máximo a busca pelos atendimentos em Psicologia, ainda que tenham sido estimulados a isso pelo profissional que os acompanha; pois, como sabemos, em muitos casos, o efeito apaziguador do tratamento medicamentoso contribui para uma verdadeira inércia subjetiva, no sentido de que ao camuflarem-se as expressões sintomáticas cessa-se aquilo que o ego nega-se em reconhecer e que se esforça por sempre reaparecer.

Assim, nossa prática cotidiana nos revela que parte dos pacientes “depressivos” que de fato encontram-se “melhor” (segundo suas próprias avaliações) por meio da vida medicalizada, estes, ainda que tentem seguir a orientação médica e/ou psicológica de conciliar o tratamento medicamentoso com o acompanhamento psicoterápico demonstram-se incapazes de levar a cabo tal tarefa. Isto se evidencia diante das desistências precoces do atendimento, sendo geralmente a permanência destes muito curta, não passando, por vezes, das entrevistas preliminares. Ou seja, podemos perceber claramente que neste universo de pacientes “depressivos”, parte daqueles que obtêm “relativo sucesso” por meio do uso contínuo de medicamentos – o que se evidencia por meio da cessação de sintomas desconfortáveis, de forma proporcional reduz-se sua disposição ao trabalho clínico em Psicologia.

A aparente melhora em termos sintomáticos, fruto da sedação medicamentosa, aniquila, de antemão, qualquer possibilidade de construção de uma “demanda de análise”, que implicaria, inevitavelmente, em um desejo de saber de si, saber aquilo que não se sabe ou aquilo que de fato “não se quer saber”. Neste sentido, assim como a manifestação sintomática é suprimida, da mesma forma o desejo (enquanto enigma/causa) também o é (voltaremos a este ponto no capítulo posterior), e poderíamos arriscar dizer que em última instância os mecanismos de repressão se tornam mais efetivos na medida em que ao sofrimento são vedadas as brechas de manifestação possíveis.

Ante esta situação é natural que a ideia de uma psicoterapia não faça sentido ao próprio sujeito, afinal, qual a funcionalidade de um trabalho clínico ante um aparente estado de “bem-estar”?

Em suma, se a oferta terapêutica medicamentosa é capaz de aliviar os sintomas até então desconfortáveis e, dessa forma, concretiza uma verdadeira “solução de compromisso” que possibilita responder “satisfatoriamente” (resultado medicamentoso) à “demanda de cura” sustentada pelos sujeitos, então, não há brecha para o advento do ser de desejo – sujeito do inconsciente clivado pelo conflito. O resultado deste interessante conluio entre a “demanda de cura” e a oferta medicamentosa é a perpetuação da vida medicalizada, onde não existe espaço possível para questionamentos, dúvidas, incertezas, etc.; e que, como podemos constatar em

nossa experiência, destinam os pacientes a, na maioria das vezes, frequentarem os ambulatórios e postos de saúde sempre na busca de receitas médicas que lhe assegurem a continuidade permanente de acesso aos remédios que lhe proporcionam aquilo que, num primeiro momento, demandaram – o apaziguamento de afetos, sensações e pensamentos desconfortáveis.

Gostaríamos de frisar, ainda, que dos pacientes que buscam e/ou são encaminhados ao serviço de Psicologia Clínica para tratamento de “depressão”, parte destes obtém um “sucesso satisfatório” em termos de supressão de sintomas promovido pelo tratamento medicamentoso e, justamente por isso, as condições básicas para uma psicoterapia psicanalítica inexistem e raramente podem se configurar.

Por conta disso, nosso interesse específico no resgate dos “*fragmentos clínicos*” volta-se, então, para os pacientes “depressivos” que, de uma forma ou de outra, conseguiram por meio do trabalho desenvolvido re-significar seus estados de sofrimento, alguns destes conquistando uma independência com relação aos remédios, outros não, porém, que ainda assim conseguiram pôr em xeque o diagnóstico de “depressão” por meio do qual aprenderam a se identificar e a se representarem.

Neste sentido, para nossa pesquisa, nos dedicamos em investigar um fator que nos chama a atenção e que é comum dentre estes pacientes, em que por meio do trabalho clínico reside a possibilidade de transmutar “demanda de cura” / “demanda de sentido” em “desejo de análise”.

Entre os ditos “depressivos” e “medicalizados”, o que diferenciaria os pacientes que apresentam as condições mínimas para uma psicoterapia psicanalítica daqueles que mesmo passando pelas entrevistas preliminares (dispositivo de recepção) e por vezes até o início do tratamento não apresentam condições subjetivas para tal empreitada?

O fator que, ao longo de nossa experiência foi se mostrando como significativo na clínica destes pacientes, diz respeito às suas queixas nos momentos iniciais do trabalho ou ainda nas entrevistas preliminares: os pacientes que obtêm resultados esperançosos por meio da Psicoterapia ou que apresentam condições básicas para o início desta são aqueles que, ainda que tragam a “depressão” como motivo principal de sua busca pelo atendimento, evidenciam também, de forma enfática, uma *insatisfação* com relação ao uso contínuo de medicamentos – ainda que estes auxiliem na supressão de determinados sintomas.

Assim, por meio desta “demanda de cura” que mescla em si mesma uma insatisfação com as *condições de sofrimento* e outra insatisfação pela “*aposta medicamentosa*”, nos parece que o diferencial é justamente a queixa referente a um “mal-estar” produzido pela

intervenção farmacológica, fato que inexistente nos tratamentos medicamentosos que são satisfatórios ao próprio sujeito. Parece-nos, então, que em determinados indivíduos o “mal-estar”, fruto das químicas no organismo, ainda que entrelaçado a outras supressões sintomáticas, justamente pela parcialidade de seus efeitos, mantém-se em aberto as brechas subjetivas por onde ainda se torna possível *sentir* algo, mesmo que da ordem do “*estranho*” (FREUD, [1919]/1996) e, em última instância, do conflito, em suma, do “mal-estar” propriamente dito.

De uma forma ou de outra, nestes casos específicos, podemos perceber que a “matéria prima” necessária como condição preliminar para uma psicoterapia psicanalítica, a saber, uma quota mínima de *sofrimento (ex)-siste, apesar de*.

Apesar de quê?

Apesar do apaziguamento afetivo e cognitivo a que se propõem os ansiolíticos, calmantes e antidepressivos, seja por sua eficácia parcial em determinadas subjetividades, seja por seus efeitos colaterais que configuram um “mal-estar” diverso do inicial, aquele fruto das condições existenciais de sofrimento.

Em tais casos a clínica apresenta-se, então, como uma possibilidade de re-significação alçada na busca pelo deciframento do sintoma, lembrando que este traz em si as marcas singulares do sujeito, donde a vida afetiva ganha novamente possibilidade de se expressar e atrelar-se a novos significantes estruturantes até então inconscientes.

A manifestação do “mal-estar”, nestes casos específicos, é a condição *sine qua non* para o fazer clínico, o qual, na contramão do tratamento medicamentoso (insatisfatório nesses casos) promove a possibilidade de um tempo de subjetivação obstruído antes pela sedação dos afetos e/ou verdadeiramente transfigurado num “mal-estar” diferente do inicial.

Do ponto de vista da entrada em análise, a fragilidade dos mecanismos de defesa facilita o acesso do depressivo à depressividade, condição primeira da vida psíquica. O depressivo está mais perto do saber inconsciente a respeito da castração e dos objetos pulsionais do que os neuróticos “normais”. Mas essa passagem, da depressão à depressividade, demanda tempo. A fala dirigida ao analista na clínica da depressão tem, antes de mais nada, a função de construir um lugar – de ordem mais *temporal* do que espacial – em que o sujeito possa se instalar. (KEHL, 2009, p. 228).

De acordo com a nossa compreensão, o correlato conceitual à depressividade mencionada pela autora seria a noção freudiana de *desamparo*. No sentido de que a depressividade seria a capacidade de o sujeito haver-se com o desamparo originário: condição de possibilidade primordial para estruturação do psiquismo, lembrando que o psíquico forja-se a partir de um furo (real) inaugural o qual escapa à possibilidade de simbolização total e

plena e, justamente por isso, põe em movimento o circuito pulsional, sendo possível cada vez mais e mais simbolizações acerca desta falta originária que insiste em não cessar de faltar: o sentimento primitivo de desamparo seria a reação afetiva ante a inscrição de *ausência*; e na depressividade, por sua vez, reside a capacidade de o sujeito representar simbolicamente sua condição de falta – a – ser.

Deste modo, tal como trouxemos a realidade de nossa prática clínica, e na mesma medida a contextualização dos casos que envolvem a problemática investigada, focamos nossa atenção, a partir de agora, sob a apresentação de seis casos clínicos, os quais representam estes indivíduos que apresentam as condições básicas preliminares para uma psicoterapia psicanalítica, ainda que apenas num momento inicial em que por meio da presença insistente do “mal-estar”, mobilizaram-se à busca do tratamento psicoterápico. A escolha por trabalhar com tais casos deve-se a um motivo demasiadamente evidente, o qual se refere ao fato de que, justamente pela possibilidade de viabilização do trabalho clínico (ou seu início em alguns dos casos), são os *fragmentos* que trazem maior riqueza de dados para a compreensão acerca do que nos propusemos no presente estudo.

Assim, tencionamos identificar no capítulo que se segue as formas com que tais pacientes lidam com suas condições de sofrimento, especificamente os seus percursos, caminhos e descaminhos, identificações e reestruturações simbólicas e imaginárias acerca de seus diagnósticos de depressão e do tratamento medicamentoso que recebem, e que, apesar deste remanejar e/ou suprimir determinada configuração sintomática, ainda assim pode evidenciar a marca da produção de um “mal-estar” diferente do sofrimento inicial.

4 A (EX)-SISTÊNCIA DO SUJEITO DEPRESSIVO

Em nossa empreitada investigativa foi possível, até o momento, delinear as configurações socioculturais de nossa atualidade, compreendidas como dispositivos “disparadores” de sentimentos de angústia e desamparo. Nosso olhar sobre tais condições que as identificam pelo viés do “mal-estar” é uma meta que fora construída com base em um modo específico de apreender nosso objeto: a depressão. Assim, nossa atualidade não nos presenteia apenas como pano de fundo existencial angustiante, de forma que correríamos o risco ingênuo de “rotular” (como num diagnóstico) esta realidade somente pelo viés da negatividade; contudo, nosso objeto de estudo nos impele a este “modo de olhar” específico, o qual intenta identificar os modos de produção de subjetividade na atualidade, dentre os quais em especial aqueles que suscitam sentimentos de desamparo.

Posto isso, pudemos apreender, até aqui, as condições existenciais da atualidade e a lógica das práticas e saberes que autenticam a depressão como “mal-estar” contemporâneo conforme apresentado por meio dos dados de nossa prática profissional cotidiana.

O capítulo que segue nos guiará por meio do material clínico propriamente dito – fruto das reminiscências do próprio pesquisador –, constituído com base nas vivências de atendimentos realizados em Saúde Pública no decorrer destes anos (2005 a 2009) atuando profissionalmente.

Com base na contextualização dos casos clínicos chamamos a atenção para os aspectos subjetivos relacionados, principalmente, à questão do tratamento medicamentoso e do diagnóstico. Por este viés, tencionamos identificar o “impacto subjetivo” dos diagnósticos, dado que estes são formulados e identificados ao sujeito numa relação sempre transferencial, em virtude das “demandas de saber” por parte do paciente que busca uma “cura” e/ou alívio de sintomas. Na mesma medida, o uso prolongado de medicamentos e o aparente insucesso dos mesmos, em alguns casos, podem caracterizar uma perpetuação das condições de “mal-estar”, por uma outra via, no sentido de que também exime as individualidades de se tornarem sujeitos de seus próprios desejos.

4.1 A Questão do Diagnóstico

*“O nome disso é mundo, o nome disso é terra,
 O nome disso é globo, o nome disso é esfera,
 O nome disso é azul, o nome disso é bola,
 O nome disso é planeta, o nome disso é lugar,
 O nome disso é imagem, o nome disso é Arábia Saudita,
 O nome disso é Austrália, o nome disso é Brasil,
 Como é que chama o nome disso?
 Como é que chama o nome disso?...”*
 (ARNALDO ANTUNES, 1995)

Como sabemos, a questão dos diagnósticos é polêmica, e sempre forjada por infundáveis discordâncias resultantes dos diferentes pontos de vista pertencentes aos distintos campos de saberes sobre o *psi* na atualidade.

Dada a complexidade de tais formulações, manuais como os CID-10 (Código Internacional de Doenças) e DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) servem de parâmetros mundialmente reconhecidos para nortear aqueles que se encontram envolvidos com a prática diagnóstica. Tais manuais teriam a funcionalidade e a praticidade de disponibilizar aos profissionais um vasto leque de descrições nosológicas baseadas em uma leitura e descrições sobre as manifestações sintomáticas, com vistas a uma maior probabilidade de acerto e precisão diagnóstica. Além dos direcionamentos para a formulação do mesmo, estes manuais auxiliam a comunicação entre os profissionais, os quais passam a utilizar-se dos códigos universais que representam as variadas categorias e subcategorias de psicopatologias, síndromes, transtornos, entre outros: “[...] o diagnóstico é uma convenção aceita pelo grupo, permitindo a comunicação no interior do grupo. [...] O diagnóstico fica sendo uma “etiqueta” com a qual o doente é definitivamente marcado” (ZARIFIAN, 1989, p. 46).

Sendo um consenso estabelecido entre os pares de uma determinada comunidade profissional, o diagnóstico passa a representar um dado irrefutável verificado clinicamente e baseado numa nosografia previamente estabelecida, em que, diante da manifestação de determinados sintomas e de acordo com suas possíveis combinações, a tarefa de reconhecer uma doença torna-se sinônimo de uma “verdade” comumente aceita acerca do que se apresenta como patológico no sujeito.

Com base em nosso interesse específico, cabe ressaltarmos a evidente discrepância entre as modalidades diagnósticas praticadas pela psicanálise e as médico-psiquiátricas. Convém lembrarmos que a primeira, antes de intentar remeter-se a uma noção psicopatológica propriamente dita, visa a uma compreensão estrutural do sujeito psíquico.

O diagnóstico em psicanálise nos remete a uma lógica subjetiva característica de cada sujeito, em que Lacan (1958[1957]/1999), retomando Freud, propõe as seguintes estruturas clínicas: neurose, psicose, e perversão. Dentro deste referencial psicanalítico podemos compreender as estruturas clínicas como distintas modalidades de defesa privilegiadas em cada sujeito. Estas modalidades defensivas evidenciam uma estrutura psíquica tomando por base como o Sujeito posiciona-se ante a castração, a falta, e a angústia, desvelando um estilo característico de ser, referente aos laços sociais em suas relações estabelecidas com o(s) Outro(s): relações estas permeadas pela dimensão da alteridade, o que é autenticado e trabalhado por meio do desenvolvimento da *transferência* no decorrer da Psicoterapia, ao contrário da tendência maior na vida cotidiana de refutar sem pestanejar tudo àquilo que remete ao Outro como alteridade e diferença.

Nesse sentido, ressaltamos que, para efetuarmos tal decifração da subjetividade individual, o foco não é jamais uma combinação dos sintomas manifestos do paciente, mas sim, uma apreensão de *como* o sujeito lida com seu próprio desejo (o que evidencia também seu posicionamento ante o desejo do Outro), lembrando que, para isso, a análise das transferências positivas e negativas do paciente para conosco na relação terapêutica é fundamental.

Com relação à dicotomia que se presta a psiquiatria ao formular diagnósticos baseados na identificação de sintomas manifestos, operando dessa maneira uma distinção e separação entre sintomatologia aparente e o *Sintoma* tal como compreendemos em Psicanálise, a saber: que o Sujeito em sua totalidade psíquica é sintoma por excelência, Leguil (1989) nos recorda um dos pontos fundamentais da Psicanálise com relação à escuta destinada ao sujeito psíquico:

[...] distinguir só serve para visar a causa, numa iniciativa necessária à própria orientação do psicanalista. Enquanto os psiquiatras o fazem, Freud não separa semiologia, psicopatologia e terapêutica, porém, por meio de sua clínica, ele instala a demarcação das estruturas no âmago mesmo da experiência, no âmago do que regula seu desenvolvimento. (LEGUIL, 1989, p. 62).

Notemos que o que visa um diagnóstico em Psicanálise é a apreensão de um modo de ser do sujeito. Isto só nos é possível desvelar por meio da experiência transferencial, em que se configura o desenho do desejo do paciente nesta relação estabelecida com a figura do psicoterapeuta que lhe representa seu grande Outro na situação clínica.

Em suma, é somente por meio da apreensão desta lógica subjetiva do sujeito – a qual se concretiza e se faz manifesta por meio da relação transferencial –, que nos é possível falar

de uma modalidade de diagnóstico que se situa para além dos sintomas manifestos. Quanto a isso, enfatizamos que o próprio conceito de *sintoma* em Psicanálise nos aponta para um *modus operandis* do sujeito, e não apenas seu “mal-estar” físico e passível de observação. Eis a proposta inédita quanto a uma formulação diagnóstica inaugurada por Freud.

Dentro desta perspectiva se faz importante retomarmos uma diferenciação fundamental entre “estrutura psíquica” e “conduta”.

Como salientamos, o diagnóstico estrutural visa à apreensão de uma modalidade de defesa desempenhada pelo sujeito ante a castração, o que, em última instância, revela sua relação com seu próprio desejo e ao desejo do Outro. Por “conduta” entendemos os variados padrões comportamentais, bem como todos os sintomas manifestos. Isto porque não é regra que todo o quadro sintomático (que pressupõe determinada personalidade) coincida com uma estruturação psíquica preestabelecida. Assim, não nos espanta quando nos deparamos, por exemplo, com um indivíduo “obsessivo” em termos de comportamentos manifestos enquanto que sua estruturação psíquica revele uma organização e funcionamento histérico. Tantos outros exemplos nos evidenciam que a leitura subjetiva do sujeito, baseada em padrões de sintomas manifestos, distancia o psicólogo de um diagnóstico estrutural, o qual se revela fundamentalmente no desenvolvimento da *transferência*.

Em suma, um diagnóstico em Psicanálise, ao contrário dos parâmetros médico-psiquiátricos que se norteiam pela leitura sintomática, deve sempre ir mais além das aparências e ir buscar o que sustenta estes sintomas manifestos, ir à busca dos delineamentos do grafo do desejo do sujeito, ali onde o fantasma (fantasia) estrutura e mantém as expressões sintomáticas: “A posição do sujeito no fantasma e o real do objeto causa de desejo são, portanto, o que visa uma pergunta feita sobre o diagnóstico” (LEGUIL, 1989, p. 62).

Ao falarmos em *transferência*, é prudente mencionarmos e nos atermos ao fato de que toda “devolutiva diagnóstica”, como as realizadas pelas outras especialidades (as quais vêm utilidade em informar o próprio paciente de tal conclusão), estas, acontecem sempre dentro dos limites *humanos, demasiadamente humanos*, de uma relação transferencial médico-paciente, e que, cabe lembrarmos, é desde o início uma relação assimétrica devido à transferência veiculada por uma demanda de saber direcionada ao profissional.

Isto implica mencionarmos o que Maurano (2003) aponta ao diferenciar um “pedido de ajuda” de uma “demanda de análise”. Não é apenas o *sofrimento* identificado pelo nosso olhar e escuta que caracteriza a pertinência e a possibilidade de realizarmos uma psicoterapia, a qual iniciamos uma caminhada junto do paciente em busca de suas próprias determinações psíquicas. O sofrimento, entendido aqui, de uma maneira mais geral, como um traço

manifesto do “mal-estar”, evidencia apenas que algo no interior do sujeito clama reconhecimento, a saber: seus significados e determinantes psíquicos inconscientes. Assim, podemos identificar facilmente que num momento inicial em que o paciente nos procura (e ao mesmo tempo no caminho percorrido em busca de “cura” em outras especialidades) o que ele nos direciona é um *pedido de ajuda* regulado por uma *demanda de sentido*, tencionando alcançar uma resposta ao sofrimento e junto dela uma solução para o mesmo. Neste envolvimento inicial e também muito superficial o paciente alimenta a esperança de que nós possuímos exatamente o que ele deseja.

Lacan (1961[1960]/1992) definiu que o lugar do analista na relação transferencial é um lugar identificável como o do “Sujeito Suposto Saber”. Um sujeito Outro que possuiria este *saber* sobre o sujeito que lhe demanda um sentido. Ora, isto é exatamente o que Freud há muito nos ensinou sobre a lógica da transferência, implicando em sua dinâmica e seus afetos toda a idealização por parte do paciente, movido pelo desenvolvimento da transferência positiva inicial.

Em outras palavras, o que é imprescindível compreendermos é que, implicitamente, neste “pedido de ajuda” (que convoca o psicólogo e/ou médico a ser o principal agente da cura), é que de nossa parte, baseados em nossos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos, poderíamos prover o paciente deste saber que ele mesmo desconhece sobre seu sofrimento. Contudo, um “pedido de ajuda” é insuficiente para delimitarmos uma condição preliminar para uma psicanálise, na medida em que enviesado por esta modalidade de *demanda* o paciente não faz mais do que esperar passivamente do médico/psicólogo a solução pronta de seus males. Ou seja, ele encontra-se preso à lógica neurótica da demanda dirigida ao Outro, ao invés de desejar, levando-se em consideração que a tarefa desejante e o conhecimento de como se constituiu o desejo próprio implica reconhecer-se como faltante. Inclusive faltante de todo sentido que demanda a este Outro na relação transferencial e que poderia lhe obturar as fissuras da castração simbólica se assim lhe fosse concedido tal “suposto saber”.

Em suma, o psicoterapeuta na relação transferencial, representa imaginariamente para o paciente este “Sujeito Suposto Saber” – um profissional que capacitado por sua formação “sabe” sobre o “mal-estar” alheio. Porém, este Saber demandado pelo paciente é um saber da ordem do inconsciente e, sendo assim, num primeiro momento, sabemos tão pouco ou verdadeiramente nada dele tanto quanto o próprio paciente. Este “lugar” tal como o define Lacan, é um semblante idealizado pelo paciente e com o qual não devemos nos identificar de forma alguma, ao preço de comprometermos a psicoterapia completamente caso isso ocorra.

Sabemos e dominamos as teorias e as técnicas, mas do inconsciente do nosso paciente nada sabemos absolutamente, pois este só se revela no âmago do próprio processo psicoterápico.

O analista é investido dessa suposição pela transferência, mas não pode responder daí. Desprezar esse lugar do sujeito suposto saber é uma forma de não responder à demanda de amor. Ao ocupá-lo e respondendo a partir dele, o analista vem situar-se como detentor do tesouro dos significantes, o lugar do Outro para o sujeito. Esse lugar tem toda a dimensão da onipotência, não devido ao fato de o analista ser onipotente mas pelo fato de ele estar no lugar de tesouro dos significantes (em A), ou seja, de ser suposto possuir todos os significantes apropriados a responder à questão do sujeito. (QUINET, 2008, p. 100).

Ao menos duas condições adversas evidentes são possíveis ao nos identificarmos com esta imagem simbólica de “Sujeito Suposto Saber”: a primeira delas é que ao “vestirmos a carapuça” deste ideal e nos dirigirmos deste “lugar” ao paciente, constituindo a veiculação do que Lacan ([1970]/1992) formulou como o “discurso universitário” e “discurso do mestre” no que tange a uma relação permeada pelo viés do Saber/Poder, acabamos por lhe dar de bandeja o que ele deseja (nome/solução do “mal-estar”) e desta forma, o privamos de qualquer atividade autorreflexiva, condição *sine qua non* para a psicoterapia enquanto proposta de “saber – de – si”.

Cabe lembrarmos que estas modalidades de discursos (universidade e do mestre) suprimem o advento do sujeito, ou em outras palavras provocam um assujeitamento.

Em linhas gerais, sepultamos qualquer possibilidade de junto do paciente reconfigurarmos sua queixa inicial levando-o a duvidar de suas próprias certezas e, por meio deste questionamento existencial, avançamos do “pedido de ajuda” ao “desejo de análise/desejo de saber – de – si”. Em segundo lugar, identificando-o a algum diagnóstico e evidenciando isto ao paciente envolto nesta relação transferencial (demanda de Saber → Sujeito Suposto Saber) selamos seu destino:

Esse efeito obedece a própria lógica do significante [...] o significante mata a Coisa. Assim, quando lançamos um significante contra um sujeito para atingi-lo, como em um insulto, mas de certa forma também no diagnóstico, é como se o matássemos. [...] quando usamos um significante com a pretensão de captar o ser do sujeito, antes de mais nada nós o agredimos; além disso, procuramos petrificá-lo sob o significante posto sobre ele, especialmente quando acreditamos que essa etiqueta pode objetivá-lo ou, tal como se dizia nos anos 1960, aliená-lo, ou ainda que podemos traçar seu destino com o nosso diagnóstico. (MONSENY, 2001, p. 70).

Tal como nos demonstra nossa prática profissional, devido à situação psicológica do paciente na sua relação com o médico e/ou psicólogo, geralmente ao receber determinado

diagnóstico o sujeito é incapaz de questioná-lo, pois, como podemos perceber, este discurso Outro que o identifica a alguma categoria patológica vem de encontro à sua demanda inicial (quanto a isso retomaremos mais adiante).

Cabe salientarmos que a formulação diagnóstica compreendida pela leitura psicanalítica evidencia que este deve servir para nortear o trabalho do psicoterapeuta, e não para ser escancarado ao próprio paciente numa relação que, em termos psicológicos, é desigual/assimétrica (devido à transferência e à idealização do Sujeito Suposto Saber), o que, por fim, resulta apenas na mortífera identificação do sujeito com o “discurso do mestre” simbolizado pelo próprio diagnóstico.

Poderíamos ir um pouco mais longe, e afirmarmos diante do que a realidade de nossa prática profissional nos revela que, a maioria dos casos em que o paciente recebe um diagnóstico psicopatológico, sua abertura para a psicoterapia se reduz drasticamente. Isso explica o fato de que a maioria dos pacientes “depressivos” demora muito tempo até tomar a decisão de iniciar alguma psicoterapia. Não só isso, mas, mais facilmente perceptível ainda são os casos em que o diagnóstico psiquiátrico coincide cronologicamente com o andamento da psicoterapia. Toda a disposição para o trabalho psicoterápico se esvai ou tende a diminuir consideravelmente, dado que o sujeito encontrou para si um significante que identifica e atesta sua condição de “doente”, o que, automaticamente, vem justificar toda sua estilística existencial que o reserva um lugar de vítima dos infortúnios e descaminhos da vida humana, demasiadamente humana.

Poderíamos considerar, então, que um diagnóstico é uma referência que norteia a intervenção do psicólogo e, desta forma, necessário. O que é evidentemente questionável é o que fazer com tal formulação diagnóstica, no sentido de que entendemos que para o próprio paciente ele pouco tem de utilidade e, exatamente ao contrário, ele suprime todo o desejo de análise, pois, ao representar um Saber/Poder supostamente investido pela relação transferencial, tratar-se-á de um significante que mata e reduz a sua subjetividade.

Ao comentar sobre a ambigüidade, quanto às possíveis utilizações de formulações diagnósticas, Leguil (1989, p. 61) utilizando-se de um exemplo diz:

Um diagnóstico de *border-line* não diz nada do paciente, salvo que ele cria dificuldade, mas diz muito do praticante, de sua teoria, de seus pressupostos, já menos de sua ética [...]. Agarradas a um aparelhamento teórico datado [...] todas pouco ou muito fundadas numa concepção de desenvolvimento psíquico, não indicam senão mediocrementemente o que se pode extrair de tratamento, e muito mais aquilo sobre o que se espera o alinhamento do paciente.

Indo direto ao ponto, podemos considerar que o diagnóstico ou mais especificamente, sua formulação e devolutiva ao paciente veiculado por este discurso do Outro, enquanto finalidade psicoterápica, em nada ajuda o sujeito diante da tarefa de “saber de si”.

Como dissemos, a maioria dos pacientes, na medida em que são identificados ao rótulo patológico da depressão, encontram neste diagnóstico a “explicação/causa” de seu modo de ser/estar, e então, seguido a isto, tem-se à sua disposição um arsenal farmacológico para tratamento de seu sofrimento.

Diante desta situação, para quê afinal uma psicoterapia?

Que sentido pode ter um trabalho desta natureza se o sujeito pôde encontrar num Outro este Saber que ele procurava e almejava, e mais ainda, tendo à sua mão as pílulas mágicas que sanam as manifestações do seu sofrimento?

Nossa experiência profissional nos demonstra que, salvo raríssimas exceções, os pacientes tendem a apostar todas as suas fichas neste Saber Outro que lhe foi ostentado e aprimorado com toda sua maquinaria medicamentosa: o Saber médico-psiquiátrico.

Assim, convém retomarmos, também, ainda dentro dos aspectos *transferenciais* presentes nesta relação inicial, que Lacan (1958[1957]/1999), ao radicalizar a proposta freudiana em sua dialética do desejo e da demanda, afirma enfaticamente que toda demanda, em última instância, é *demanda de amor*. Podemos compreender que na situação clínica, devido às próprias características e peculiaridades de tal relação, todo o envolvimento transferencial do sujeito para conosco delinea o seu *fantasma*, que sustenta a sua fantasia em sua relação com o Outro. Ou seja, por meio do desenvolvimento da transferência temos o vislumbre de como o sujeito articula-se ante o desejo do Outro, desejo este que se apresenta como enigma ao paciente na situação clínica.

A este respeito, não podemos nos furtar de retomarmos Freud (1915[1914]/1996) e nos atermos ao que o pai da psicanálise nos ensinou a respeito de suas “*observações sobre o amor transferencial*”. Afirma-nos Freud que, em situações em que amor transferencial evidencia-se claramente, como sabemos, este amor passa a ser exagerado e/ou potencializado pelo fenômeno da resistência, ao passo que apenas nos cabe a tarefa de levarmos a psicoterapia dentro dos pressupostos da “regra da abstinência”. Tal abstinência, conforme Freud, nos orienta, refere-se estritamente à conduta de não atendermos às expectativas pulsionais do paciente: “[...] só há análise na medida em que a demanda e o desejo do analisante se mantêm insatisfeitos. [...] a única resposta possível a se dar à demanda é *não*, pois responder à demanda é fazer calar – fazer calar o desejo” (QUINET, 2008, p. 99).

Em suma, para além da situação de apaixonamento, tal como Freud nos alerta, especificamente estamos nos referindo a um posicionamento peculiar do psicólogo ante as demandas do paciente de uma maneira geral, onde este terá de ser capaz de, ao mesmo tempo, manter a recusa em atender esta demanda, mas também utilizar-se de tal transferência para levar o tratamento adiante. Este posicionamento, uma vez que desejamos conduzir a psicoterapia no intuito de tratarmos eficazmente de nossos pacientes, refere-se ao “lugar/desejo do analista” no envolvimento transferencial:

O desejo do analista é um desejo para-além da fantasia, que não se sustenta em nada: ele é o lugar vazio que o analista oferece ao analisante, uma vaga para que aí possa se instalar o desejo do analisante como desejo do Outro. Ele é como uma vaga de garagem. O desejo do analista é a vaga onde o bonde chamado desejo do analisante pode estacionar pelo tempo necessário de uma análise. (QUINET, 2008, p. 112).

Não atendermos as exigências pulsionais do paciente, exigências estas que evidenciam os protótipos imaginários e simbólicos que delineiam a tentativa de fazer-se *falo* ao Outro, é não só uma atitude esperada do psicólogo como também a única alternativa possível para podermos conduzir o paciente a subjetivar sua demanda, que vela seu modo singular de responder a este desejo-enigma do Outro. Por meio da abstinência, tal como nos ensina Freud, temos a chance de continuarmos a psicoterapia com o paciente subjetivando e superando a lógica do *princípio do prazer* que, em última instância, prende o sujeito dentro da dialética da demanda, forçando-o a ficar sempre aquém da tarefa de constituir-se como ser de desejo. Atendermos às demandas de amor do paciente (como nos diz Freud) ou qualquer demanda como nos alerta Lacan, seria uma vitória para o paciente que obteve aquilo que almejava reproduzindo mais uma vez (*repetição*) a lógica infantil do princípio do prazer, o que só reafirma e mantém sua neurose, ao passo que, justamente por isso, caracterizaria o fracasso do tratamento.

Em suma, levando aos extremos as considerações de Freud sobre o amor transferencial tal como o fez J. Lacan (1958[1957]/1999), reconhecemos que *toda demanda é demanda de amor* no sentido da busca pela aceitação e admiração do psicólogo, o que implica que o paciente esforce-se por ser e/ou parecer ser aquilo que imagina que o Outro espera dele.

Transpondo isso para a nossa problemática específica, tem-se a relação do paciente conosco ou outras especialidades num momento inicial em que este externaliza um “pedido de ajuda” / “demanda de saber”. Podemos compreender porque ao atendermos a esta demanda atribuindo-lhe um diagnóstico por fim só o alienamos de si mesmo e autenticamos de forma afirmativa um estado necessariamente patológico de seu sofrer.

O problema em si não é sobre reconhecermos e identificarmos o sofrimento, pois este de fato torna-se legítimo ante o genuíno desejo de saber de si. O agravante desta autenticação se constitui quando esta aponta para a (re)afirmação de, necessariamente, uma condição patológica (assim como é compreendida pelo paradigma médico-psiquiátrico). Se toda demanda é, em última instância, demanda de amor, então devemos nós (ao renunciarmos ao lugar de Sujeito Suposto Saber) frustrarmos esta demanda ao conduzirmos a psicoterapia dentro da “regra de abstinência”. Frustração necessária, na medida em que a manutenção da demanda e do desejo insatisfeito são condições fundamentais para instalarmos a dimensão da dúvida sobre as certezas do próprio paciente. Certezas estas que são sinônimos de verdades para o sujeito, verdades constituídas com base em sua representação (social) sobre a depressão na atualidade que é cotidianamente reafirmada nos caminhos e descaminhos na busca de cura que se concretizam nos meandros das práticas em Saúde.

4.2 Medicalização da Depressão e o Silenciar dos Afetos

*Socorro, não estou sentindo nada
 Nem medo, nem calor, nem fogo,
 Nem vontade de chorar, nem de rir
 Socorro alguma alma mesmo que penada
 Me empreste suas penas,
 Já não sinto amor, nem dor
 Já não sinto nada!
 Socorro, alguém me dê um coração,
 Que esse já não bate nem apanha,
 Por favor, uma emoção pequena
 Qualquer coisa,
 Qualquer coisa que se sinta,
 Tem tantos sentimentos deve ter algum que sirva.*

(ARNALDO ANTUNES, 1998)

Tal como discutimos anteriormente, o semblante da depressão como uma das modalidades – símbolo do “mal-estar” na atualidade se forja por meio da constituição dos saberes e práticas características de nossa contemporaneidade que se voltam a tal problemática. Contudo, os delineamentos que a consideram como categoria necessariamente psicopatológica provêm especificamente do paradigma médico-psiquiátrico e, por vezes, de

outras abordagens em Psicologia que compactam das nomenclaturas e nosografias dos manuais de diagnósticos médicos.

Dentro da especificidade de nossos objetivos, tencionamos identificar de que maneira a medicalização indiscriminada e banalizada da depressão pode, por vezes, perpetuar ou de fato produzir condições de “mal-estar”. Lembremos que tal medicalização, como toda modalidade de intervenção, atua também como dispositivo de produção de subjetividades, e atentemos, ainda, para o fato de que estamos nos referindo, especificamente, às alterações físicas/somáticas e às sensações e afetos que representam determinadas condições psicológicas resultantes de uma “apropriação” daquilo que é psíquico por meio de intervenções químicas-biológicas.

Conforme a experiência profissional nos atesta, os pacientes diagnosticados como “depressivos” possuem em comum algumas particularidades no que diz respeito às tentativas de lidar com seu sofrimento no âmbito das assistências em Saúde. Como podemos observar, existe uma forma padronizada de (ex)-sistência destes sujeitos a partir do momento em que lhes atestam o diagnóstico de depressão, isso como consequência direta do também padronizado diagnóstico e tratamento que lhes sucede. O que nos chama a atenção é o fato de que alguns destes pacientes, uma vez diagnosticados como depressivos e (in)devidamente medicados, perdem grande capacidade de abertura para uma psicoterapia e, quando em algum momento nelas apostam, trazem em sua queixa uma evidente insatisfação com relação à “vida medicalizada”.

Dois aspectos específicos emergem como fator comum na totalidade dos casos apresentados a seguir: a queixa sobre o próprio sofrimento somada à queixa de que o uso de medicamentos se tornou insatisfatório; e a queixa de que mesmo medicados o “mal-estar” não cessa completamente, ou ainda, que outras sensações vieram constituir um “mal-estar” diferente do sofrimento inicial (aquele antecedente do período de medicação).

Por conta destes aspectos se tornarem presentes na maioria dos casos de pacientes que chegam à Psicoterapia como “depressivos” e que apostam nessa modalidade de terapêutica como possibilidade de saída do “mal-estar”, uma inevitável pergunta se impõe diante de nós: poderiam os tratamentos medicamentosos (sem generalizações), em alguns casos específicos, atuarem como potencializadores ou perpetuadores de “mal-estar” ao invés de viabilizar sua resolução?

Por meio dos casos clínicos apresentados, a seguir, tencionamos ao menos iluminar relativamente a obscuridade em que se assenta tal questão. Porém, acerca da natureza deste questionamento, nos lembra Amarante (2007, p. 95): “Há um certo consenso em considerar

que a própria medicina seja capaz de produzir ou agravar as doenças, o que é denominado de iatrogenia”.

Neste sentido, podemos observar, constantemente, em nossa prática que, as combinações de antidepressivos e tranquilizantes⁶, ao mesmo tempo em que aliviam determinados sintomas ou manifestação de angústia, também promovem outras sensações aversivas e, por vezes, até a completa ausência das mesmas.

Como sabemos, por conta de toda a lógica mercadológica e financeira altamente lucrativa das indústrias farmacológicas, a tendência é que sempre os mais avançados medicamentos sejam lançados no mercado, constituindo uma práxis que captura desde os profissionais (médicos) que os prescrevem, até por fim, os pacientes usuários deste arsenal disponibilizado. A medicalização, enquanto processo estratégico, ou seja, a própria constituição de sua prática que estabelece com o corpo social uma relação desigual de Saber/Poder, diz respeito ao movimento paradigmático de tornar médico tudo aquilo que, em si, não é da ordem da medicina. Estamos nos referindo, aqui, a uma verdadeira apropriação de um amplo campo existencial humano no qual aquilo que por vezes é social, político e até econômico torna-se subitamente objeto de patologização, caracterizando aquilo que Foucault (1979) nos apresenta como o controle estratégico sobre a vida, denominado de Bio-Poder. Concluindo acerca da medicalização, Amarante (2007, p. 95) expõe:

Em outras palavras, o termo está relacionado à possibilidade de fazer com que as pessoas sintam que os seus problemas são problemas de saúde e não próprios da vida humana. Por exemplo, uma grande tristeza após a perda de um familiar que, ao ser “medicalizada”, torna-se “depressão”; e a pessoa, um “paciente deprimido”.

Em suma, a apropriação pelo Saber médico de tudo aquilo que é passível de identificação dentro dos seus cânones diagnósticos resulta na medicalização indiscriminada do corpo social e das individualidades na contemporaneidade.

No caso da “depressão”, especificamente, podemos atestar por meio de nossa atividade profissional, que, praticamente inexistem pacientes que fiquem isentos de uma intervenção medicamentosa, uma vez diagnosticados sob este rótulo psicopatológico. Por outro lado, se ponderarmos a lógica do desenvolvimento tecnológico da farmacologia, de maneira inversa,

⁶ A combinação de medicações que possuem princípios ativos distintos, e por vezes contraditórios, é um fato cotidianamente constatado no trabalho psicoterápico com pacientes depressivos. Assim, como a “depressão” segundo as descrições nosológicas compreende sintomas de desânimo, desinteresse geral, fadiga, insatisfação, mas da mesma forma também sentimentos como angústia, irritabilidade, falta de paciência, etc., a prática medicamentosa corriqueira visa domar esses poderosos afetos, lançando-se mão de um lado dos antidepressivos a fim de animar este corpo inerte tomado pela depressão, e de outro, dos calmantes e/ou tranquilizantes para cessar as manifestações de angústia e irritabilidade presentes.

podemos compreender que uma vez desenvolvido todo um arsenal psicotrópico para a depressão, automaticamente atesta-se a depressão como necessariamente um estado patológico: “As classificações de psicotrópicos reforçam a situação. Há antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos: então há psicoses, depressões, ansiedade” (ZARIFIAN, 1989, p. 50).

De uma maneira geral, podemos com facilidade ponderar as consequências de tais procedimentos que identificam a depressão como um mal patológico e necessariamente medicalizável. No fim do trajeto em que os pacientes buscam a “cura” para seus sofrimentos, toda a dimensão da subjetividade e da história de vida do sujeito foi impiedosamente silenciada. Num momento inicial, a voz Outra expressa pelos sintomas manifestos é abafada pela rotulação diagnóstica e, complementarmente, a intervenção medicamentosa suprime a própria manifestação sintomática.

É prudente lembrarmos que apesar de somente os sintomas manifestos como categoria única não servirem de um norte confiável para um diagnóstico em psicanálise, os mesmos são uma expressão simbólica das propriedades psíquicas e, uma vez silenciadas pelas medicações, carecemos de uma das principais matérias-primas da manifestação do “mal-estar” inerente ao sujeito.

A respeito deste efeito apaziguador, que tanto mais parece uma anestesia psíquica e somática, no sentido que nos remete à ordem de um rebaixamento libidinal, mencionaremos o primeiro caso clínico.

Andressa, paciente de trinta anos de idade, procurou a psicoterapia por conta de *irritabilidade excessiva, alterações repentinas de humor e falta de paciência com tudo*. Em suas queixas a paciente dizia-se *muito imediatista* sentindo sempre necessidade de ter de conseguir *fazer várias coisas e tudo na mesma hora*. Trazia também observações de outros sintomas manifestos como *mania/obsessão por limpeza não lhe sendo suportável ver nada em sua casa que lhe remetesse a falta de organização e sujeira*. Dizia também *sentir-se depressiva esporadicamente*. Cabe observarmos que a relativa *irritabilidade e nervosismo*, bem como sua *mania de limpeza* sempre foram características presentes de sua personalidade (dados trazidos ainda nas entrevistas preliminares).

Antes de iniciar sua psicoterapia (que não passou das primeiras sessões devido a sua desistência) Andressa havia feito a experiência de se tratar exclusivamente por meio das medicações que lhe foram anteriormente prescritas. Quanto a isso, a paciente trazia, por meio de seus relatos, que *havia tomado os antidepressivos durante três meses, mas que parou de tomar por iniciativa própria, tendo em vista que a única coisa que sentia era uma moleza intensa, sentia moleza no corpo e mais nada*.

Neste caso específico, as queixas relativas às sensações de “*moleza no corpo e mais nada*” nos remetem ao possível “mal-estar” produzido pelas intervenções medicamentosas, o qual vem sendo, desde o início, considerado neste trabalho como hipótese principal a ser investigada. Contudo, no caso de Andressa, apesar de tais sentimentos terem contribuído para impulsioná-la a buscar atendimento psicoterápico, a sua desistência se deu de forma precoce, o que impossibilitou que a paciente pudesse simbolizar sua vivência de “mal-estar” de uma forma geral, incluindo a questão do diagnóstico e a própria questão medicamentosa.

De forma mais evidente, podemos perceber por meio de outro caso clínico (Verena) como o silenciar dos afetos promovido pela intervenção medicamentosa pode contribuir para uma inércia subjetiva e, muitas vezes, dar vazão e veicular as manifestações de *pulsões de morte*, inerentes ao ser humano; porém, nestas situações, aparentemente potencializadas pelos efeitos dos psicofármacos.

Verena, paciente de trinta e cinco anos, procurou a psicoterapia por conta de *sentimentos de angústia, irritabilidade, sentimentos depressivos e pensamentos pessimistas*. Aos vinte e três anos de idade, em virtude de seu primeiro casamento em que mantinha uma relação conturbada com o marido, Verena começou a ter os sentimentos descritos, ocasião em que lhe foram receitados alguns tranquilizantes e antidepressivos. Atualmente, Verena buscou a psicoterapia por estar percebendo que todos estes sentimentos estão voltando, e que, diferentemente da vez anterior, *prefere agora não ter que depender do tratamento medicamentoso*. Naquela ocasião, aos vinte e três anos, Verena tomou medicação durante seis meses, momento em que a própria médica lhe suspendeu o uso ante a manifestação de dependência que a paciente evidenciava. Mediante observações específicas em meio a tudo que era trazido para as sessões, pudemos contemplar uma situação em que Verena *tomava mais comprimidos do que precisava* (daquilo que lhe foi prescrito) e, como consequência, *ficava completamente dopada e drogada, sentindo que era um meio de conseguir esquecer-se dos problemas, porém, conforme o efeito passava tinha que necessariamente tomar mais*.

Curiosamente, nesta situação, foi a própria médica quem lhe alertou de sua dependência e lhe suspendeu a medicação, pois a vontade da própria paciente era de *continuar tomando, o que queria era ficar dopada o tempo todo*.

Podemos notar, por meio destes fragmentos, como muitas vezes todo o efeito apaziguador das medicações pode tornar-se aliado às *pulsões de morte*, no sentido de que viabilizam uma repetição perpétua de um gozo (ficar dopada) e, ao mesmo tempo, supre de forma singular este desejo de autoalienação.

Situações análogas a essa nos recordam a disposição natural que o ser humano tem de entorpecer-se, em que desde os tempos mais remotos e antigos o homem busca pela “embriaguez da alma”, visando escamotear determinados sentimentos e afetos, ao mesmo tempo em que aguça outros. Claro que, o que visa qualquer tentativa de supressão de determinados afetos e sensações são sempre inevitavelmente aqueles que sinalizam algo da ordem do “mal-estar”. Contudo, como podemos observar no caso de Verena, a tentativa de supressão sintomática por meio do tratamento medicamentoso implica um custo, um custo subjetivo propriamente dito, o qual seria o de assujeitar-se ao apaziguamento de suas sensações e afetos: *ficar completamente drogada e dopada*, excluindo-se do campo do Outro como alteridade, como linguagem e como desejo (na medida em que ficar dopada implica um isolamento), e por fim, subtraindo-a de si mesma, uma vez que a ausência de sentimentos lhe impede de experienciar suas próprias vivências internas cotidianas.

Com relação a este efeito específico – uma certa “inércia subjetiva” produzida durante o uso de tranquilizantes/calmanes –, podemos perceber como tal condição torna o sujeito ainda mais passivo, além de não propiciar o mínimo de angústia, fato imprescindível para levarmos uma psicoterapia adiante. Não é à toa que, geralmente, enquanto os pacientes estão “acomodados” ao tratamento medicamentoso eles evitem, ou nem sequer sintam necessidade de realizar uma psicoterapia.

Mesmo não sendo uma prerrogativa das neurociências e da farmacologia [...], é imperativo ressaltar que, no caso da ideologia da depressão, o que se agrava é o esvaziamento do sujeito e manutenção de um estado no qual o homem perde a possibilidade de se contrapor e de buscar compreender com maior profundidade o seu mal-estar. (BOLGUESE, 2004, p. 144).

Em suma, se por um lado os tranquilizantes e calmantes atenuam determinadas manifestações (sintomas específicos) de sofrimento psíquico, por outro, toda a riqueza simbólica do sintoma que pode e deve ser objeto de interpretação na psicoterapia se esvai e, com ele também seguem toda a iniciativa, capacidade crítica racional e disposição para *insight* dos pacientes.

Na maior parte dos casos, o que nos fica evidente é que, por meio da intervenção medicamentosa, substituem-se determinados sintomas (no caso de Verena a irritabilidade e as alterações de humor) por uma *ausência* de sensações. O que os próprios pacientes nos trazem em sessão é algo da ordem de um esvaziamento dos afetos, não apenas os que se intentava liquidar como outros tantos comuns a existência humana.

Apresentamos, a seguir, mais quatro casos clínicos em que as insatisfações explícitas sobre os efeitos das medicações se fazem presentes desde o início no discurso que integra a “queixa inicial” das pacientes na busca pela psicoterapia.

Solange, quarenta e um anos de idade, procurou a psicoterapia queixando-se de *sentimentos depressivos* e de *angústia* em decorrência de uma *perda afetiva*. A paciente era casada há vinte e três anos e havia se separado há um ano em virtude de seu marido ter se apaixonado e ido embora com outro homem. A partir da separação a paciente começou a sentir *angústia intensa, impaciência, insônia e intolerância em ficar sozinha*. Nos momentos de angústia e quando permanecia só, pensava sempre no marido. Toda a situação, tal como Solange a apresenta, evidencia, num primeiro momento, um *processo de luto* que se estende por sua falta de elaboração psíquica com relação à perda da pessoa amada. Em consultas a outras especialidades lhe foi receitado Diazepan e Fluoxetina. Solange usou a medicação durante um curto período de tempo até que resolveu abandoná-la devido ao *medo de viciar* e também porque *acordava com tonturas*.

Solange permaneceu pouco tempo em atendimento, preferindo deixar de ir às sessões sem mesmo ter tido alta. Contudo, no período em que estava em psicoterapia foi lhe possível apreender outros significados, antes inconscientes, com relação a sua resistência em admitir a perda do seu objeto de amor, o que envolvia uma elaboração singular do drama amoroso, levando em consideração que seu objeto rival (assim representado) não era outra mulher, tal como a própria paciente, mas sim um Outro homem. Neste caso específico, o que nos chama a atenção com relação à problemática investigada é o exposto *medo de viciar* com relação aos remédios, o que se viesse a ocorrer representaria uma perda relativa de autonomia e independência da paciente com relação a si mesma.

Atentemos para o fato de que o *medo de viciar* representa, psicologicamente, uma recusa em assujeitar-se/anular-se por meio de medicações, fato que, permitiu um questionamento do próprio sofrer de outra ordem, capaz de formular-se como um enigma a ser endereçado a um Outro. Fator sem dúvida fundamental no sentido de que pôde impulsionar a paciente a projetar sua busca de saber no campo da psicoterapia, ali onde lhe representava a certeza de um espaço (modalidade de serviço) em que se autoriza o advento da subjetividade e do sujeito, ao contrário do apaziguamento farmacológico.

Passemos, agora, para mais um caso clínico em que a representação acerca do tratamento medicamentoso remete a um possível “mal-estar”, contudo, em virtude da inexistência de uma *demanda de análise* para além de uma *demanda de sentido* inicial, o

abandono do atendimento se caracterizou ainda nas sessões iniciais, não sendo possível à paciente obter ganhos terapêuticos significativos.

Paula, paciente de vinte e quatro anos de idade, buscou a psicoterapia devido ao encaminhamento da própria Psiquiatra, e com relação a suas queixas iniciais evidenciavam-se *sentimentos de nervosismo, alterações de humor, irritabilidade excessiva e sentimentos depressivos*. A paciente vivia cotidianamente num ambiente familiar hostil e tenso, devido às agressões físicas rotineiras que recebia do marido.

Com relação ao uso de medicamentos, Paula *usou calmante durante três meses, mas só sentia muito sono e quando acordava sentia-se pior, de fato mais nervosa*. Por fim, deixou de tomar os remédios por conta própria por julgar que *lhe estavam fazendo mal*. Paula só compareceu a mais duas sessões após a entrevista preliminar caracterizando sua desistência do atendimento.

Em virtude de sua desistência precoce o único fato que nos chama a atenção é a evidente insatisfação com relação ao tratamento medicamentoso, a representação de que possivelmente tais remédios lhe faziam mal, porém a compreensão subjetiva acerca de tais representações foi impossível dado seu abandono do atendimento psicoterápico.

De forma diferente trazemos o caso de Verônica, quarenta e sete anos de idade, que buscou a psicoterapia por sofrer de depressão. A paciente trazia que *a partir dos trinta e seis anos de idade começaram os sentimentos de mal-estar; eram sentimentos de tristeza sem motivo aparente, falta de ânimo para várias atividades, impaciência e fobia social*.

Há quatro anos a paciente faz uso de Bromazepan e Rivotril, contudo, evidenciava desde as entrevistas preliminares sua preocupação em poder parar de tomar os remédios. Verônica apresentava esta preocupação porque, apesar de que fazendo uso das medicações *sentia-se melhor, porém, não melhor totalmente*. E, principalmente, porque *ao parar de tomar os remédios retorna todo o mal-estar*.

Verônica permaneceu em atendimento durante apenas seis meses, contudo, a paciente pôde re-significar de forma importante várias recordações reprimidas com relação ao marido, especificamente as *humilhações* que passava ao seu lado e principalmente as que a família dele lhe faziam, as quais *eram as que mais lhe marcaram*. A suspensão do atendimento foi uma decisão tomada em comum acordo, levando em consideração as significativas melhoras que a paciente relatava estar obtendo em relação aos sentimentos que mais lhe afligiam como a *apatia e a tristeza*.

No caso de Verônica o que podemos observar com relação ao tratamento medicamentoso não é uma queixa enfática, mas apenas uma certa insatisfação; contudo, como

a própria paciente trazia, este foi um dos principais fatores que contribuíram para a busca pela psicoterapia. Este fato corrobora nossa hipótese de que a insatisfação com o tratamento medicamentoso impede o sujeito de acomodar-se nas *soluções de compromisso* que, em alguns casos, podem se dar por meio do “apaziguamento subjetivo” com relação aos afetos aversivos, o que em última instância preserva uma quota mínima necessária de angústia e de agressividade (no sentido de atividade) para a aposta numa proposta de intervenção psicoterápica.

Por meio da apresentação do último caso a seguir, ilustraremos, com base nos fragmentos clínicos, uma situação em que, diante da insatisfação de anos a fio, apostando nas intervenções psicofarmacológicas, uma determinada paciente “depressiva” investe subjetivamente na psicoterapia durante, aproximadamente, dois anos e, dessa forma, tem condições de questionar toda a delimitação e restrição que a categoria patológica da “depressão” lhe infligiu desde que foi assim identificada.

Trata-se de Elza, uma paciente de trinta e nove anos que ao procurar a psicoterapia evidencia em suas queixas iniciais que sofre de *depressão há dezoito anos*, cujo quadro constitui-se de *intensas crises de pânico e angústia, fobia de sair de casa sozinha e em certa forma uma “fobia social”* (angústia de permanecer no meio de outras pessoas). No decorrer das “entrevistas preliminares”, pudemos ter uma visão mais geral de seus sintomas manifestos, os quais, segundo suas próprias queixas, indicavam: *sentimentos de medo e morte eminente; aversão em estar no meio de outras pessoas sentindo-se incomodada em pensar que todos estão a observando e criticando, ao passo que diante de situações como essa fica nervosa e começa a transpirar, apresentando dificuldades respiratórias e sentindo por vezes calafrios e formigamentos pelo corpo. Às vezes, em momentos em que está tudo bem em sua vida, toma-se envolta por um sentimento de perda, como se não fosse permitido estar tudo bem*. Estes sintomas manifestos justificariam seu isolamento social, sua apatia e ausência de desejo de outras atividades que não fosse a de permanecer quase a totalidade do tempo em casa, enfim, sua performance depressiva.

Durante estes dezoito anos, a partir da época em que lhe fora dado o diagnóstico de depressão, Elza sempre esteve sob intervenção medicamentosa, ainda que tenha sido alterada com frequência a combinação de medicamentos.

Com relação à questão do diagnóstico, especificamente, Elza nunca sequer pôde questionar sobre esta definição quanto aos seus sofrimentos, afinal, como todo paciente, é natural que ao receber um nome que identifique seus pesares, o sentimento imediato seja o de um alívio, pois, contrariando o senso comum, eles então não “estão loucos” e nem sofrem por

“coisas que são de suas cabeças”, mas sim, são também vítimas da tão famigerada “depressão” em nossa atualidade.

O que torna Elza uma exceção entre a grande maioria dos casos é que se trata de uma paciente que se entregou abertamente à psicoterapia durante dois anos e, sendo assim, paulatinamente, ela pôde ir descobrindo que seu “mal-estar” ou sua “depressão” (autenticada pelo saber médico-psiquiátrico) apresentava muitas facetas simbólicas/subjetivas constituídas com base em sua singular história de vida, e não simplesmente um mal que a abateu a partir de determinada época e que seria fruto de disfunções neuro-químicas.

Com o avanço da psicoterapia, a própria paciente foi requestionando as suas certezas sobre as suas dificuldades, podendo passar de uma identificação com o rótulo do diagnóstico para uma postura existencial, na qual lhe faziam mais sentido seus *insights* produzidos em sessão acerca de seu próprio sofrer, o que resultou numa nova ótica e posicionamento subjetivo acerca de seu diagnóstico. Isto se tornou claro por meio de seus comentários espontâneos durante as sessões, os quais indicavam para o sentido de que ela (Elza) *tinha os seus momentos “para baixo” sim e na maioria das vezes quisesse ficar sozinha. Porém, neste último ano, especificamente, muitas coisas haviam acontecido que contribuíram para tais sentimentos. Diante disso, quem não ficaria abalado?*

Seu posicionamento ante o “destino de ser depressiva” altera-se significativamente, construindo elaborações de novos sentidos que apontavam para uma situação em que: *atualmente encontrava-se bem melhor, não se achava mais tão louca assim.* Quanto ao diagnóstico, este operando como discurso do Outro (o significante que mata a Coisa) temos por meio de seu discurso que, *na época (há dezoito anos), disseram-lhe que tinha depressão, porque tudo que ela sentia e falava ao médico não eram coisas físicas, diziam-lhe que não tinha nada, que era frescura, falta do que fazer e, por fim, disseram-lhe que era depressão.*

Podemos observar, de forma ilustrativa, por meio do caso de Elza que, na medida em que a paciente evolui durante a psicoterapia, sua compreensão sobre seu sofrer e sobre seu diagnóstico de depressão recebido outrora se altera significativamente. É por meio deste processo, característico de uma psicoterapia psicanalítica, que podemos conduzir nossos pacientes em direção a uma compreensão interna sobre seu “mal-estar”, em contraposição a um discurso/significante que encobre e anula o sujeito. Com o decorrer do processo psicoterápico, Elza tem a possibilidade de ir subjetivando outras determinações para seu sofrer, o que lhe evidencia que, de fato, seu diagnóstico é insuficiente para explicar seus sintomas e que ainda só faz por restringir sua totalidade existencial, esta somente apreensível

por meio da escuta analítica direcionada à tarefa de *recordar, repetir e elaborar* (FREUD, 1915[1914]/1996, v. XII) sua história individual.

Com relação à questão medicamentosa trazemos que, no decorrer do último ano em que antecedeu sua procura pela psicoterapia, Elza tomava Fluoxetina duas vezes ao dia, mas em outras épocas de sua vida já havia feito uso de Anafranil e Citalopran. Em linhas gerais, ao comentar sobre suas experiências com os medicamentos, Elza referia-se que *aos vinte e cinco anos iniciou um tratamento medicamentoso contínuo* (que durou por seis meses), onde *se sentia dopada, vegetando, sentia que os remédios lhe faziam mal*. Por um lado, *não tinha mais medo nem pânico*, por outro, sentia que *não vivia, vegetava*. Até o dia em que *esqueceu a própria filha na escola e então decidiu suspender as medicações*.

Este caso de Elza é riquíssimo, por tratar-se de uma paciente que (como mencionado anteriormente) dedicou-se à psicoterapia durante aproximadamente dois anos, fato que nos possibilita cotejarmos sua visão atual sobre o seu “mal-estar” em contraposição às épocas em que todas as suas apostas de melhora focavam-se exclusivamente sobre os remédios.

Em algumas sessões nas quais a paciente, à guisa de recordação e autoavaliação, pôde lembrar e comparar sua condição psicológica atual a épocas anteriores, Elza nos remete a uma curiosa situação. São fragmentos que ocorreram num momento em que a paciente encontrava-se ininterruptamente em psicoterapia e há oito meses sem uso de qualquer medicação.

Elza referia-se no sentido de que estava *sendo difícil* ficar sem os remédios, pois se observava *mais sensível e sentindo tudo à flor-da-pele*. Talvez por isso, ultimamente, demonstrava-se por vezes *sem paciência*; por outro lado, *sem os remédios sabia que era ela mesma quem vivia as coisas, os problemas*. Já com eles (os remédios) sabia que eles a *acalmavam, mas era como se não fosse ela que vivesse tudo*, afinal sabia que *os remédios não iriam resolver os problemas por ela*.

Ainda sobre a dificuldade de manter-se em abstinência dos efeitos e controles medicamentosos, Elza comparava e trazia para a sessão que, *se isso fosse nos anos mais deprimidos de sua vida ela provavelmente se doparia durante uma semana para não sentir nada disso* (manifestações de “mal-estar”). Apesar da dificuldade, Elza ponderava que *estava se saindo bem*, afinal, em outras épocas ela *se poupava de sentir todas as coisas, trancava-se no quarto e se entupia de remédios*.

De acordo com a evolução clínica, porém com muito ainda a ser trabalhado, a paciente conseguiu um emprego a respeito do qual ela própria dizia ser apenas um “*bico*” demonstrando estar muito satisfeita, levando em consideração que isto lhe representava uma

vitória com relação ao seu isolamento social vigente até então. A própria paciente decidiu interromper a psicoterapia após quase dois anos de atendimento.

É surpreendente, neste caso específico, como a paciente, por meio da psicoterapia, pôde reverter toda a lógica vigente da medicalização da depressão na atualidade, onde num momento em que por conta da valorização de sua história de vida, proporcionada pela própria psicoterapia, e seus *insights* sobre suas próprias questões, a paciente pôde, de fato, se conscientizar sobre a “funcionalidade” dos remédios para a “cura” de seu sofrimento. É como se, aos poucos, pudéssemos observar na paciente todo um redescobrimto interno, na medida em que suas vivências sem a supressão afetiva, ainda que fosse difícil em determinadas situações, lhe revelava verdadeiras sensações que lhe remeteriam a representação de *estar viva* novamente!

De uma maneira geral, podemos perceber, por meio das reminiscências clínicas, que em todos os casos apresentados, a insatisfação com relação à medicalização se faz evidente. É interessante observarmos que as próprias representações dos pacientes apontam para uma possível ambivalência de sentimentos em relação ao próprio tratamento medicamentoso. Uma ambivalência no sentido de que o sujeito goza dos efeitos apaziguadores do mesmo, porém, o “mal-estar” que insiste em se fazer reconhecer resulta numa sensação incômoda e insatisfatória. De alguma forma, o recalco que sustenta o “mal-estar” faz-se por reconhecer mesmo sob efeito de poderosas drogas.

Com relação ao efeito das medicações, Kammerer e Wartel (1989, p. 39) consideram:

[...] um agente farmacológico pode, ao atingir esses circuitos, modificar, e mesmo suprimir o vivido psíquico que os implicou. Opera-se portanto uma *dissolução* do substrato neurobiológico desse vivido, mas nada fica *resolvido* no plano psíquico onde ele tem sua origem. Esta ação organodinâmica fica muito limitada em sua qualidade: na ocorrência, ela é apenas da ordem da inibição ou extinção de uma dada atividade neuronal, e nada tem de comparável à finura e riqueza qualitativa do vivido psíquico.

Graças às dimensões do psíquico, a saber, seus registros real, simbólico, e imaginário, que o “mal-estar” tende a se manifestar, ainda que transmutado em suas expressões iniciais, devido ao apaziguamento das medicações. É esta via que possibilita aos sujeitos demandarem um saber Outro sobre seu “mal-estar”, e nesse sentido, o que é da ordem do indesejado, num primeiro momento, poder constituir o mínimo necessário de *sofrer* e *angústia* para uma possível psicoterapia norteada pelo referencial da psicanálise.

Numa atualidade onde o sofrer é evitado a todo o custo, negligenciado enquanto sintoma da singularidade do sujeito, e em última instância literalmente calado, é imprescindível que aquilo que é indomável no ser humano esforce por sempre (re)aparecer, dando vistas a tudo o que nos torna humanos, demasiadamente humanos.

É somente por meio destas aberturas e brechas em que o “mal-estar” se manifesta nos intervalos do apaziguamento artificial, que torna possível, sempre, por meio da dúvida que o desconforto implanta, que o sujeito possa reconsiderar suas “certezas” sobre seu sofrer.

No âmago da dúvida disparada pelo sentimento de “mal-estar” que se insiste presente, mesmo sob efeitos medicamentosos, encontra-se a primeira tarefa de escolha do sujeito, encruzilhada ante os distintos campos de saberes sobre o “mal-estar” na atualidade: abdicar-se das identificações aos “rótulos e receitas” implica um desejo outro, que não o da alienação de si mesmo.

4.3 Das Vicissitudes da Alienação às Possibilidades do Sujeito

Como pudemos observar, em linhas gerais, por meio dos *fragmentos* clínicos apresentados, um fator significativo e relevante por parte dos pacientes na busca por atendimentos psicoterápicos diz respeito à insistência presencial do “mal-estar”, ainda que estes estejam “devidamente” medicados e orientados profissionalmente. Optamos por considerar esta evidência como uma veemente *perpetuação do “mal-estar”*, e lembramos que esta se apresentou como condição básica para uma aposta na modalidade psicoterápica por parte dos sujeitos. Porém, isto se deu na história destes pacientes específicos, não significando que somente aqueles que se veem sob tal perpetuação são capazes de conciliar um tratamento psicoterápico com o medicamentoso. Ao contrário, a experiência profissional nos aponta que diversos são os pacientes que conciliam a psicoterapia com o uso de psicofármacos, ainda que estes demonstrem vantagens satisfatórias. Contudo, notamos, também, que na maioria das vezes em que o paciente obtém ganhos satisfatórios por meio da vida medicalizada, sua disposição para o trabalho psicoterapêutico se esvai (como mencionamos anteriormente), pois o silenciar dos afetos suprime eficazmente tudo aquilo que poderia descentralizar o sujeito e colocá-lo em questão. Geralmente, os pacientes medicados eficazmente, ainda que venham à psicoterapia, comumente demonstram um certo “esvaziamento subjetivo”, na medida em que uma *demand*

de análise inexistente e não se formula mesmo com as intervenções preliminares, isto somado à ausência de sofrimento aparente (sintomas) sinalizam-lhes o trabalho psicoterápico como algo que não lhes faz muito sentido.

Por fim, consideramos desde o início que os casos selecionados poderiam nos fornecer dados mais relevantes qualitativamente (em contraposição aos demais) acerca da busca pela compreensão da depressão como “mal-estar” contemporâneo, levando em consideração que estes apontavam para uma ruptura com a “verdade” consensual vigente de que “hoje em dia existe remédio para tudo” e, conseqüentemente, solução.

Consideramos também significativo o fato desta *perpetuação do “mal-estar”* apresentar-se, nestes casos, como condição primeira de possibilidade para o movimento destas subjetividades em direção a uma modalidade outra de atendimento, na qual o sujeito enquanto singularidade subjetiva possa se desdobrar, endereçando ao Outro, nas sessões de psicoterapia psicanalítica, aquilo que o diagnóstico e a sedação medicamentosa lhe fizeram calar.

Compreendemos, no decorrer do trabalho, a *(ex)-sistência* do sujeito depressivo como uma condição subjetiva correspondente a um processo de *alienação*. Esta se daria pelo viés do diagnóstico e pelas intervenções medicamentosas que, tal como demonstrado por meio dos *fragmentos clínicos*, transmutam uma determinada configuração sintomática perpetuando a presença de um “mal-estar” diferente do sofrimento psíquico inicial, seja este potencializado pelos efeitos medicamentosos seja promovendo um evidente apaziguamento dos afetos e vivências psíquicas. Obviamente, a constatação de que tais sentimentos produzidos pelas intervenções medicamentosas configuram uma perpetuação de condições de “mal-estar” se embasa nas representações simbólicas forjadas pelos próprios pacientes acerca da questão.

Em suma, *sentir moleza e nada mais; sentir-se melhor, porém não completamente; medo de viciar; desejar permanecer dopada e mais nada; sentir-se como se estivesse vegetando e como se não vivesse*, enfim, fragmentos como estes, dentre outros apresentados, apontam evidentemente para representações subjetivas, ordenadas por significantes-mestres que definem o sujeito levando-se em consideração como este não só vivencia tal “regulação psíquica” (experimenta-a inclusive fisicamente), mas, sobretudo, como simboliza e atribui significados a tal condição. A *(ex)-sistência* dos sujeitos refere-se, então, ao assujeitamento das subjetividades ante o significante Outro (diagnóstico de depressão) e ao remanejamento pulsional a que se prestam as intervenções medicamentosas.

Com relação à identificação do sujeito com o diagnóstico que o define, convém esclarecermos algumas das vicissitudes de tal processo alienatório considerando que, em nossa atualidade, vigora um casamento perfeito entre a exacerbada oferta farmacológica de um lado e o

desejo de apaziguamento pulsional de outro. Ou seja, se por um lado temos este discurso social vigente representado pelo Outro social que assujeita as subjetividades por meio da identificação de uma determinada condição como necessariamente patológica, e pelos efeitos da maquinaria medicamentosa; por outro lado, temos da parte dos sujeitos o *desejo de autoalienação*.

A alienação exige o encontro do sujeito com um outro sujeito que deseja se alienar. Mais exatamente, com um desejo de alienar que deve poder encontrar na **cena social** um outro sujeito cujo pensamento e ação **induziram** a alienação numa parte ou na totalidade de seus semelhantes. (AULAGNIER, 1985, p. 35 – grifo do autor).

Vale lembrar que a seleção dos casos clínicos apresentados se baseou, essencialmente, naqueles em que o próprio indivíduo se definia como depressivo, seja este diagnóstico fornecido pelo Outro da relação médico-paciente, seja por uma identificação ao discurso social vigente, seja ainda por uma identificação retroativa baseada na certeza subjetivada sobre sua condição, tendo em vista as prescrições medicamentosas que recebeu num determinado momento.

Consideramos acertadamente tais vicissitudes da alienação, pois tal como nos ilustra Piera Aulagnier (1985) o desejo de autoalienação busca um Outro que represente em potencial tal saber que possa atravessá-lo e defini-lo, porém, é interessante a menção feita pela autora com relação à *cena social*. Ou seja, não basta ser um outro qualquer, mas, necessariamente, um Outro reconhecido como *Sujeito Suposto Saber* por uma coletividade propriamente dita, na medida em que o conjunto de subjetividades identificadas reforça a idealização deste Outro como detentor de todo o saber que escapa ao próprio sujeito. Lembrando ainda que este Outro desta *relação assimétrica* (AULAGNIER, 1985) também traz em si o desejo de alienar-se, na medida em que acredita possuir tal saber idealizado pela *demanda* e pela *transferência passional* do sujeito (paciente). Isto mantém estreita relação com a nossa problemática investigada, levando em consideração que nos alçamos a compreender a (ex)-sistência do sujeito depressivo em meio às ações, práticas, políticas e modos sistematizados de atendimento e tratamento em Saúde Pública no que concerne a esta questão.

Percebemos, então, que o processo alienatório das subjetividades – considerando especificamente os pacientes atendidos por nosso trabalho clínico numa rede básica de Saúde –, necessariamente se constitui pelo viés da identificação com o saber bio-médico sendo, também, potencializado pela identificação com seus pares, ou seja, outros pacientes também identificados com as mesmas prerrogativas terapêuticas. Foi neste sentido que mencionamos, anteriormente, que a alienação configurada por meio da identificação diagnóstica traria uma relativa “tranquilidade” aos sujeitos, uma vez que, por intermédio

destas diretrizes, o indivíduo é identificado a uma determinada coletividade, sendo-lhe confortante a ideia de que não padece de um “mal” singular que corresponderia apenas a si próprio.

Tal identificação, que como podemos perceber, retira as dimensões de singularidade do sujeito, automaticamente liquida qualquer possibilidade de incerteza sobre sua própria condição, uma vez que, por meio do discurso do Outro, pôde encontrar uma verdade “comum a todos”, uma verdade compartilhada por todos que vivenciam tais problemáticas e, dessa forma, obtura-se toda e qualquer dimensão de conflito inerente ao sujeito.

O processo de alienação implica na crença cega sob tal verdade diagnosticada, o que exige o sujeito de questionar suas certezas e tudo aquilo que lhe define e lhe identifica, ainda que seja como *mais um depressivo numa sociedade e um mundo depressivo*. A este respeito Aulagnier (1985, p. 24) nos comenta sobre a “certeza do pensamento” presente no processo de alienação:

Este deslocamento, este indefinidamente deferido traz consigo a promessa de realização de um prazer, mas também de uma aspiração particular que sustenta o conjunto do movimento do pensamento: poder encontrar uma certeza quanto à conformidade presente entre o pensamento e a coisa. Certeza do pensamento que traria uma certeza identificatória e que realizaria um desejo permanentemente presente na atividade do pensamento: possuir uma verdade que calaria todo o questionamento tornando, assim, desnecessária sua busca.

Observemos, então, como já desde uma formulação diagnóstica, passando pela sua confirmação autenticada na identificação de seus pares, o que se caracteriza desde o princípio é a busca da acomodação do pensamento, a fim de estagnar o movimento incessantemente faltante do *simbólico* sobre o *real*. O desejo de alienar-se se apodera vorazmente de tudo aquilo que pode, em potencial, des-singularizar o sujeito ou, em outros termos, algo capaz de representá-lo e identificá-lo a outros, forcluindo tanto quanto possível os indícios de alteridade(s), inclusive a particularidade de seus sintomas, o que torna desnecessária qualquer busca de construção de sentido. Em última instância, esta “acomodação subjetiva” e a “contenção pulsional” a que tal identificação alienante conduz abrem caminho para a anulação do movimento desejante no sujeito, e desejo é vida!

Considerando a *perpetuação do “mal-estar”*, constituída desde a formulação diagnóstica, mas principalmente eclodindo por meio da reestruturação sintomática devido às alterações físicas promovidas pelas químicas, podemos entender que as *sensações aversivas* produzidas correspondem ao reflexo de uma violência atuante sobre o circuito pulsional inerente ao sujeito. Esta violência, por sua vez, caracteriza-se pelos remanejamentos entre

tipos e doses de diferentes medicações que visam ora “animar” o “depressivo”, ora apaziguar sua angústia inquietante.

Será por meio dessa lógica que nos poderia ser possível compreender a perpetuação do “mal-estar” como manifestação subjetiva marcadamente depressiva na atualidade?

Nossa cautela nos priva de reconhecermos cegamente tal afirmação, antes, retomamos algumas questões pendentes necessárias à compreensão do processo de alienação.

Seguindo no pensamento de Piera Aulagnier (1985), percebemos que tal processo não pressupõe, necessariamente, uma patologia preexistente, mas ao contrário, de acordo com seu estudo sobre a questão, podemos concluir que qualquer sujeito está estruturalmente vulnerável ante a possibilidade de alienar-se por meio de um discurso Outro, conforme as peculiaridades de determinada situação e/ou relação estabelecida com este. Isto se deve, evidentemente, a um processo potencializado de *identificação* somado ao fato que este Outro se apresenta como desejo e como linguagem, e isso desde os períodos mais primitivos, pois a *alienação* é condição *sine qua non* para a estruturação psíquica do sujeito:

A particularidade do Eu se encontra no fato de que, no início, ele foi efetivamente a idéia, o nome, o pensamento falados pelo discurso de um outro: sombra falada, projetada pelo porta-voz sobre uma psique [...] Enunciados que vêm do exterior e dos quais a voz da criança se apropria inicialmente através da repetição. O Eu começa por investir nos pensamentos “identificantes” pelos quais o porta-voz o pensa e graças aos quais ele lhe transmite seu amor. Uma vez efetuado este investimento, vai poder ocupar o lugar de **enunciante** destes mesmos pensamentos. A partir deste momento, retornam a sua própria escuta como enunciados dos quais é o agente e pelos quais se impõe a sua própria atividade de pensar enquanto existente. Estes pensamentos retornam ao enunciante sob a forma de um identificado no qual o enunciante reencontra o suporte necessário a seu auto-investimento. (AULAGNIER, 1985, p. 21 – grifo do autor).

Notemos que, basicamente, a estruturação do psiquismo, bem como a possibilidade de surgimento de um Sujeito – o que em última instância funda a subjetividade propriamente dita –, depende necessariamente, desde o início, do encontro do ser com o Outro, e este como desejo e como linguagem. O atravessamento do ser pelo *simbólico* da linguagem sendo *significado* pelo grande Outro é o que o constitui, a partir de então, um ser *representado* pelos símbolos/significantes, processo esse batizado por Lacan ([1961]/1992) como *alienação*, subentendendo uma *(ex)-sistência*, graças ao qual se torna possível aquilo que Freud (1923/1996) definiu como *recalque originário*, processo básico estruturante do psiquismo devido à divisão consciente-inconsciente.

Uma vez constituída a *clivagem* originária, fazendo do ser um sujeito dividido, este somente poderá constituir o que aprendemos a identificar como sendo o *Eu*, a partir de sua

identificação com as representações que o Outro lhe fornece e que lhe define. Uma vez internalizadas as definições que o Outro lhe atribui, o sujeito segue forjando sua possível identidade por meio do ajuntamento simbólico dos pequenos “cacos” dispersos de significantes que o representam, sendo ele próprio o enunciante, por fim, de tudo aquilo a que foi anteriormente enunciado, idealizado e identificado. Em suma, a constituição de um Eu possível só se dá passando e sendo atravessado por um Outro.

Do mesmo modo que o processo de identificação subentende a internalização de um discurso que torna possível nos definirmos a partir de um “*como se*” metafórico e simbólico, os nomes (significantes) estruturantes da subjetividade definem o sujeito ante a impossibilidade de simbolização plena do real, ou como Freud (1915/1996, v. XIV) em “Os instintos e suas vicissitudes” evidenciou, ante a impossibilidade de representação das pulsões em sua totalidade. Diante do “furo no psiquismo” em torno do qual se organiza o circuito pulsional e o registro simbólico, as identificações são passíveis de “deslizarem” tal como num processo metonímico (deslocamento) indicando a falta de objeto representante que poderia definir o sujeito ou identificar o Eu definitivamente. Dessa forma, qualquer processo de *simbolização* diz respeito, sempre, a um incessante movimento de subjetivação no qual as representações só obtêm seus sentidos se relacionadas às outras que lhe antecederam e às que virão lhe suceder, tal como é demonstrado em nosso exemplo musical:

Algo é o nome do homem, Coisa é o nome do homem; Homem é o nome do cara, Isso é o nome da coisa; Cara é o nome do rosto, Fome é o nome do moço; Homem é o nome do troço, Osso é o nome do fóssil; Corpo é o nome do morto, Homem é o nome do outro; Algo é o nome do homem... é o nome do nome do nome do nome do nome...
(ARNALDO ANTUNES, 1993).

Ou seja, assim como na canção, em que o compositor brinca com o movimento sempre inesgotável de definições de uma coisa a outra, demonstra-se de forma poética e musicada por meio de sua percepção genial, aquilo que a psicanálise compreende como a impossibilidade de o *simbólico* cobrir o *real* ou, em outras palavras, de que o sujeito passe de representação a representação sem nunca se definir satisfatoriamente. Contudo, esta (in)definição posta em movimento – pelo fato de sempre escapar a ela própria a possibilidade de captura total acerca do que poderia definir o próprio sujeito, bem como tudo que este vivencia e subjetiva –, é o que constitui a possibilidade de o ser humano *simbolizar* sua existência, atribuindo-lhe sentidos que dizem respeito à sua estruturação singular:

O discurso e a significação são também, a entrada na cena psíquica, de um “mundo-falado” e de uma “representação falada-pensada do mundo” que se tornam representação e mundo nos quais toda certeza pode se transformar em dúvida: neste registro, a passagem de uma palavra a outra, e o jogo de uma significação atual em relação àquela que a precedeu e àquela que a sucederá não está jamais concluído. (AULAGNIER, 1985, p. 19).

Diante disso, consideramos o *objeto perdido* (FREUD, 1915/1996, v. XIV) ou a *falta* (LACAN, 1958[1957]/1999) em que se assenta a tentativa de busca eterna de um (re)encontro para com o mesmo como condição primeira de possibilidade para qualquer atividade de subjetivação. Em suma, o *registro de perda primordial* é a possibilidade para a existência de uma subjetividade, na medida em que esta se forja como representação simbólica das exigências pulsionais que evidenciam a incompletude do ser.

Isto nos conduz à conclusão de que, aquilo que diferencia o movimento incessante de representação à representação constitutivo da tarefa de *simbolização* de si mesmo, e de afetos e sensações, do estado de alienação, é que neste último a identificação a tal representação lhe define de tal forma a impedir o desenrolar progressivo das simbolizações acerca de si. Ou seja, a *alienação subjetiva* se constitui na medida em que, por meio da *relação assimétrica* estabelecida com o Outro, o sujeito, ao se identificar com aquilo que lhe define, esgota sua busca simbólica permanente implicando uma “passividade” com relação a si mesmo e ao mundo que o cerca.

Se a alienação implica um impedimento do movimento simbólico necessário às possibilidades de subjetivação, o quão isto poderia se demonstrar nocivo às subjetividades de uma forma geral, e aos ditos “depressivos” especificamente?

Este discurso desempenha o mesmo papel que desempenha na psicose a interpretação fantasmática da realidade encontrada. Ele veicula a mesma força e a mesma certeza, o mesmo caráter de não-questionável. É a forma extrema da idealização do saber atribuído à força alienante. O sujeito não substitui a realidade nem sua fantasia, nem uma reconstrução delirante, mas o **discurso mantido por um outro**. A realidade é tal qual este outro a define, e o sujeito se conforma à definição que este outro dá. (AULAGNIER, 1985, p. 40 - grifos do autor).

Como nosso trabalho não pretende esgotar questões e nem tampouco produzir verdades incontestáveis acerca do tema pesquisado, mas sim pôr em movimento dúvidas e reflexões com relação à problemática, seguindo o curso do pensamento aqui desenvolvido, outra questão se coloca: sendo a alienação no seu resultado último um “conformismo subjetivo” do sujeito com relação “à definição que este outro dá”, em que medida podemos

considerar a depressão como sendo potencializada e/ou perpetuada por meio do diagnóstico que atesta tal condição identificada como causa ao próprio sujeito?

Lembrando que, se os “depressivos”, na atualidade, caracterizam-se especificamente pela “inércia” aparente e um “esvaziamento simbólico” que suscita a ideia de inatividade psíquica, imobilidade desejante e, por fim, físico-motora, seria a *medicalização* – no seu sentido amplo (diagnóstico e medicação) –, um dispositivo que resulta na superação ou em determinados casos, numa perpetuação deste exato estado subjetivo?

É imperativo recordarmos uma vez mais que a possibilidade de resolução de conflito para o sujeito psíquico se assenta na subjetivação de suas causas, o que implica uma capacidade de simbolização/representação e não meramente uma supressão e/ou remoção de sintomas. Trata-se, em última instância, de uma questão de *movimento*! Mas não o movimento do corpo, especificamente num primeiro momento, tal como os antidepressivos ajudariam a “animar”, mas sim do sujeito psíquico propriamente dito. O(s) movimento(s) possíveis dizem respeito ao deslocamento de representações e significações e aos *destinos das pulsões* (FREUD, [1915]1996, v. XIV) no seu sentido mais radical:

A força alienante tanto quanto o objeto investido passionalmente têm a estranha propriedade de satisfazer conjuntamente os objetivos de Eros e de Tanatos, tornando assim possível uma temporária – e sempre precária – implicação pulsional que impõe silêncio ao conflito do mesmo nome e ao conflito identificatório. (AULAGNIER, 1985, p. 13).

Aqui encontramos o ponto nodal de nossa problemática investigada: onde se evidencia a alienação como um “silenciar subjetivo” conquistado por meio da satisfação conjunta das *pulsões de vida e pulsões de morte* (FREUD [1920]/1998).

Em suma, sem pouparmos palavras, a *alienação subjetiva* tal como a compreendemos no presente estudo, ou seja, fenômeno psicológico constituído numa relação transferencial *assimétrica* médico-paciente, numa circunstância em que o diagnóstico e as prescrições medicamentosas autenticam como causa do sofrer do sujeito a depressão, temos um apaziguamento ou adestramento subjetivo em todos os sentidos: tanto *simbólico* quanto *pulsional*.

Seguindo Piera Aulagnier (1985), este “silêncio ao conflito identificatório” se daria em virtude da identificação do sujeito ao discurso do Outro, o que em nosso caso específico identificamos como sendo o diagnóstico, que define o sujeito envolvendo nesta identificação a construção de uma “certeza de pensamento” que cessa seu movimento de simbolização (registro simbólico) sobre si mesmo. No entanto, como a própria autora ressalta, o silêncio

imposto ao conflito identificatório estende-se, também, ao conflito pulsional (vida e morte) na medida em que a identificação passional/alienante promove a estranha capacidade de satisfazer conjuntamente os objetivos de Eros e Tanatos. Retomando Freud (1926[1925]/1996), no momento-chave deste desenvolvimento teórico, lembramos que as “*soluções de compromisso*”, que ocorrem em qualquer formação de sintomas, dizem respeito essencialmente ao “compromisso” psíquico entre as diferentes exigências e tendências opostas das instâncias psíquicas o *Ego*, o *Id* e o *Superego*; na medida em que tal sintoma, enquanto *retorno do recalcado* (FREUD [1915]/1996, v. XIV), depende necessariamente para a formação desta “solução”, para que possa ceder em parte às exigências de *repressão* ao mesmo tempo em que possa se tornar manifesto. Ou seja, em última instância, Freud, ao falar das “soluções de compromisso” inerente à formação dos sintomas, indica indiretamente que tal “pacto” envolve a também estranha propriedade de satisfação conjunta das pulsões de vida e de morte.

Articulando uma vez mais tais apontamentos teóricos com relação à problemática investigada em nosso estudo, a saber, a *medicalização da depressão* na atualidade, arriscaríamos dizer que tal *silêncio pulsional* é (como pudemos observar nos *fragmentos de reminiscências clínicas*) incisivamente potencializado pelas intervenções medicamentosas, na medida em que estas objetivam regular o humor dos deprimidos e cessar seus sintomas manifestos. Em suma, trata-se de uma *perpetuação do “mal-estar” configurando-o como depressão* desde a sua validação por meio do diagnóstico até a regulação do circuito pulsional viabilizado pela intervenção farmacológica.

Convêm explicitarmos que ao tecermos tais constatações não o fazemos movidos pelo desejo de eleger as psicoterapias psicanalíticas como as únicas possíveis de solucionarem tais problemáticas, longe disso. Mesmo porque, como é consenso entre os que fazem a clínica psicológica nas redes básicas de Saúde, o índice de desistência dos atendimentos é sempre elevado, sendo a minoria dos pacientes que concluem o processo terapêutico. Os próprios casos apresentados em nosso trabalho por meio dos *fragmentos de reminiscências clínicas* nos revelaram que a maioria dos pacientes desistiu dos atendimentos. Contudo, nosso interesse maior focou-se em refletir sobre o entrecruzamento das práticas e saberes sobre a depressão na atualidade e, em especial, a repercussão clínica de tais fatores do ponto de vista do referencial teórico da psicanálise. Lembrando, também, que operar e veicular o discurso analítico, em nossa atualidade relegada de infinitos subterfúgios técnico-científicos, é sempre uma aposta arriscada, porém, via singular para produção de sentidos para o sujeito psíquico.

[...] é interessante observar que, superando os falsos embates, cabe aos psicanalistas a defesa de seu método, não só pela tolerância das agruras da clínica, do difícil embate do discurso repetitivo e tedioso (característico principalmente do sujeito deprimido), mas por ele possibilitar ao sujeito a desalienação subjetiva. (BOLGUESE, 2004, p. 91-92).

Consideramos esta desalienação, apontada por Bolguese (2004), tanto com relação à (des)identificação com o rótulo diagnóstico que define o sujeito, quanto pelos ganhos terapêuticos de uma forma geral que possibilitam o abandono progressivo do uso frequente e cotidiano dos remédios psicotrópicos. Em suma, trata-se de uma aposta na riqueza da própria subjetividade.

Finalmente, nos restam algumas articulações necessárias para podermos pôr em *movimento* reflexões que relativizam nossa problemática investigada de acordo com a encruzilhada de terapêuticas vigentes com relação à depressão na atualidade.

Notemos atentamente que, em momento algum, nosso posicionamento revelou-se de forma radical e “fundamentalista” contra a psicofarmacologia. Décadas de desenvolvimento tecnológico no sentido de um aprimoramento de substâncias medicamentosas auxiliaram e muito nas possibilidades de amenizar o sofrimento psíquico das individualidades, como exemplo das psicoses, as quais sem a intervenção medicamentosa fariam da vida destes sujeitos algo ainda mais instável e desestruturante. Durante o longo percurso desta pesquisa, intentamos, antes de tudo, por meio de um olhar curioso e cuidadoso, identificar os variados fatores de naturezas sociais, culturais, políticas, ideológicas e inclusive terapêuticas, presentes em nossa atualidade e que no âmago de seus entrecruzamentos contribuem de certa forma para uma perpetuação das condições de “mal-estar” na contemporaneidade, elegendo como expoente maior a depressão. Assim, nossas conclusões nos conduzem não a uma crítica cega e ingênua com relação às medicações em si, mas versam sobre a ambiguidade nociva do manejo de tais drogas na atualidade.

Com relação aos discursos sociais acerca das possibilidades de “felicidade” e sofrimento para os seres humanos em nossa atualidade pós-moderna, é inegável a presença implícita, ou muitas vezes explícita, da mensagem de que não necessariamente devemos mais sofrer. Vivenciamos, em nosso cotidiano, uma intolerância ideológica com relação ao *sofrimento* na medida em que este passa a ser inadmissível em pleno século XXI, período repleto das mais avançadas tecnologias, inclusive medicamentosas. A ideologia que retira do ser humano a possibilidade e a habilidade para o sofrer reforça e é reforçada pela extrema banalização da prescrição de psicofármacos indicados para os tratamentos dos mais variados sentimentos que desde sempre constituíram e caracterizaram o animal humano.

Trata-se de uma mudança significativa de objetivos viabilizados por meio da medicalização excessiva: no lugar de apenas restabelecer uma condição psicológica considerada fora do padrão aceito e tolerado socialmente (o que já é altamente questionável), tal banalização dos tratamentos em Saúde Mental, norteados pelos paradigmas bio-médicos, visam, na atualidade, verdadeiramente refinar e aprimorar determinadas sensações: não basta apenas não sofrer e, principalmente, não demonstrar tal condição, mas deve-se estar sempre “feliz”, “animado”, disposto, ativo, competitivo, “descolado”, atendendo às expectativas sociais de todas as ordens no seu tempo atual. Desta forma, qualquer manifestação de sofrimento deve ser impiedosamente silenciada, seja ele fruto de condições específicas de existência e/ou ainda consequência de situações adversas da vida humana, restando às individualidades a obrigação de demonstrar um semblante de “equilíbrio” e “bem-estar” inquestionáveis.

Em linhas gerais, pudemos compreender como a intolerância ao sofrimento – implícita nas práticas terapêuticas para a depressão na atualidade – acaba por assujeitar as individualidades, engendrando um verdadeiro adestramento das subjetividades. É em relação a esta hipótese que consideramos como alternativas para saídas possíveis do “mal-estar” (seja a depressão seja tantas outras formas de sofrimento psíquico), tudo aquilo que “autorize” a expressão da subjetividade individualmente, socialmente e culturalmente.

Como demonstramos, os processos de subjetivação capazes de prover o sujeito de uma *simbolização* acerca de si mesmo e do mundo, de uma forma geral, implicam necessariamente a primazia de um *movimento simbólico*. Considerando, ainda, a importância deste se dar implicando um processo de subjetivação sobre si mesmo, diferentemente das passagens-relâmpagos de uma representação a outra características da atualidade, em que o distanciamento prévio das individualidades com relação às vivências instantâneas não os possibilitam forjarem sentidos subjetivos a tais identificações. Trata-se de um *movimento subjetivo e simbólico* que implique a subjetivação *strictu sensu* de determinadas representações, na medida em que seu deslocamento para uma nova produção de sentido se dá quando incide um “esgotamento” da representação anterior, e isto implica necessariamente que a mesma tenha sido não só experimentada minimamente, mas também significada e subjetivada, revelando que seu caráter de certeza é sempre temporário e circunstancial, de acordo com um tempo necessário a uma produção de sentido subjetivo acerca da mesma.

Pensarmos as condições possíveis de subjetivação do “mal-estar” na atualidade, visando sua simbolização como saída que envolva um processo criativo, demanda a necessidade de um “espaço” possível para o desdobramento das subjetividades por entre as

brechas e fissuras dos discursos sociais que tendem a assujeitar as individualidades. Em suma, a possibilidade de criatividade simbólica como tarefa de significação e produção de sentido, que ponha em movimento o ser de desejo, depende, necessariamente, da capacidade e da permissividade vinda do Outro, de incitar as dimensões da dúvida, seja ela com relação a um diagnóstico e a uma prescrição terapêutica (no caso das depressões), seja na sua totalidade com relação às “verdades” sobre o ser humano disseminadas ideologicamente na contemporaneidade.

A capacidade de se duvidar do que se pensa só é possível na medida em que o Eu acredita que esta dúvida se baseia num outro pensamento que poderá ser verdadeiro. Isto implica o fato de que o Eu se atribui o direito de duvidar também do pensamento de um outro, e que este outro lhe reconheça este direito. (AULAGNIER, 1985, p. 25).

No caso do nosso objeto específico – a depressão – em lugar de um “silêncio pulsional”, imposto pelas químicas, e da *certeza* representada pelo diagnóstico, é imprescindível possibilitarmos o advento da *criatividade* inerente aos processos de subjetivação como *simbolização* das condições de “mal-estar”. Onde a partir do *sofrimento* e da *dor* o sujeito possa re-significar a maneira que vivencia tais situações, dessa forma conhecendo-as, trazendo-as para perto de si ao invés de almejar extirpá-las, e podendo fazer de seu “veneno” aquilo que pode fortalecê-lo alhures. Afinal, conflitos, sofrimentos e dores são inerentes à vida, bem como o são também as construções dos movimentos singulares de cada sujeito na busca de suas superações.

Sem tais pesares, o que interrogaria o sujeito acerca de si, e que processos de simbolização seriam possíveis, sendo que estes se constituem justamente de recobrirem tudo aquilo que *falta*, tudo que envolve em certa medida uma *perda*, sendo esta das mais variadas naturezas possíveis? Ao nos vermos órfãos de nosso sentimento-mãe – a *angústia* – esta que tende a ser implacavelmente silenciada em nossa contemporaneidade, o que nos impulsionaria como sujeitos ao movimento incessante necessário para construção de sentidos?

Em suma, ante as variadas formas de sofrimento na atualidade e, em especial, a depressão, apontamos para a necessidade de repensarmos as formas terapêuticas de lidar com tais questões, em que um abismo teórico-prático-ideológico separa dois posicionamentos éticos distintos de se lidar com os avatares da subjetividade: aqueles que assujeitam e alienam e aqueles que permitem o advento do sujeito.

As dores e suas representações, bem como as variadas formas de sofrimento na contemporaneidade, desde as mais serenas às mais intensas, podem simplesmente serem

suprimidas implicando a estase pulsional e o comprometimento da capacidade desejante, ou podem se tornar símbolos que traduzam algo do sujeito engendrando um ganho de riqueza simbólica para o próprio indivíduo, o que, em última instância, o fortalece ante a administração eterna necessária dos conflitos inerentes aos seres humanos.

Para além das pontuações específicas acerca das práticas terapêuticas voltadas ao tratamento da depressão na atualidade, convém apontarmos que nas suas bases encerra-se uma questão de ordem ética. Uma *ética* na medida em que as maneiras de lidar com o “mal-estar” na atualidade (concernentes aos profissionais que a isso se dedicam) implicam num *posicionamento* frente à problemática, uma postura propriamente dita ante as possibilidades dos sujeitos em haverem-se com suas próprias determinações. O “espaço” permissivo para o advento do sujeito e do desdobramento da subjetividade de forma geral está atrelado a um posicionamento ético frente a tais questões.

Diante da problemática investigada ao longo de nossa pesquisa – a depressão e a medicalização indiscriminada da mesma –, entendemos, com base em evidências de determinadas situações clínicas apresentadas, bem como por meio da representação social vigente que a designa como o “mal do século”, que toda a intolerância frente às manifestações de sofrimento concretizada na aposta de um apaziguamento afetivo e sintomático incide num custo para as próprias individualidades: o custo da perpetuação do “mal-estar”, ainda que transfigurado em suas evidências clínicas.

Neste sentido, demarcamos a defesa e a importância do posicionamento singular inerente às práticas clínicas de referencial psicanalítico que possibilitam a construção de um “espaço” permissivo com relação ao advento da subjetividade.

De uma forma mais ampla, entendendo que as manifestações de “mal-estar” são inerentes à nossa vida e permeiam a existência como totalidade, para além da aposta no método clínico psicanalítico (ainda que inspirados pelo referencial teórico da psicanálise o qual nos possibilita pensar o “*espaço e tempo* singulares do *sujeito*”), apostamos nossas fichas nas mais variadas possibilidades de lidar com o “mal-estar” na atualidade, em especial, com a depressão.

Possibilidades enviesadas pelas dimensões individuais, sociais, e culturais, numa atitude para com aqueles que sofrem, não implicando em descaracterização de tudo aquilo nos torna humanos, em todos os sentidos, e de onde reside, em potencial, as matrizes do conflito inerente aos sujeitos, como também, as possibilidades de dinamizar sentidos e superação do mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da experiência profissional cotidiana de aproximadamente cinco anos no trato de questões voltadas à promoção de Saúde Mental, atuando em um serviço público de Saúde, somada às inquietações teóricas que remontam a um período antecessor à prática e ao contato profissional com o mundo que nos cerca, inquietações estas germinadas ainda nos anos de graduação e formação em Psicologia, confluíram-se, enfim, um *desejo de saber* e as problemáticas encontradas na realidade, resultando na busca de compreensão empreendida em nosso trabalho.

Na medida em que o problema investigado origina-se do entrecruzamento de como tal situação apresenta-se diante de nós e, ao mesmo tempo, de como nos posicionamos ante a mesma – a tarefa de produção de sentidos possíveis inerentes a um trabalho de pesquisa científica –, torna-se também um verdadeiro *movimento* interno de subjetivação para o próprio pesquisador. Isto levando em consideração que é árdua a tarefa de manejar o próprio desejo de saber com relação às possíveis frustrações que diferentes evidências constatadas ao longo do trabalho nos revelam, na medida em que estas são sempre demasiadamente relativas e por natureza, incompletas e circunstanciais.

Contudo, justamente por conta de tal condição, ou seja, de que não existem verdades absolutas a serem descobertas a não ser a própria verdade desta constatação, corroborada em cada passo da pesquisa, é por esse motivo que, no longo caminho percorrido, o custo subjetivo de renunciarmos às próprias certezas era na mesma medida compensado pela possibilidade de abertura a novas questões, inicialmente não formuladas promovendo um significativo amadurecimento na forma de lidarmos com nosso objeto de trabalho.

A princípio pudemos nos dedicar ao estudo das condições sociais e culturais, presentes em nosso tempo, que delineiam determinadas formas específicas de subjetivação, o que nos possibilitou pensarmos e refletirmos acerca das “soluções” que os sujeitos empreendem ao enfrentamento destas questões, bem como sobre a maneira como somos atravessados por tais demandas e circunstâncias sociais específicas de nossa *pós-modernidade* (BAUMAN, 1998), ou, simplesmente, atualidade. Isto nos conduziu a apreendermos as novas formas de subjetivação na contemporaneidade, sem que, com isso, a compreendêssemos como necessariamente patológicas, mas antes como estilísticas ou modos de ser possíveis ante uma sociedade que se apresenta como sustentada por *performances espetaculares* (DEBÓRD, 1997).

Diante de tais configurações sociais/culturais e entendendo-as em linhas gerais como dispositivos em potencial disparadores de sentimentos de desamparo, alçamo-nos sob o estudo das depressões do ponto de vista da psicanálise, retomando os estudos clássicos que remontam à problemática secular da melancolia (FREUD, 1917[1915]/1996), bem como os avanços teóricos que compreendem a depressão e/ou depressividade como constituinte daquilo que consideramos como sendo a própria psique (FÉDIDA, 1999), na medida em que esta se forja em torno de um *vazio*.

Foi possível verificarmos, também, que de uma maneira geral os discursos sociais vigentes em nossa atualidade pouco possibilitam condições de subjetivação que envolvam um verdadeiro processo de simbolização e representação de maneira significativa acerca de si e do mundo por parte das individualidades. Na mesma lógica inerente ao capitalismo, a avalanche de informações e demandas implícitas substituem nosso desejo por pseudo-necessidades, o que caracteriza uma determinada forma de alienação cultural e subjetiva.

Focados em nossa problemática específica de estudo, a *depressão* e a *medicalização* (FOUCAULT, 2001a) da mesma, lançamo-nos na busca de compreensão acerca das práticas terapêuticas voltadas a esta questão na atualidade. Para isso, utilizamo-nos de *fragmentos de reminiscências* constituídos com base nas vivências cotidianas de atendimentos clínicos. Optamos, propositalmente, em eleger para o estudo aqueles casos específicos em que as terapêuticas medicamentosas da depressão se mostravam infrutíferas, na medida em que determinadas características destes despertam nosso interesse em compreender as consequências psicológicas de tais intervenções.

Com base nas representações que os próprios pacientes forjam acerca do uso cotidiano de medicamentos e do diagnóstico que recebem, pudemos concluir que por entre as vicissitudes do processo de *alienação* (AULAGNIER, 1985) e da *(ex)-sistência* (LACAN, 1958[1957]/1999) subjetiva dos sujeitos – esta reatualizada nas práticas exclusivamente medicamentosas –, demonstra-se nestes casos específicos uma nociva *perpetuação do “mal-estar” configurado como depressão* dado o silêncio pulsional e o impedimento simbólico promovido pela (in)devida medicalização.

Compreendemos que tais terapêuticas destinadas a tratar os mais variados sofrimentos na atualidade e especificamente a depressão são, em última instância, o reflexo de nosso substrato cultural forjado na contemporaneidade. Se tais terapêuticas podem exercer sua força conduzindo muitas vezes diferentes sujeitos a modos padronizados de lidar com suas condições de sofrimento, isso só se torna possível na medida em que as condições culturais e ideológicas vigentes figuram como condição de possibilidade primeira para tal fato.

Assim, entendemos que a medicalização abusiva, indiscriminada e banalizada do sofrer humano só constitui-se como possibilidade e como tendência dominante numa sociedade que evidentemente carece de recursos outros para lidar com suas condições de sofrimento. Trata-se da construção de uma cultura com relação ao sofrer que, evidentemente, não está *em si* faticamente privada de tais condições, mas mais especificamente uma cultura que opta por apostar suas fichas nos encantos tecnológicos prometidos pelo mundo novo em detrimento dos movimentos simbólicos que suscitam a idéia, muitas vezes, de rudimentar e ultrapassado em pleno século XXI.

Chamamos a atenção para o fato de que, no cerne de toda a questão discutida ao longo deste trabalho, porém não esgotada obviamente, centra-se a problemática acerca das condições de subjetivações na contemporaneidade, de onde podemos perceber em todos os sentidos um demasiado esvaziamento simbólico. Posto isso, consideramos relevante a questão cultural-ideológica na base de todas as discussões, entendendo aqui por cultura os próprios modos de subjetivação privilegiados de um determinado período e época, a qual cerceia formas específicas de reconhecer o mundo e a si mesmo.

Com relação ao sofrer, especificamente, percebemos que uma cultura que tende a desprezar as dimensões simbólicas da vida, inerentes a todas as formas de criatividade – estas intrínsecas às possibilidades de enfrentamento de qualquer condição adversa e/ou de sofrimento –, busca, assim, aviltadamente agir nas dimensões do real destes afetos, o que implica um esvaziamento simbólico que redundando infinitamente em torno de um vazio, o que, por sua vez, configura o semblante de um mundo que apreendemos como depressivo.

Muitas questões ainda se revelam pertinentes, mesmo diante de tais conclusões, como por exemplo, aquelas que concernem à preocupação do que diferenciariam os sujeitos que se adequam de forma satisfatória às intervenções medicamentosas daqueles que vivenciam a perpetuação do “mal-estar”.

Ou ainda, que mecanismos subjetivos intrínsecos aos próprios sujeitos seriam responsáveis por uma resistência ante a supressão da própria subjetividade e singularidade? E, estariam estes mecanismos ausentes nos pacientes que toleram o custo subjetivo necessário ao sucesso medicamentoso?

Enfim, questões estas que, com certeza, nos conduzirão a muitas outras, mas que competem a lançarem-se no desafio de tentarem respondê-las todos aqueles que se interessam pela problemática e que visam contribuir para tais reflexões.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- ALVES, A. Na cadência do samba. In: _____. **Eu, Aaulfo Alves**. Polydor, 2003. 1 CD.
- AMARAL, J. G. P. D. **Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2006.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, A. Nome. In: _____. **Nome**. Rio de Janeiro: BMG, 1993. 1 CD.
- _____. O nome disso. In: _____. **Ninguém**. Rio de Janeiro: BMG, 1995. 1 CD.
- _____. Socorro. In: _____. **Um Som**. Ariola, 1998. 1 CD.
- AULAGNIER, P. **Os Destinos do prazer: alienação, amor, paixão**. Rio de Janeiro: Imago, 1985.
- BAUMAN, Z. **Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- _____. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- _____. **O mal-estar da Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. (Sujeito e História).
- _____. **Estilo e modernidade em Psicanálise**. São Paulo: 34, 1997.
- _____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BOCK, A. M. et al. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOLGUESE, M. S. **Depressão & doença nervosa moderna**. São Paulo: Via Lettera: Fapesp, 2004.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez. 2008.

CARTOLA. Preciso me encontrar. In: _____. **Cartola 1976**. Rio de Janeiro: EMI, 1976. 1 CD.

CONSTATINO, E. P. **Percursos da pesquisa qualitativa em Psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

COSTA, J. F. **Narcisismo em tempos sombrios**. In: BIRMAN, J. (Coord.). **Percursos na história da psicanálise**. Rio de Janeiro: Taurus, 1998. p. 151-174.

COSTA-MOURA, F. **A psicanálise é um laço social**. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 149-153.

DEBÓRD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELOUYA, D. **Depressão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ELLER, C. **Nós**. In: _____. **Cássia Eller ao vivo**. Rio de Janeiro: Universal Music, 1996. 1 CD.

CORDEL do Fogo Encantado. **O espetáculo**. In: _____. **O palhaço do circo sem futuro**. São Paulo: Trama, 2002. 1 CD.

FARINHA, S. **A depressão na atualidade: um estudo psicanalítico**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FÉDIDA, P. **Depressão**. São Paulo: Escuta, 1999.

FERNANDES, C. A. **Um furo no psiquismo: Melancolia – Depressão**. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Distrito Federal, 1999.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias: da epistemologia a ética das práticas e discursos psicológicos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

FINK, B. **O sujeito laciano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

- _____. **Os Anormais:** curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FREUD, S. (1901). **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VI.
- _____. (1904[1903]). **O método psicanalítico de Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.
- _____. (1912). **A dinâmica da transferência.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.
- _____. (1913[1912]). **Totem e Tabu.** Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIII.
- _____. (1914). **Recordar, Repetir e Elaborar.** Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.
- _____. (1914). **Sobre o narcisismo: uma introdução.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- _____. (1914-1916). **Sobre a transitoriedade.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- _____. (1915 [1914]). **Observações sobre o Amor Transferencial.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.
- _____. (1915). **Os instintos e suas vicissitudes.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- _____. (1917 [1915]). **Luto e melancolia.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- _____. (1919). **O “estranho”.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII.
- _____. (1920). **Além do princípio do prazer.** Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- _____. (1921). **Psicologia de grupo e análise do ego.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII.
- _____. (1923). **O ego e o id.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.
- _____. (1924[1923]). **Neurose e Psicose.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.
- _____. (1926 [1925]). **Inibições, sintomas e angústia.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.
- _____. (1927). **O Humor.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI.
- _____. (1930[1929]). **O mal-estar na civilização.** São Paulo: Imago, 1992. v. XXI.

FUKS, M. P. Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes. **Psicanalis. Univ.**, São Paulo, n. 9 e 10, p. 63-78, jul/dez. 1998 – jan/jun. 1999.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GUARIENTE, J. C. A. **Depressão: dos sintomas ao tratamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HASSOUN, J. **A crueldade melancólica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

KAMMERER, T.; WARTEL, R. Diálogo sobre os diagnósticos. In: LACAN, J. **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 27-44.

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

_____. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LACAN, J. (1958 [1957]). **O seminário, livro 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1961 [1960]). **O seminário, livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1964). **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1970 [1969]). **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. Tradução de Pedro Tamem. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LEGUIL, F. Mais além dos fenômenos. In: LACAN, J. **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 60-69.

MAURANO, D. **Para que serve a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MELODIA, L. **Convida - ao vivo**. São Paulo: Indie Records, 2003. 1 CD.

MEZAN, R. **Escrever a clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MEZAN, R. **Tempo de muda** – ensaios de psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONSENY, J. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 69-72.

NASIO, J.-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

NIETZSCHE, F. W. **Além do bem e do mal**: prelúdio a uma filosofia do futuro. Tradução, notas e posfácio de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. **Genealogia da moral**: uma polêmica. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

OMS. Organização Mundial da Saúde (World Health Organization). Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 22 ago 2009.

PERET, M. F. M. **A Depressão na Clínica Lacaniana**: um estudo de caso. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e Psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-147.

MUNDO Livre S/A. Samba esquema noise. In: _____. **Samba esquema noise**. Banguela Records, 1994. 1 CD.

SAURET, M.-J. Psicanálise, psicoterapias, ainda... In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 19-43.

SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão social**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SCIENCE, Chico; ZUMBI, Nação. Corpo de lama. In: _____. **Afrociberdelia**. Rio de Janeiro: Sony Music, 1996. 1 CD.

SIQUEIRA, E. S. E. **A depressão e o desejo em Psicanálise**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, M. A. R. **A concepção Freudiana da melancolia**: elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007.

VELOSO, C. It's a long way. In: _____. **Transa**. Rio de Janeiro: Polygram, 1972. 1 CD.

WANDERLEY, A. A. R. **A distmia e a construção do indivíduo insuficiente**: um estudo sobre a depressão na contemporaneidade. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ZARIFIAN, É. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: LACAN, J. **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 45-51.