UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DULCE RICCIARDI COPPEDÊ

O Discurso da Depressão: Quando Dizer é Sofrer

São Paulo
2016

DULCE RICCIARDI COPPEDÊ

O Discurso da Depressão: Quando Dizer é Sofrer

(Versão original)

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Área de concentração:
Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr.
Christian Ingo Lenz Dunker

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Coppedê, Dulce Ricciardi.
O discurso da depressão: quando dizer é sofrer / Dulce Ricciardi Coppedê; orientador Christian Ingo Lenz Dunker. -- São Paulo, 2016.
141f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Depressão 2. Discurso 3. Psicanálise 4. Sofrimento 5. Psicopatologia I. Título.

RC537

COPPEDÊ, D. R. O discurso da depressão: quando dizer é sofrer. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovada em: _____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao querido professor Christian Dunker pelo engajamento na orientação desta pesquisa, pela aposta no trabalho de cada um dos seus orientandos, pelo fomento constante de projetos instigantes de formação e de escrita. Obrigada por sustentar, de forma sempre cordial, essa transferência de trabalho.

Aos professores Orlando Coser e Nelson da Silva Junior, pela presença na banca examinadora da defesa desta dissertação. A Maria Rita Kehl, pelas contribuições realizadas no exame de qualificação.

Aos que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, concedendo as entrevistas em torno das quais ela se constitui.

Aos colegas do grupo de orientação, da clínica e demais companheiros de pós-graduação: Jaqueline Cardoso, Diego Penha, Hugo Lana, Rafael Alves Lima, Paulo Sérgio de Souza Jr., Pedro Ambra, Paulo Beer, Clarice Paulon, Renata Bazzo, Mayla Di Matino, Maria Letícia Reis, Daniele Sanches, Elizabeth Brose, Rafael Cossi, Marcus Cesar Teshainer, João Felipe Domiciano, Rafael Franco, Ilana Katz, Natalie Mas, Luciana Salum, Beto Propheta, Viviana Venosa, Priscila N. David, Bel Tatit, Rodrigo Alencar, Julia Catani, Marcos Vinícius Brunhari, Silvia Collakis, Robson Nakagawa, Julia Malvezzi, Ana Paula Vedovato, Bartholomeu Vieira, Diego Rodrigues Silva, Priscilla Santos de Souza, Vania Vargas, Carlos Eduardo Frazão Meirelles, pelas trocas de ideias e pelos gestos de encorajamento, fundamentais para que eu pudesse atravessar essa experiência. Agradeço, também, pelo exemplo profissional e humano que vocês são; e, sobretudo, pelos laços de amizade que se criaram e que se fortaleceram ao longo desse percurso.

Agradeço especialmente a Jacqueline Cardoso, Clarice Paulon, Diego Penha, Sérgio Prudente e Pedro Peñuela pela leitura do trabalho e por terem acolhido muitas de minhas dúvidas e inquietações. A Paulo Sérgio de Souza Jr., pelos inúmeros esclarecimentos e pela minuciosa revisão do texto; a Alana Oliveira, pela edição; e a Renato Ghiocas, pela assistência técnica.

A Michelle Faria, pela supervisão de casos e pelos grupos de estudo, partes tão importantes da minha formação e atividade clínica. A Heloísa Ramirez e Tatiana Assadi, pelas generosidade das contribuições desde o período em que participei da Rede de Pesquisa de Sintomas e Corporeidade, do Fórum do Campo Lacaniano, até hoje, no grupo de investigação acerca da Construção de Casos Clínicos na USP. A Maria Josefina S. Fuentes e

Luis Guilherme C. Mola, pela escuta. Ao Dr. Renato Del Sant e ao Dr. Elko Perissinotti, pelo voto de confiança desde o Programa de Aprimoramento Profissional no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado. Aos professores do Instituto de Psicologia da USP, pela nobre dedicação ao ensino. A todos os funcionários, especialmente Claudia Rocha e Ana Maria Garcia, da secretaria do Departamento de Psicologia Clínica, pelo atendimento sempre cordial e prestativo, bem como pela qualidade do trabalho que desempenham. A Tânia Aparecida da Silva e Antônio Luiz P. da Silva, por fazerem dos corredores do Instituto de Psicologia um espaço de acolhimento e amizade, diariamente, há tantos anos.

Aos amigos de longa data e aos recentes, já tão imprescindíveis: Carolina Calmon Ramalho, Raphael Wittmann, Leo Gonçalves, Karina Belloni, Kwame Yonatan P. dos Santos, Marta Cerruti, Karina Nicácio, Marcos Moura, Carolina Vargas, Julia Santos, Tânia Lisboa Machado, Luna Widman, Anna Luisa Melloni, Pedro Peñuela, Stélio de Carvalho Neto, Carolina Kimie Moriama, Odir Zuge Jr., Marcello Soares, Tania Miura, Marcos Garuti, Cesar Souza Pinto – além dos que constam nos parágrafos anteriores e dos que me escaparam a este, mas que certamente fazem parte da rede humana a partir da qual me constituo.

Aos Doutores Eduardo Motta, Fernando Maluf, Paulo Lázaro, Valéria Camargo, Simône Noronha, Elisangela Marchezoni e suas equipes, pela competência e enorme delicadeza no cuidado, que me possibilitaram seguir com saúde, disposição e confiança.

Aos meus queridos familiares, pelo carinho e bom humor. À minha avó, Therezinha Coppedê, pelo incentivo de sempre e por fomentar meu interesse pela pesquisa, ainda na infância, ao submeter o fascinante universo dos seus armários à minha curiosidade. Aos meus pais Luzia e Alberto e ao meu irmão Abílio Coppedê, pela cumplicidade, pelo apoio incondicional, pelo exemplo de entusiasmo e perseverança; e, ainda, pela presença inteira, sincera e agradável com a qual sempre pude contar. Dedico este trabalho a vocês.

RESUMO

COPPEDÊ, D.R. **O discurso da depressão: quando dizer é sofrer**. 2016. 141 f. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

A depressão é a categoria psicopatológica que expressa, de forma privilegiada, o sofrimento psíquico na atualidade, adquirindo estatuto de epidemia. Examinamos a depressão enquanto objeto de discurso em nossa cultura, a partir de diversas ordens discursivas – médica, religiosa, econômica, psicanalítica, socioantropológica – e investigamos como esses discursos se singularizam produzindo efeitos clínicos e discursivos naqueles que, a seu modo, o reproduzem. Partimos da hipótese de que o discurso constitui, condiciona, altera e determina a própria experiência de sofrimento. Baseando-nos na psicanálise de Lacan e em sua acepção de sujeito, nossa proposta é a de verificar efeitos de indução e modalização sintomáticas produzidos pela exposição ao discurso da depressão. Analisamos um conjunto de sete relatos, obtidos através de entrevistas semidirigidas, nas quais a presença do significante "depressão" apresentava-se prevalente para a designação do sofrimento. Nossos achados apontam para a existência de marcas discursivas que se repetem nos relatos analisados, a despeito da diversidade e heterogeneidade de experiências compreendidas em cada um deles. O significante "depressão" se articula *intradiscursivamente* e *interdiscursivamente*, recuperando incidências históricas heterogêneas e descontínuas pelas quais efeitos transformativos são descritos. Conclui-se que há uma absorção identificatória do discurso da depressão em nossa cultura, passando a constituir, ele mesmo, uma catacrese – ou seja, uma metáfora já absorvida ao uso comum da língua, de emprego tão corrente que há pouca equivocação semântica em jogo no seu uso. Nesse sentido, "depressão" é termo que praticamente supre a falta de palavras específicas para designar um sofrimento que resiste à nomeação e faz convergir discursos de diferentes procedências: saúde, trabalho, desejo e religião. Esse resultado é compatível com o estatuto criacionista do significante, bem como o estatuto performativo do ato diagnóstico, além dos efeitos de autoconfirmação clínica dos sintomas.

Palavras-chave: Depressão, Discurso, Psicanálise, Sofrimento, Psicopatologia.

ABSTRACT

COPPEDÊ, D.R. **The discourse of depression: when saying is suffering.** 2016. 141 p. Master's Dissertation – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2016.

Depression is the psychopathological category that expresses, in a privileged way, the psychic suffering nowadays, acquiring epidemic status. In this work, we examine depression as an object of discourse in our culture, from different discursive orders - medical, religious, economic, psychoanalytic, and social-anthropological - and we investigate how these discourses singularize themselves producing clinical and discursive effects upon those who, in their way, reproduce them. Our hypothesis is that speech constitutes, conditions, changes and determines the very experience of suffering. Based on Lacan's psychoanalysis and on his conception of the subject, the proposal is to verify symptomatic induction and modalization effects produced by the exposure to the discourse of depression. We analyze a set of seven reports, obtained through semi-structured interviews, in which the presence of the significant "depression" became prevalent for the appointment of suffering. Our findings pointed to the existence of discursive marks that repeat themselves in the analyzed reports, despite the diversity and heterogeneity of the experiences comprised in each of them. The significant "depression" is articulated *intra-discoursively* and *inter-discoursively*, recovering heterogeneous and discontinuous historical incidences through which transformative effects are described. The conclusion is that there is an identificatory absorption of the discourse of depression in our culture, passing itself to constitute a catachresis – that is, a metaphor already absorbed in the common use of language, an employment so current there is little semantic equivocation at stake in its use. In this sense, "depression" is a term that almost makes up for the lack of specific words for suffering that resists the appointment and converges speeches from different sources: health, work, desire and religion. This result is consistent with the creationist status of the signifier and the performative status of the diagnostic act, in addition to the effects of clinical auto-commitment of symptoms.

Keywords: Depression; Discourse; Psychoanalysis; Suffering, Psychopathology.

SUMÁRIO

Introdução **10**

Capítulo 1 – Metodologia **29**

Capítulo 2 – Pequena história dos discursos sobre a depressão **37**

2.1 – A depressão no discurso das ciências naturais 38

2.2 - O discurso psicológico-psiquiátrico: a sobreposição da melancolia pela depressão 40

2.3 - O discurso moral-religioso: acídia, melancolia e depressão 45

2.4 - O discurso econômico: depressão da economia e depressão na economia 49

2.5 – O discurso psicanalítico: depressão e melancolia em Freud e Lacan 54

2.6 – A depressão e a melancolia nos discursos filosófico e socioantropológico 61

Capítulo 3 – Análise das entrevistas **68**

Entrevista 1 68

Entrevista 2 75

Entrevista 3 84

Entrevista 4 92

Entrevista 5 100

Entrevista 6 109

Entrevista 7 119

Capítulo 4 – Considerações Finais **128**

Referências **135**

Introdução

A depressão, tal como é compreendida, estudada e debatida atualmente, nos mais diversos âmbitos da cultura e da clínica, corresponde a uma noção constituída no campo da psiquiatria, onde vem sendo forjada através de diversas redefinições e ajustes conceituais desde o século XIX até os dias de hoje. Nesse campo, a depressão passou de signo secundário da melancolia a transtorno autônomo e epidêmico, categoria psicopatológica de natureza biológica, diagnosticável a partir da manifestação dos diversos sintomas – descritos e quantificados por manuais (DSM-V e CID-10) – e cujo tratamento, conforme a recomendação divulgada pela Organização Mundial de Saúde, corresponde à combinação de medicamentos antidepressivos e suporte psicossocial para os casos de depressão considerados moderados e graves[1].

De acordo com paradigma, a depressão é caracterizada como um transtorno do humor, no qual as perturbações a ele associadas – tais como o desânimo, o cansaço crônico, a irritação e a labilidade de afetos – dominam o quadro clínico. Refere-se a um estado emocional persistente por semanas ou meses, que representa um desvio marcante do desempenho regular do indivíduo e que tende a reincidir periodicamente. Os pacientes com humor deprimido exibem perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, alterações do apetite e pensamentos de morte ou suicídio. Outros sinais e sintomas incluem alterações no nível de atividade, das capacidades cognitivas, da fala e de funções vegetativas (sono, atividade sexual e outros ritmos biológicos). A sensação de controle é perdida e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento. Tais alterações, frequentemente, levam ao comprometimento da performance interpessoal, social e ocupacional do indivíduo (SADOCK; SADOCK, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde[2] mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão em todo o mundo, nos dias de hoje, sendo que menos da metade delas tem acesso a tratamento. Sua prevalência é considerada alta e crescente, e estima-se que em 2020 seja a segunda maior causa global de incapacitação. Um dos desenlaces possíveis da depressão é o suicídio. São estimadas um milhão de mortes por suicídio a cada ano, o que representa três mil mortes por dia, também em escala global. Para cada pessoa que comete suicídio, outras

---

[1] As informações atribuídas à OMS estão disponíveis no site <http://www.who.int/topics/depression/en/> Acesso em 2015.
[2] Idem.

vinte tentativas ou mais são realizadas[3]. Não se pode calcular exatamente as implicações derivadas de efeitos colaterais da depressão sobre a saúde em geral, desde a falta de aderência a tratamentos médicos de outras afecções, a indução de comportamentos de risco, a fragilização de relações e a vulnerabilidade do cuidado de si, até a indução de comorbidades, como a dependência de álcool e outras substâncias psicoativas – empregadas, espontaneamente, para mitigar sintomas depressivos. Acresce-se a isso o fato de que a depressão se manifesta frequentemente com outros quadros psicopatológicos, como a ansiedade, a fobia social, a acumulação [*hoarding*], a esquizofrenia.

Conforme Silva et al. (2014), a depressão representa um problema de saúde pública associado ao comprometimento funcional, alta morbidade e mortalidade[4]. Alguns dados epidemiológicos referentes à depressão são bastante reconhecidos, tal como o fato de mais mulheres do que homens serem afetadas, e de ela ser mais frequente em jovens e idosos. No entanto, supõe-se que fatores geográficos e econômicos podem desempenhar um papel importante na epidemiologia da depressão, dado que sua prevalência difere conforme o contexto. A pesquisa de Weissman et al. (1996), por exemplo, conduzida em 10 países, sugere que a depressão é mais frequente nas civilizações ocidentais do que nas orientais. Andrade et al. (2012) atribuem maiores taxas de depressão a grandes centros urbanos, enquanto Rai et al. (2013) observam que a depressão é mais comum nos estratos sociais inferiores.

Os dados epidemiológicos referentes à população brasileira, todavia, são escassos, obtidos através de instrumentos heterogêneos, em diferentes períodos, e de forma desproporcional em cada região do país – que, por sua vez, apresenta características demográficas, sociais e econômicas bastante distintas (SILVA et al., 2014). Embora isso reduza a confiabilidade das estimativas, os dados reunidos na revisão sistemática e na meta-análise conduzidas pelos autores permitem inferir que a depressão é uma condição comum entre os adultos brasileiros. Um em cada sete apresenta sintomas depressivos, e um em cada 12 apresenta transtorno depressivo maior, de duração igual ou superior a um ano. A prevalência de sintomas depressivos é duas vezes maior em mulheres do que em homens, enquanto a prevalência de transtorno depressivo maior, de duração igual ou maior que um ano, é três vezes maior em mulheres do que em homens.

A forma como a depressão vem sendo definida e diagnosticada, bem como os dados epidemiológicos que se imprimem nesse cenário, nos colocam diante de alguns impasses que

---

[3] Idem.

[4] Em epidemiologia, *morbidade* se refere à quantidade de portadores de uma doença e *mortalidade*, ao número de óbitos decorrentes dela, em determinada população e período.

vêm sendo objeto de crítica de diversos pesquisadores com os quais dialogamos neste trabalho. Um primeiro impasse diz respeito à própria classificação da depressão enquanto "doença" ou "transtorno" [*disorder*] que tem como fundamento a "perturbação do humor" nos referidos manuais de classificação – que, por sua vez, constituem os parâmetros clínicos dominantes para a pesquisa, tanto farmacológica, como epidemiológica e etiológica. Os próprios dados das pesquisas são obtidos através de instrumentos de avaliação e diagnóstico formulados a partir destes manuais. Ou seja, os manuais vigentes constam entre as condições de possibilidade dos meios técnicos de registro e de comunicabilidade das pesquisas. Se a depressão é o que os manuais especificam e, se os manuais especificam a depressão, um olhar crítico para os resultados dessas pesquisas não pode prescindir da crítica dessa circularidade, portanto, da problematização acerca de como a depressão é neles definida e caracterizada.

A noção de doença, em si, é um construto médico, que conceitualiza e unifica uma constelação de sinais e sintomas em relação a uma etiologia biológica (química, genética, cerebral), mecanismo motivador ou causa subjacente. Corresponde, portanto, a uma espécie de fórmula geral da versão médica sobre o sofrimento do paciente e, assim, constitui um instrumento de mediação e classificação no trato dos doentes. Disso se deduz que o sofrimento, as alterações de comportamento, a loucura os transtornos mentais [*mental disorders*] podem ser vistos de vários e distintos pontos de vista. Pode-se julgar ingênuo ou imprudente a consideração das doenças mentais como entidades, com uma espécie de existência material, independente, pois se tratam de conceitos, abstrações justificadas pela sua conveniência e aptos a serem ajustados ou descartados a qualquer momento (SONENREICH, 1991). Mas, para os propósitos desta pesquisa, adotaremos o pressuposto de que a depressão, como a maior parte dos transtornos mentais e dos sintomas, é reversível por operações de linguagem, uma vez que tais formações psicopatológicas possuem, elas mesmas, estrutura de linguagem.

Em 1962, John Langshaw Austin chamou a atenção para o aspecto performativo da linguagem, ou seja, como as palavras não apenas representam fatos do mundo, mas são capazes de fazer coisas no mundo (AUSTIN, 1962/1990). Parafraseamos seu livro, *Quando dizer é fazer*, para apresentar nossa hipótese de que a depressão envolve um discurso sobre a depressão. É pelo dizer depressivo que a experiência depressiva se transforma ou se confirma, ao modo de um performativo[5]. Ocorre que um ato performativo requer um conjunto de

[5] Sentença ou ato performativo é um neologismo criado por J. L. Austin, derivado do verbo inglês "*to perform*", correlato do substantivo "ação", abordado em seu livro *Quando dizer é fazer*, de 1962, cujo título original, em inglês é *How to do things with words*. Essa noção está inserida no campo da pragmática da linguagem, que se

condições ilocucionárias que envolvem, por exemplo, uma relação narrativa com a linguagem e uma interpretação intersubjetiva da cena enunciativa. Esta não é a experiência imediata, que encontramos na fala de pacientes depressivos – que, por sua vez, parecem estar frequentemente apenas descrevendo um estado de coisas, no mundo, ou referem-se a si mesmos como afetados por uma condição intersubjetiva. Em outras palavras, a depressão aparece em seus relatos como um fato independente da hermenêutica de si, ou seja, da auto-intepretação dos signos e sintomas que a constituem. Como se estivesse a pintar uma tela ou fotografar estados mentais, a fala depressiva costuma ser caracterizada por uma espécie de recuo, um distanciamento descritivo, e pela prevalência de asserções judicativas. Haveria então uma certa ligação entre o dizer e o sofrer que caracteriza a depressão como processo discursivo? Se essa hipótese é pertinente, a atenção e a escuta da apresentação discursiva de si e de seu sofrimento nessa condição depressiva não constituem apenas um problema diagnóstico, mas uma circunstância decisiva para a reversão terapêutica do quadro.

Foi apenas a partir do início da década de 1980 que a afetividade passou a designar categorias psicopatológicas específicas. A CID-9 estipulou as "psicoses afetivas", que incluíam os transtornos afetivos mais leves – pela semelhança dos sintomas, embora em diferentes graus de intensidade. Já o DSM-III estabeleceu as "desordens afetivas", cuja característica essencial consiste em uma perturbação do humor associada a uma síndrome maníaca ou depressiva, completa ou parcial, que não é devida a nenhum outro distúrbio físico ou mental (SONENREICH, 1991).

Nas versões anteriores desses manuais, os termos referentes à afetividade, e mesmo o termo "depressão", designavam tipos e subtipos de outras categorias – tais como neuroses e

---

desenvolve no século XX e tem Wittgenstein como autor principal. Nesse campo encontra-se a teoria dos atos de fala criada por Austin (1911-1960) e levada adiante por John Roger Searle (1932-). Essa teoria dedica-se à descrição das regras de uso dos termos e expressões nos jogos da linguagem ordinária, envolvendo a investigação do contexto social e cultural no qual é usada, das práticas sociais, dos paradigmas e valores, da racionalidade dessa comunidade, elementos dos quais a linguagem é indissociável. Nesse sentido ela é considerada uma prática social concreta, uma ação, uma forma de atuação sobre o real, de construção do real, e não meramente sua representação. O que se analisa, portanto, são as condições sob as quais o uso de determinadas expressões linguísticas produzem certos efeitos e consequências em uma determinada situação; e o objeto último dessa análise é a elucidação das questões surgidas no campo concreto da experiência e da atividade humanas. Em expressões como "aposto que..." ou "prometo que..." o ato de fala possui um caráter contratual ou de compromisso entre partes. Já sentenças como "declaro guerra..." ou "eu os declaro marido e mulher..." dividem duas realidades radicalmente distintas, determinam a diferença entre um estado a outro posterior ao ato de fala. Podem também visar a instauração de condutas, pensamentos ou sentimentos. São também exemplos de performativos, expressões como "e o batizo..." ou "lego este relógio ao meu filho...", dentre outros. As condições necessárias para um ato performativo feliz (ao contrário daquele malogrado) envolvem um procedimento convencionalmente aceito, que envolva o proferimento de certas palavras e alguns efeitos. As pessoas e circunstâncias em cada caso devem ser adequadas ao procedimento invocado, que deve ser executado de modo completo e correto.

psicoses – e faziam alusão à sua respectiva sintomatologia. No DSM-I[6], publicado em 1952, a depressão era um signo clínico disperso entre quatro dos grandes grupos psicopatológicos:

1) *Desordens de Origem Psicogênica* – Reações Afetivas, Reação Maníaco-Depressiva, Reação Psicótica Depressiva e Reação Esquizofrênica de tipo Esquizo-Afetiva);
2) *Transtornos Psiconeuróticos* – Reação Depressiva;
3) *Transtornos de Personalidade* – Personalidade Ciclotímica; e
4) *Transtorno Situacional da Personalidade* – Reação à Situação Transitória: Luto.

Portanto, considerando-se essa primeira versão do manual, apenas um dos subtipos do grupo dos *Transtornos Psicogênicos sem uma Causa Física ou Mudança Estrutural no Cérebro* não reserva uma cláusula direta ou indireta aos sintomas depressivos (Distúrbios da Inervação ou do Controle Psíquico). Essa transversalidade do quadro depressivo chama a atenção, desde a autonomização desse quadro no interior da racionalidade diagnóstica emergente com o sistema DSM-CID. Ela pode ser desde o nome de um transtorno até o sintoma de um outro; ela pode ser um sintoma neurótico ou psicótico. Ela pode ser um aspecto mais ou menos permanente da personalidade ou um tipo de reação a uma situação específica. Constata-se que, nesse momento em que se abandona o raciocínio integrativo entre os sintomas, em que tem início a segmentação e a fragmentação das estruturas clínicas e se prescinde da etiologia como crivo de classificação, surge uma espécie de sintoma genérico capaz de aparecer em quase todos os quadros: a depressão.

Cabe destacar a importante mudança de paradigma empreendida a partir do DSM-III, que exclui noções e conceitos pertinentes à psiquiatria psicodinâmica e àquelas propriamente psicanalíticas, enraizadas na distinção entre "neurose" e "psicose", ou em dicotomias como "endógeno-reativo/exógeno". O abandono do paradigma psicodinâmico, que precedeu a emergência do sistema DSM-CID, pode ser atribuído à adoção do modelo biomédico. Embora seja declarado um sistema diagnóstico convencionalista, normativo e de pretensão "ateórica", ele no fundo consiste em uma partição operacional entre o que se pode estabelecer como comum, uma espécie de língua fundamental a todas as modalidades de entendimento e intepretação em psicopatologia e que deve ser firmemente aceito pela pesquisa, pela indústria farmacêutica e pelas políticas de tratamento e prevenção em saúde mental. Ocorre que, desde sua origem, esse caráter nominalista da definição dos transtornos mentais não parece advertido dos riscos epistemológicos e clínicos de autoconfirmação performativa envolvidos

---

[6] American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics (1952) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** Washington, 1952.

em tal procedimento. Ou seja, os próprios clínicos estariam "criando o mal que pretendem erradicar" – como certa vez se observou sobre a proposta freudiana em sua abordagem da histeria. Outras modificações consistiram no aumento significativo de categorias e critérios diagnósticos, além da implementação do sistema multiaxial, visando estabelecer a descrição como base de categorização em detrimento dos pressupostos etiológicos e, assim, abarcar a complexidade e a diversidade dos quadros, uniformizando a linguagem da pesquisa (SONENREICH, 1991; COSER, 2003; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Segundo Sonenreich (1991), a ênfase dada aos transtornos afetivos nesse contexto e a sustentação do procedimento que fez deles uma categoria específica na nosologia psiquiátrica – o que significa que a afetividade define e caracteriza os quadros incluídos sob esse rótulo e que a alteração afetiva corresponde à "essência" do quadro – foi decorrente do interesse despertado pela terapia com o carbonato de lítio[7], descoberta em 1948 por Johhn Cade, e do primeiro neuroléptico, a clorpromazina, descoberta em 1950. Isso inaugura uma determinada racionalidade clínica, cujos detalhes abordaremos mais adiante, segundo a qual o diagnóstico da "doença", sua "presença" no indivíduo, se deduz da ação dos medicamentos. Agora a confirmação autoperformativa alcança o nível da técnica, nos fazendo supor que, se existe uma mediação que altera de forma consistente e regular um determinado estado mental, isso só pode implicar que tal estado mental constitui, de fato, um transtorno.

As edições que se sucederam substituíram o termo "transtornos afetivos" por "transtornos de humor", com o objetivo de distinguir e caracterizar o humor como sendo uma condição mais persistente, uma base subjacente aos afetos e às emoções – sendo estes mais variáveis, transitórios e flutuantes, conforme os contextos enfrentados pelos indivíduos. Neste sentido, a depressão é da ordem do humor, enquanto a tristeza, por exemplo, é da ordem do sentimento[8]. No DSM IV-TR os "transtornos de humor" compreendem: 1) transtorno depressivo maior; 2) transtorno distímico; 3) transtorno depressivo sem outra especificação; 4) transtorno bipolar I; 5) transtorno bipolar II; 3) transtorno ciclotímico; 4) transtorno bipolar sem outra especificação; 5) transtorno de humor devido a uma condição médica geral; 6) transtorno de humor induzido por substância e 7) transtornos do humor sem outra especificação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Assim como o DSM-III é contemporâneo de duas drogas antidepressivas, o DSM-IV é formulado no período de

[7] Medicamento estabilizador do humor, indicado atualmente para casos de transtorno bipolar e depressivo. Seu efeito é considerado rápido e pode ser notado após uma semana do início do tratamento (informações disponíveis na bula).

[8] Informação dada pelo Dr. Ricardo Moreno, diretor do GRUDA – Programa de Transtornos Afetivos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – em aula ministrada aos residentes de psiquiatria, em 16 de abril de 2015.

desenvolvimento de uma nova geração de antidepressivos, cuja propaganda, direcionada aos médicos prescreventes, se distancia dos efeitos reais dos fármacos e se aproxima de promessas idealizadas de tranquilidade, de alegria e do reestabelecimento da capacidade produtiva (RODRIGUES, 2003, pp.18-19):

> Pamelor - "Dias Produtivos... Noites Repousantes e Pamelor."
> Pondera - "Dá sentido à vida."
> Anafranil- "Olhando o mundo sem medo."
> Aurorix- "A vida começa aos 300." (dose inicial da medicação)
> Psiquial- "Acima de tudo qualidade de vida."
> Hipericin- "Uma luz para guiar seus pacientes."
> Daforin - "De bem com a vida. De bem com Daforin."
> Tolrest - "A alegria, da forma mais pura."

Salta aos olhos a emergência de uma retórica da felicidade e a assimilação de padrões discursivos próprios ao universo da propaganda. No DSM-V, todavia, a edição mais recente desse manual, há outro ajuste significativo no que se refere à classificação da depressão: a exclusão da categoria "transtornos de humor" e o estabelecimento de "transtornos depressivos" como categoria independente, separada de "transtorno bipolar e transtornos relacionados". Ambas compõem capítulos distintos e não estão mais subjugadas à categoria, agora extinta, "transtornos de humor". O que parece estar sendo suplantado é o peso da noção de humor enquanto fundamento dos processos patológicos a ele atribuídos, ao passo que se afirma a noção de depressão enquanto doença, entidade mórbida, cuja essência natural e independente das descrições e intepretações que se pode vir a dar dela permanecerá idêntica a si mesma.

Nota-se que os "transtornos depressivos" abarcam uma heterogeneidade clínico-fenomenológica e um amplo espectro de situações a partir das quais pode se manifestar. No DSM-V eles são subdivididos em:

1) *Transtorno disruptivo da desregulação do humor* – que designa a irritabilidade crônica grave entre crianças e adolescentes;
2) *Transtorno depressivo maior* – que corresponde à condição clássica desse grupo;
3) *Transtorno depressivo persistente* – que representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico, presentes no DSM-IV-TR;
4) *Transtorno disfórico pré-menstrual* – que ascende da condição de apêndice, na edição anterior, para a designação de uma forma específica de transtorno depressivo que acontece entre a ovulação e o término do período menstrual;

5) *Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento* – decorrente da intoxicação ou abstinência de substâncias, ou da exposição a medicamento, capazes de produzir a sintomatologia de depressão;
6) *Transtorno depressivo devido a outra condição médica* – que especifica a perturbação enquanto consequência fisiopatológica direta de outra condição médica e; por fim, as categorias residuais
7) *Outro transtorno depressivo especificado*; e
8) *Transtorno depressivo não especificado* – sendo que em ambas o quadro sintomatológico não satisfaz os critérios de inclusão nas demais e o que as diferencia é o fato de o clínico explicitar ou não a razão pela qual a apresentação não satisfaz os critérios de inclusão. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Portanto, no espaço de 62 anos entre o DSM-I e o DSM-V a depressão passou de uma condição conexa de quatro outros quadros clínicos para um grupo independente, contando com nada menos do que oito variedades. Notemos que nesse período a própria definição de doença mental passou por uma alteração significativa com a alteração do conceito mesmo de saúde – não mais restrito à condição negativa de ausência de doenças (o silêncio dos órgãos) – para a exigência de um bem estar biopsicossocial.

Os critérios diagnósticos desse sistema de classificação incluem a presença de determinados sintomas, a duração destes e o fato de causarem sofrimento significativo ou prejuízo no âmbito social e ocupacional do paciente. Para se diagnosticar um transtorno depressivo maior, devem ser identificados cinco (ou mais) dos sintomas descritos a seguir, sendo que devem ter estado presentes durante o mesmo período de duas semanas e representar mudança em relação ao funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas deve ser 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer. Os demais são 3) perda ou ganho significativo de peso, sem estar fazendo dieta; 4) insônia ou hipersônia; 5) agitação ou retardo psicomotor; 6) fadiga ou perda de energia; 7) sentimentos de culpa ou inutilidade excessiva ou inapropriada; 8) diminuição da capacidade de pensar, se concentrar ou indecisão; e 9) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida. Devem estar presentes na maior parte do dia e quase todos os dias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Sonenreich (1991) aponta para a preocupação subjacente dos autores, desde o DSM-III (e que observamos permanecer nas edições subsequentes), em diferenciar a tristeza normal e patológica. Nesse sentido, se uma causa "legítima" é atribuída à tristeza, ela é considerada normal; já se a causa não pode ser identificada, então ela é patológica. Em suas palavras,

> a tristeza seria normal somente se ela fosse provocada pelas situações consideradas adequadas, legítimas para o examinador e durasse tanto quanto ele acha conveniente. Se o paciente acha que não tem razão alguma para tristeza, significa que sua tristeza é doentia, é depressão. (SONENREICH, 1991, p. 36)

Cabe também destacar que a relevância do debate etiológico, determinante no empenho classificatório empreendido a partir do século XIX, foi sendo progressivamente diminuída na direção de modelos causais que levam em conta as noções de *triggers*[9], comorbidade e, sobretudo, de suscetibilidade genética e hereditária[10]. Pesquisas nesse campo dão indícios de que um componente genético esteja envolvido no desenvolvimento da depressão; mas, entretanto, são inconclusivas, tendo em vista a complexidade do padrão de herança genética e a interação com o ambiente (SADOCK; SADOCK, 2007)

Como afirma Pignarre (2012, p. 34), "nós fabricamos a depressão e, simultaneamente, a depressão nos fabrica". Longe de desconsiderar a relevância dessa linha de pesquisa, pretendemos estudar a relação entre o discurso sobre a depressão – considerando aqui tanto em sua expressão médica diagnóstica e semiológica quanto em sua tradução ao discurso cultural comum – e a experiência subjetiva, determinada pela hermenêutica de si, de pessoas que se autorreconhecem como "deprimidas ou depressivas". Partimos da hipótese de que os transtornos psicopatológicos são sensíveis à sua incorporação em discursos; e que estes não apenas *descrevem*, mas também *prescrevem* como alguém deve se sentir para se fazer reconhecer sob o significante da depressão. Isso situa nossa pesquisa simultaneamente no campo da crítica da ideologia – que permeia o discurso psiquiátrico contemporâneo – e no campo da clínica. Nossa suposição de que a forma como alguém representa, descreve ou interpreta a depressão afeta a depressão, ela mesma – não apenas em seu curso e expressão patoplástica, mas em sua dimensão etiológica. Tal hipótese se ampara em certo entendimento sobre as relações entre sintomas e seus modos discursivos ou narrativos de reconhecimento.

A ideia que se extrai desses modelos causais e de classificação e que passa a circular pelos mais diversos meios de comunicação é a de que a depressão é uma doença do cérebro, de provável causa genética, cujo tratamento corresponde aos medicamentos antidepressivos. Uma vez estabelecida como uma doença crônica, o tratamento tem duração indefinida, o que justifica periódicos "ajustes" na medicação – implicando a variação da dose, bem como a combinação ou a substituição da medicação. Colocada em contraste com a tristeza e com as

---

[9] Em português, "gatilhos": acontecimentos aos quais se pode atribuir o desencadeamento do transtorno.
[10] Informação dada pelo Dr. Ricardo Moreno, no mesmo contexto anteriormente citado.

variações “normais” de humor que uma vida comporta, ela é imune ao encorajamento da vontade, à transformação moral e ao esforço do pensamento. Ela é mais forte que qualquer coisa que o indivíduo possa mobilizar contra ela; como todas as verdadeiras doenças, ela submete o sujeito. Essa síntese da representação social da depressão combina aspectos ideológicos e clínicos contando com o forte incentivo da indústria farmacêutica, cada vez mais poderosa, financiando as pesquisas que visam corroborá-la, bem como as propagandas publicitárias que as divulgam. Entender e aceitar a depressão como uma doença orgânica é o que essa indústria almeja, pois essa ideia favorece venda de medicamentos que visam tratá-la (KEHL, 2009; COSER, 2010; LEADER, 2009/2011). Como todo produto, a indústria do sofrimento depressivo precisa de contínuas segmentações. Esse é o caso da distinção entre a depressão masculina e a depressão feminina:

> (...) a estratégia do laboratório dinamarquês Lundbeck, que para criar o mercado da depressão masculina, em oposição à depressão feminina, financiou as pesquisas de renomados psiquiatras, que legitimaram os sintomas da depressão masculina por meio do discurso científico em congressos e eventos internacionais, e a abordaram em nível de problema de saúde pública. Isso não significa que os pesquisadores tenham defendido um discurso do qual não eram adeptos, ou que o laboratório os corrompeu, mas apenas que Lundbeck forneceu-lhes os meios financeiros para defender a tese da existência de uma depressão especificamente masculina. (MACHADO; FERREIRA, 2014, p. 139)

Vê-se assim que a depressão pode ser definida como um discurso e que esse discurso se ramifica, se desdobra, criando novas representações e modalidades de reconhecimento do depressivo. Esse é o campo no qual se articulam ciência e ideologia, clínica e capitalismo; onde se radicaliza o reducionismo decorrente do princípio etiológico generalizado da organicidade e a simplificação dos avanços tecnológicos da neurociência – levando a certezas diagnósticas ilusórias e a condutas farmacológicas fixas em prol da venda de medicamentos, como afirma Coser (2010). Esse autor descreve a apropriação tendenciosa e ostensiva das produções científicas pela publicidade da indústria farmacêutica como forma de incutir, tanto no público leigo quanto nos médicos prescreventes – sobretudo os não psiquiatras, menos advertidos em relação às questões específicas dessa especialidade –, o que ele chamou de “metáforas farmacoquímicas”. Nelas, o medicamento é construído não apenas enquanto fármaco e mercadoria, mas também como gramática e espetáculo, reduzindo as representações do mal-estar e do viver. São, portanto, os significantes veiculados enquanto mensagens diretivas que povoam o mundo sensorial e cognitivo das pessoas, instruindo-as a agir de um modo ou de outro. No entanto, remanesce a pergunta acerca do impacto desse

discurso sobre as sensações e apercepções que o sujeito estabelece sobre si. Retenhamos que é esse relato que será apresentado ao psiquiatra nos diferentes e sucessivos encontros envolvendo atos diagnósticos e alterações terapêuticas. Nossa pesquisa pretende verificar como funciona esse dispositivo por meio do qual o paciente apresenta-se como "deprimido", eventualmente selecionando termos, observações e sinais que ele reconhece em si; como o psiquiatra sanciona ou derroga essa narrativa; e como essa narrativa, incorporada pelo depressivo, organiza os subsequentes laços sociais e apresentações de si – confirmando, generalizando e disseminando o "discurso da depressão".

Coser (2010) argumenta que a publicidade fornece esquemas sensórios-motores para o reconhecimento de certas situações. Através deles, um determinado problema torna-se outro; certos comportamentos viram doença, cruzando a fronteira do patológico e o limite que separa o sofrimento do sintoma. A publicidade efetiva um mapeamento imaginário dos circuitos mentais e uma modelagem das aspirações das pessoas, que dessa forma são induzidas ao consumo de um determinado produto. Opera-se uma indução publicitária da demanda, mas essa indução não pode ser completamente independente da crença básica do consumidor: há um contrato comunicativo no interior do qual os regimes de persuasão e de produção da verdade são historicamente negociados. Trata-se de novas retóricas, mais do que novas descobertas, em torno das quais se assenta o regime discursivo vigente.

Em outro trabalho, Coser (2003) afirma que, implicitamente, o diagnóstico ou a própria definição de depressão passaram a ser deduzidos do efeito dos antidepressivos. Nesse sentido, um diagnóstico mais fino pode tornar-se desnecessário, ou até mesmo indesejável, tanto pela viabilidade econômica – o tratamento medicamentoso é mais barato em comparação com as denominadas psicoterapias – quanto pelo fato de que grande parte ou talvez a maioria das pessoas prefere essa via em detrimento da que propõe a exploração da subjetividade e a problematização das formas de vida. A resistência à aceitação definitiva da hipótese de que a depressão é um transtorno exclusivamente cerebral – entendido como a determinação biunívoca entre estados causais provenientes do cérebro e seus efeitos manifestos no humor, no comportamento e demais reações – está no fato de que participa dessa retórica a concessão de que a psicoterapia pela fala é uma espécie de coadjuvante benéfico, de auxílio secundário. Todavia, a fala em situação intersubjetiva é neutralizada enquanto fator etiológico.

A psiquiatrização da queixa é, portanto, acompanhada da desimplicação do paciente em relação ao seu sofrimento. Contudo, poder-se-ia levantar aqui a hipótese alternativa de que a medicação não se opõe a uma psicoterapia, mas faz parte dela. Nesse caso, o discurso da

depressão assume a função, ele mesmo, de uma espécie de terapêutica social da depressão. No fundo ele problematiza uma forma de vida, mas o faz por meio de atos de "absolvição", introduzindo certas regras disciplinares (exercícios, dietas, alteração de hábitos) e inscrevendo o indivíduo em um discurso, por meio do qual ele realiza identificações que generalizam seu sofrimento. Ele funciona como uma terapia de massa, como um discurso que, por si mesmo, pretende ajudar as pessoas; como uma campanha médica de esclarecimento à população, que visa incitar mudança de hábitos patogênicos. Os encontros com o médico não deixam de passar por palavras, ainda que reduzidas e destituídas de sua articulação narrativa. A alteração da subjetividade não deixa de acontecer, ainda que ela produza posições de consciência reificadas e alienadas. Ou seja, o discurso da depressão não deixa de ser psicoterapêutico, ainda que se considere tal abordagem uma psicoterapia precária e rudimentar.

Nossa hipótese permitiria entender o impacto impressionantemente alto do efeito placebo no tratamento da depressão. Por exemplo, um estudo recente mostrou que 52% dos sujeitos da pesquisa responderam ao tratamento por antidepressivos contra 38% que apresentaram os mesmos níveis de melhora, tomando apenas placebo. Contudo, o dado mais impressionante da pesquisa é que o grupo que melhorou com placebo apresentou alterações cerebrais semelhantes aos que tomaram antidepressivos – alterações essas medidas pelo método da eletroencefalografia quantitativa (LEUCHTER et al., 2002).

Para Leader (2009/2011, p. 29), o mito da depressão como doença exclusivamente biológica substituiu o estudo detalhado da gama das respostas humanas à perda e à decepção: "Em nossa nova idade das trevas, a experiência individual e a vida inconsciente não possuem mais lugar na forma como somos encorajados a pensar sobre nós mesmos". A exploração da complexidade da vida mental inconsciente vem sendo ignorada em detrimento de um ideal higienista, segundo o qual eliminar o problema – ou seja, fazer com que os sofredores retornem a seus estados produtivos e felizes – é mais importante que entendê-lo. Podemos observar, na propaganda publicitária abaixo, as ideias de rapidez, eficácia e praticidade associadas ao medicamento no combate à depressão. A simplicidade da solução oferecida para o problema é equiparada ao ato de pintar uma parede de branco, eliminando as marcas e imperfeições indesejadas, vejamos:

Fig. 1 - Propaganda de antidepressivo destinada a médicos prescreventes.

Nosso objetivo, neste trabalho, não é o de investigar as propagandas de antidepressivos[11], mas uma breve análise dessa peça publicitária nos pode ser válida a título de ilustração do que estamos argumentando. Nela podemos observar o estabelecimento de uma oposição fundamental entre saúde e doença – que, nesse caso, é a depressão –, bem como a medicação caracterizada como um agente capaz de proporcionar aos personagens os valores almejados. Vejamos: 1) a "rapidez" atribuída ao início da ação do medicamento evoca e se contrapõe à lentidão do deprimido, observada comumente em sua fala e gestos, de modo geral; 2) o significante "ação", vinculado ao medicamento, se contrapõe ao significante "espera", bem como à típica posição de recuo, inatividade e adiamento do deprimido; 3) já o significante "potente", outro atributo suposto à medicação, evoca os ideais de potência e desempenho, comuns em nossa sociedade, e se contrapõe tanto à sensação de impotência do deprimido perante suas atividades, conflitos e laços sociais quanto ao efeito colateral de diminuição do desejo sexual atribuído aos antidepressivos. O próprio nome do medicamento "Oxalato de Escitalopram" nos remete, através da homofonia, à ideia de excitação, antagônica ao abatimento inapetente que acomete o deprimido. A imagem também acrescenta a oposição moral entre escuridão e claridade que participam, respectivamente, da constituição da depressão e da saúde enquanto objetos discursivos nessa propaganda. A imagem do rolo de

[11] Para isso, ver Coser (2010).

tinta branca posicionado diante da palavra "depressão", por sua vez, evoca a ideia de um apagamento do sofrimento e da possibilidade de uma renovação tão simples quanto a que resulta da pintura de uma parede. Por fim, podemos contrapor a imagem do casal, estampada ao lado do medicamento, ao estado de isolamento e solidão atribuídos ao deprimido. Subjaz à mensagem a grande metáfora da cor como sucedâneo material dos humores. Em português encontramos expressões tais como "verde de inveja", "roxo de vergonha", "vermelho de raiva" ou até mesmo o "sorriso amarelo" que indicam a proximidade metonímica entre estados de afeto e determinadas cores. O conjunto dessas metonímias é articulado então em uma grande metáfora por meio da qual somos levados a crer que transformando a cor ambiental, da paisagem material e objetiva de nossa habitação, alteramos automaticamente nosso humor. Deste modo, verificamos que a peça publicitária veicula um certo ideal de desempenho, bem como o da possibilidade de subtração da dimensão de conflito, da dor e da falta do sujeito, a partir da versão patologizada que se faz dela, a fim de proporcionar uma vida sem perturbações e um "grau ótimo de eficiência existencial" (KEHL, 2009, p. 53). Mas o que esse tipo de estratégia promove, todavia, é exatamente o contrário, ou seja,

> vidas vazias de sentido, de criatividade e de valor. Vidas em que a exclusão medicamentosa das expressões da dor de viver acaba por inibir, ou tornar supérflua, a riqueza do trabalho psíquico – o único capaz de tornar suportável e conferir algum sentido à dor inevitável diante da finitude, do desamparo, da solidão humana. (KEHL, 2009, p. 53)

A problematização da forma como a depressão vem sendo afirmada atualmente indica também a dimensão política inerente ao ato diagnóstico. Dunker (2015) defende que esse ato não se resume a uma decisão clínica, científica ou técnica. No interior dessa racionalidade diagnóstica operam estratégias que fazem a função ideológica de desarticular ou de articular o sintoma em narrativas de sofrimento – tal como definido e compreendido por ela, isolando e excluindo os demais saberes que o abordam e problematizam – das dimensões do mal-estar e do sofrimento. Neste sentido, a presente pesquisa alinha-se aos trabalhos de Watters (2011), Ehrenberg (1991/2010) e de Kehl (2009), que mostram como a depressão não pode ser pensada sem incluir problemas como a redução da expressividade narrativa de nossas formas de vida, a aceleração das trocas sociais, a cultura da performance e do narcisismo.

O discurso da depressão determina modos mais ou menos legítimos de sofrimento e, mais precisamente, organiza-se como modalidade fundamental de sofrimento sob o regime laboral e político discursivo do neoliberalismo. O que, em outras palavras, significa despolitizar o sofrimento, medicalizar o mal-estar e condominizar o sintoma (DUNKER,

2015). “Condominizar” sintomas implica administrá-los como uma espécie de área isolada, com regras próprias e autônomas em relação ao conjunto da circulação simbólica de uma forma de vida; para tanto, transferimos ou “terceirizamos” sua administração para um especialista (síndico) que, a partir de então, se responsabiliza por seu tratamento. Opera-se, portanto, uma globalização dessa racionalidade diagnóstica, que, de forma renovada, realiza a função dos antigos dispositivos de colonização: são exportadas formas de sofrimento, codificações sintomáticas e grandes narrativas sobre o mal-estar, resultando na forma-mercadoria do sofrimento. Como mostrou Watters (2011), assistimos a uma globalização das formas de sofrer; e, nesse cenário, a depressão aparece em destaque como nomeação normativa e reducionista em relação ao domínio de experiência que ela comprime e generaliza.

Vejamos, a título de ilustração, o folheto da Organização Mundial de Saúde *“Depression, a hidden burden”* [Depressão, um fardo escondido]. A ideia central veiculada por ele é a de que a depressão é um “fardo escondido” que acomete milhares de pessoas e que frequentemente permanece oculta, podendo levar ao suicídio. É preciso, portanto, “reconhecer” a depressão através dos sintomas – “tristeza persistente, baixa energia e dificuldade em funcionar normalmente” – para que o deprimido tenha acesso aos “tratamentos eficazes”. Nota-se que a noção psiquiátrica de depressão, bem como de seu diagnóstico e tratamento, é sintetizada e divulgada ao público leigo. O “estigma”, decorrente do discurso de ordem moral, também deve ser combatido através destas noções. São difundidos, portanto, esquemas para o reconhecimento do deprimido baseados na identificação de sintomas bastante genéricos, bem como para a adoção de condutas de apoio.

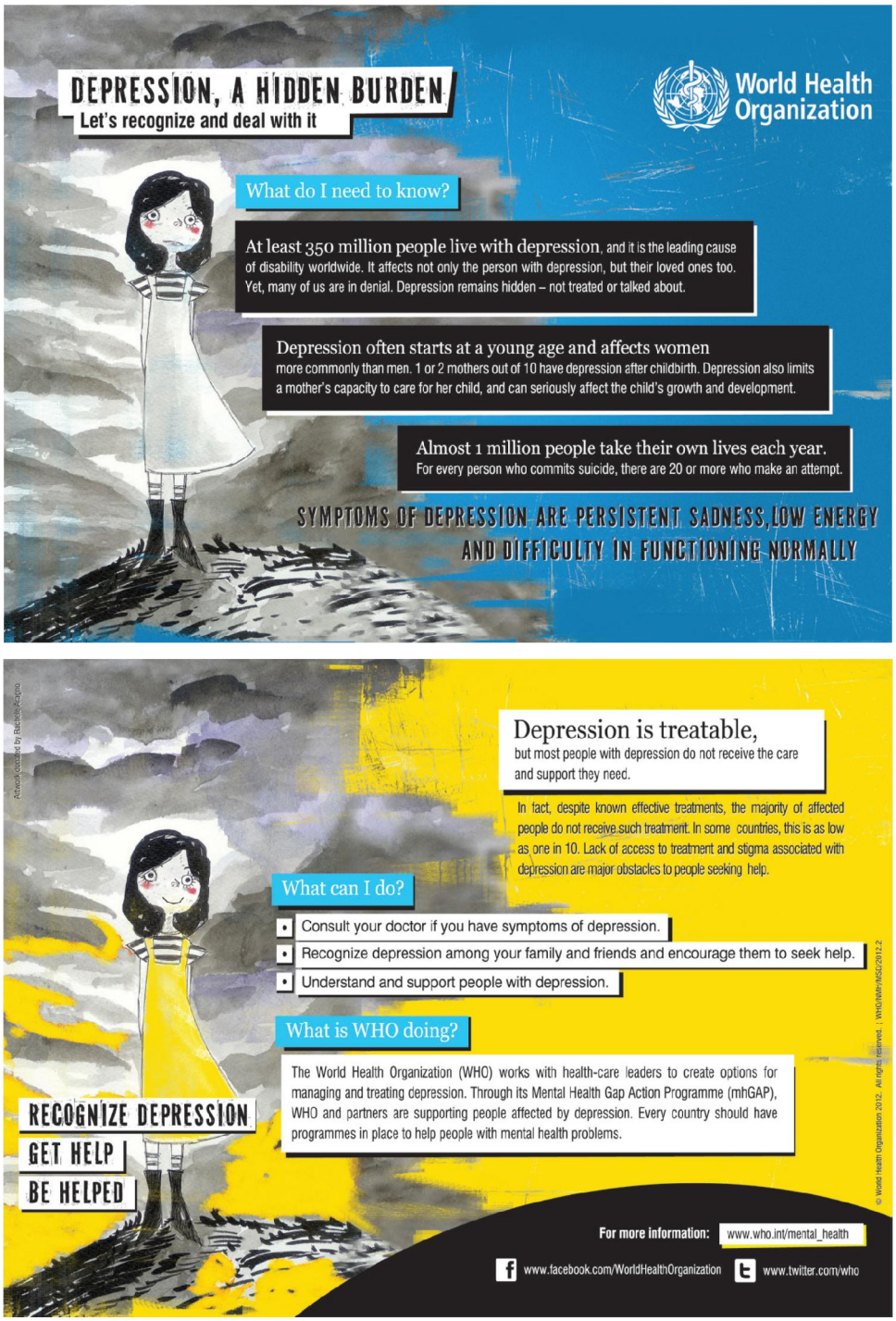

Fig. 2 – Peça gráfica da Organização mundial de Saúde destinada ao público geral

O deprimido – e sobretudo a deprimida, conforme a representação pictórica que se refere à população mais afetada em termos de gênero – é aquele que precisa da ajuda médica para sair da escuridão e se livrar do fardo da tristeza e da falta de energia.

Mas se, por um lado, o aumento dos casos de depressão desde meados do século passado pode ser atribuído, em parte, à complacência e à ampliação de seus critérios

diagnósticos nos sistemas de classificação, ao estabelecimento de uma categoria hiperinclusiva que abarca a ampla e diversa gama de manifestações do sofrimento, bem como aos efeitos do empenho da indústria farmacêutica em aumentar o consumo de antidepressivos; por outro, sugere, como defende Kehl (2009), a propagação da depressão através das identificações de tipo histérico, na medida em que se divulga a doença da moda. A depressão por contágio, a depressão "*me too*"[12] constitui uma forma privilegiada de manifestação do mal-estar na contemporaneidade, cujas origens remetem às condições específicas da vida social. Ela captura para si diversos signos que, invertidos, compõem o ideário do herói pós-moderno: alto desempenho e produtividade, monotonia de humor, domínio de si e pró-atividade, euforia e representação elevada de si mesmo. A autora articula noções antropológicas, sociais e filosóficas com a teoria psicanalítica, e propõe uma investigação no sentido de

> explicar de que modo as condições sociais da depressão, tais como venho propondo – aumento da velocidade na regulação do tempo, predominância dos imperativos do gozo sobre as interdições tradicionais, perda do valor da experiência, fragilidade das referências identificatórias, entre outros – participam da constituição dos sujeitos, no início da vida psíquica, para produzir não somente neuróticos que se deprimem, mas sujeitos propensos a constituir uma estrutura depressiva. (KEHL, 2009, p. 274)

Se Kehl concentrou-se no sujeito, nossa pesquisa tem como objetivo complementar a investigação da depressão no âmbito discursivo, ou seja, abordar a constituição da depressão enquanto produção discursiva ao modo de subjetivação da contemporaneidade, bem como os efeitos pragmáticos e subjetivos desses discursos para a experiência clínica depressiva.

Foucault (1973/1988) mostrou que a "hipótese repressiva" era um pressuposto para a constituição da psicanálise. A "hipótese repressiva", em fins do século XIX, correspondia à pré-compreensão de que o sujeito da sexualidade encontrava-se afirmado em suas figuras fundamentais tais como a criança masturbadora e o perverso, que fixavam a verdade do sujeito na sexualidade. Nossa pesquisa se inscreve em uma atualização desse raciocínio para a época neoliberal, a partir da qual os pressupostos de individualização em termos de produtividade e agregação de valor, bem como a desconexão entre os sintomas e as formas de vida, estabelecem uma espécie de patologia genérica do sujeito no eixo que vai da potência à impotência, segundo o que podemos chamar de "hipótese depressiva".

---

[12] Termo que designa a depressão por contágio mimético, por meio do qual a identificação de signos atinentes ao quadro produz um efeito metonímico de extensão e contágio de reconhecimento, levando a situações nas quais quadros clínicos muito distintos se acumulam em uma mesma nomeação.

Pesquisar a depressão no âmbito discursivo possui motivação fundamentalmente clínica, pois se trata da própria materialidade com a qual lidamos na clínica psicanalítica. Em psicanálise, sobretudo de orientação lacaniana, a linguagem é tanto um método quanto o próprio objeto de investigação. É na linguagem que se estruturam e se manifestam as formações do inconsciente; é através dela que as observamos e é nela realizamos nossas intervenções. Em segundo lugar, abordar a depressão por esse enfoque justifica-se pelo fato de que discursos múltiplos e heterogêneos constituem não apenas as queixas e demandas dos pacientes, mas também as práticas discursivas das instituições de saúde, através das quais se discutem os casos e se adotam condutas clínicas, não apenas individual, como também coletivamente.

Acreditamos que a frequente nomeação do sofrimento a partir da identificação de sintomas correspondentes à depressão na gramática diagnóstica psiquiátrica exprime uma política referente às narrativas de sofrimento que as determina e condiciona, e que também reduz o campo de saber que poderia advir de outros raciocínios clínicos, bem como de outros processos de reconhecimento e nomeação. Essa hipótese depressiva nos permitirá examinar como as representações que o sujeito cria de seu sofrimento alteram o curso, a intensidade, a qualidade e a própria natureza do seu sofrimento. Trata-se, deste modo, de uma pesquisa simultaneamente clínica e discursiva sobre a depressão.

Nosso objetivo de pesquisa, portanto, é o de investigar a depressão enquanto um objeto de discurso em nossa cultura, bem como os efeitos da nomeação do sofrimento psíquico através do significante "depressão". Consideramos que o discurso da depressão articula significantes de diferentes registros discursivos – econômico, moral, médico, psiquiátrico, psicológico, religioso –, propiciando uma espécie de sutura ou de unidade para a experiência perdida ou fragmentada pela depressão. Pretendemos analisar a fala de pessoas que identificam em sua história de vida uma ou mais experiências de depressão e verificar como esse significante se articula nas narrativas de sofrimento. Pretendemos, também, observar os efeitos pragmáticos e subjetivos da nomeação do sofrimento, partindo da hipótese de ela altera tanto a qualidade quanto a intensidade dos sintomas, bem como a própria suscetibilidade ao sofrimento. Desta forma, temos a intenção de verificar que a passagem pelo dispositivo médico ou psiquiátrico do diagnóstico altera a incidência da hipótese depressiva no sujeito e transforma decisivamente sua narrativa de sofrimento.

No primeiro capítulo abordaremos as questões de método deste trabalho. Iremos circunscrever as noções de discurso com a qual pretendemos trabalhar – a saber, a noção psicanalítica desenvolvida por Lacan no início do seu ensino – e a forma como pretendemos

empreender uma análise discursiva dos relatos que constituem o nosso *corpus* de pesquisa. Em seguida, apresentaremos nosso *corpus* e a forma como foi delimitado e justificado. Basicamente, consiste em um conjunto de relatos, obtidos através de entrevistas semidirigidas, realizadas com pessoas que disseram ter passado por uma experiência de depressão. Foi solicitado a elas que relatassem o momento em que a experiência de sofrimento passou a ser reconhecida e nomeada como depressão, bem como os desdobramentos do ato diagnóstico, tais como o tratamento, a alteração de hábitos; e, por fim, a compreensão que passaram a ter em relação ao sofrimento. Não entendemos que o diagnóstico se reduza a um ato médico de nomeação de uma doença; ele é, antes de tudo, um complexo de discursos que envolve operações de autodiagnóstico, heterodiagnóstico e de metadiagnóstico[13].

No capítulo seguinte, remeteremos o termo "depressão" à história de sua constituição em alguns dos principais campos que o tomaram como objeto de discurso; ou, em outras palavras, descreveremos as principais narrativas e gramáticas de reconhecimento através das quais se constitui a noção de depressão em nossa cultura, a saber: 1) o discurso das ciências naturais: a depressão nas descrições da natureza e do corpo humano; 2) o discurso psicológico-psiquiátrico: a sobreposição da melancolia pela depressão; 3) o discurso moral-religioso: melancolia, acídia e depressão; 4) o discurso econômico: depressão da economia e depressão na economia; 5) o discurso psicanalítico; e 6) os discursos filosófico, social e antropológico sobre a melancolia e a depressão.

No terceiro capítulo apresentaremos as análises de cada relato do nosso *corpus* de pesquisa e os principais dados obtidos a partir das articulações entre as montagens discursivas e as teorias nas quais se fundamenta este trabalho, pertencentes ao campo da psicanálise, da filosofia da linguagem e da análise de discurso.

Por fim, concluiremos com a discussão acerca de como esses dados podem contribuir para a compreensão desta relação íntima e interdependente que se estabelece entre discurso e subjetividade, entre sintomas e representação de sintomas, entre hermenêutica de si e hermenêutica do objeto; e, portanto, contribuir para a abordagem da depressão tanto na clínica psicanalítica quanto na interlocução interdisciplinar.

---

[13] Dunker (2015, p. 24) sugere que o diagnóstico seja considerado em psicanálise como sendo a reconstrução de uma forma de vida. Esta, por sua vez, "envolve tanto a diagnóstica do sujeito como a transversalidade diagnóstica entre disciplinas clínicas (médica, psicanalítica, psiquiátrica, psicológica); tanto a flutuação discursiva dos efeitos diagnósticos (jurídico, econômico, moral) como sua incidência no real das diferenças sociais (gênero, classe, sexualidade). Reconstruir uma forma de vida, no escopo ético de uma racionalidade diagnóstica pensada dessa maneira ampliada é, no fundo, refazer os laços entre trabalho, linguagem e desejo, pensando a patologia – que se exprime no sintoma, no mal-estar e no sofrimento – como uma patologia do social.

Capítulo 1 – Metodologia

Este trabalho constitui uma investigação psicanalítica acerca do discurso da depressão, ou seja, elegemos a depressão enquanto objeto para que possamos empreender uma análise acerca de como ela se constitui enquanto um objeto de discurso em nossa cultura e, ainda, como esse discurso se singulariza e produz efeitos naqueles que, a seu modo, o reproduzem. Tomar o discurso da depressão como um objeto de pesquisa tem em vista uma proposta semelhante à que Foucault (1966/2007, p. 412) descreveu como a de "inquietar as palavras que falamos, de denunciar o vinco gramatical de nossas ideias, de dissipar os mitos que animam nossas palavras, de tornar de novo ruidosa e audível a parte de silêncio que todo discurso arrasta consigo quando se enuncia". Pretendemos, portanto, nos valer da psicanálise como método de investigação, como uma modalidade da análise de discurso, para estabelecermos um contraponto à forma corriqueira e naturalizada com a qual o termo "depressão" é repetido não apenas no cotidiano da clínica psicanalítica e das instituições da saúde, como nos mais diversos contextos sociais.

Na clínica psicanalítica temos a oportunidade de sustentar a associação livre, reconhecer as formações do inconsciente, formular hipóteses e realizar intervenções através das quais podemos investigar o que se desdobra a partir do significante "depressão" em cada sujeito – e, desta forma, promover transformações em relação àquilo que está em jogo em cada caso. Já nesta pesquisa, o que pretendemos é tomar a materialidade discursiva dos relatos produzidos para empreendermos uma análise cujos achados contribuam para a desnaturalização e a produção de um estranhamento em relação ao termo "depressão"; que possa, por sua vez, evidenciar a diversidade e a amplitude de experiências de sofrimento que ele comprime e generaliza. Isso significa descrever e analisar a diversidade de discursos heterogêneos a partir dos quais o discurso da depressão se constitui, além de evocar a dimensão temporal e histórica no qual ele se dá. Cabe aqui mencionarmos a concepção foucaultiana de que as práticas discursivas implicam não apenas os atos de fala ou qualquer operação expressiva, como também "um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa" (FOUCAULT, 1969/2014, p. 144).

Pesquisar a depressão no âmbito discursivo possui, contudo, uma motivação fundamentalmente clínica. Tomaremos, neste trabalho, a definição de discurso presente já no

início da obra de Lacan, em seu primeiro Seminário, intitulado *Os escritos técnicos de Freud* (1953-54), no qual ele define o discurso como realidade social da comunicação. Nessa ocasião, ele equipara o discurso ao inconsciente, afirmando que "o inconsciente é o discurso do Outro" (LACAN, 1953-54/1998, p. 323), e o define como processo pelo qual se recebe do Outro a própria mensagem, de maneira invertida. Dunker et al. (2016) destaca, nesse seminário, três propriedades do discurso: 1) seu retorno invertido sobre sua fonte, produzindo uma divisão no sujeito; 2) a possibilidade de reconhecer-se na mensagem, de torná-la sua e de antecipar sua conclusão; e 3) sua proveniência do lugar da linguagem, como tesouro do significante, que é o Outro. Nos deparamos, assim, como os registros simbólico (o Outro), imaginário (reconhecimento antecipado) e real (a divisão do sujeito pela linguagem e pela mensagem).

Já em seu artigo "Função em campo da fala e da linguagem em psicanálise" (1953), o discurso é posicionado por Lacan num nível intermediário da linguagem, ente a fala individual e a história coletiva. Segundo Dunker et al. (2016), ele constitui, portanto, uma certa modalidade de memória compartilhada e de mediação para os atos de reconhecimento. Nesta medida, é o campo onde a psicanálise acontece. Nas palavras de Lacan (1953/1998, p. 259), "seus meios são os da fala em que ela confere um sentido às funções do indivíduo; seu campo é o do discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito; suas operações são as da história, no que ela constitui a emergência da verdade no real".

Na psicanálise – e sobretudo a partir da obra de Lacan – as noções de discurso e de sujeito estão imbricadas, sendo possível deduzir uma noção de sujeito do conceito de discurso e, inversamente, inferir uma noção de discurso condicionado pelo conceito de sujeito. Esse autor recorreu às ciências da linguagem como uma espécie de base na qual se pode demonstrar o funcionamento do inconsciente, as operações de alienação e separação do sujeito, a repetição da pulsão etc.. Ele formulou a noção de sujeito no âmbito de sua teoria do significante, concebendo-o como sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo. Em seu artigo "Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano" (1960), Lacan, apontou para a relação do sujeito com o significante, afirmando que "um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante" (LACAN, 1960/1998, p. 833), a partir do que se compreende o sujeito como efeito da linguagem, do deslizamento dos significantes condicionado por suas propriedades fundamentais – portanto, como sujeito do inconsciente. Em resumo, afirma Dunker et al. (2016), o sujeito é definido por Lacan como uma posição no discurso – e não como um indivíduo, uma pessoa, um agente autônomo. O discurso,

articulado pelo significante ao Outro, pode ser entendido como um lugar, o lugar do inconsciente.

Deste modo, o sujeito lacaniano se distancia do "indivíduo autor, soberano da fala, que historicamente se liga ao entendimento intuitivo, psicologicamente hegemônico, do funcionamento da linguagem como metafísica da presença, falsa aspiração de universalidade, essencialismo naturalizado" (DUNKER, 2014, p. 157). Ele difere do autor, ou mesmo do agente do discurso, uma vez que esse lugar da enunciação, segundo a hipótese do inconsciente, é praticamente insabido ao próprio falante. Trata-se de um sujeito dividido, evanescente, irredutível e singular, o qual podemos apreender apenas através do processo de enunciação e do jogo dos significantes. Deste modo, uma consequência da suposição de que a linguagem é habitada pelo sujeito é o fato de que o sentido do discurso deriva do desejo recalcado, e que este pode aparecer justamente nos deslizes, nos atos falhos, nos tropeços da linguagem, nos lapsos, nos chistes, ou seja, em detalhes aparentemente periféricos perante as intenções do enunciador.

Nesse sentido, nossa metodologia, entendida como variante de métodos historiográficos, combinada com a própria psicanálise entendida como uma analítica dos discursos, situa-se no paradigma indiciário descrito por Ginzburg (1986/1989), que surge nas ciências humanas no século XIX e que se baseia na apreensão de pistas, detalhes, resíduos, dados marginais e particularidades da materialidade discursiva. Essa atenção aos indícios, oposta à atitude de privilegiar as generalizações, possibilita a identificação do jogo de relações operante em cada discurso, a ideologia nele envolvida, os enunciados externos aos quais se remetem aqueles presentes na formação discursiva abordada, além do posicionamento do sujeito perante a ideologia, perante sua falta constitutiva, bem como sua condição desejante e de assujeitamento ao discurso – características atribuídas ao sujeito pela psicanálise. Consideramos essa última especialmente relevante para a nossa investigação, pois remete à imbricação entre discurso e sujeito citada anteriormente e permite uma aproximação da noção de que a subjetividade se constitui discursivamente, nessa relação dialética de apropriação e assujeitamento à linguagem.

O paradigma indiciário, conforme Paulon (2013), permite que o analista aborde criticamente os sentidos promovidos pela ideologia no discurso e, assim, desestabilize seu efeito de naturalização e de formação de um sentido único. Deste modo, o trabalho com as particularidades da formação discursiva potencializa os gestos interpretativos do analista e viabiliza a abertura do *corpus* de pesquisa para novos sentidos, tantos quanto forem mobilizados a partir dos recortes feitos em sua materialidade e das questões teóricas a eles

articuladas. O paradigma indiciário possibilita, portanto, a observação das particularidades do sujeito, de sua posição enunciativa, bem como dos processos de significação e de subjetivação envolvidos no ato discursivo.

Não se trata, todavia, de buscar sentidos latentes ou ocultos, mas sim de colocar em questão o que a psicanálise identificou como descentramento do sujeito em relação às formas de sua linguagem, às regras de sua ação, às leis de seu desejo ou aos jogos de seus discursos (FOUCAULT, 1969/2014). Segundo esse autor, isso se deu "quando ficou claro que o próprio homem, interrogado sobre o que era, não podia explicar sua sexualidade e seu inconsciente, as formas sistemáticas de sua língua ou a regularidade de suas ficções" (FOUCAULT, 1969/2014, p. 16). Neste sentido, o paradigma e os referenciais teóricos adotados colocam em questão as lacunas e as descontinuidades do discurso, a incompletude da linguagem, e confronta a ambição de transparência da linguagem do discurso científico.

Deste modo, a psicanálise, e especialmente de orientação lacaniana, pode ser reconhecida como um caso particular do que se convencionou chamar de análise de discurso. Conforme Dunker (2014, p. 155), a noção de discurso em Lacan permite que a psicanálise "possa ser empregada como uma estratégia de leitura, que leva em conta a memória e a história como textualidade, bem como a singularidade enunciativa da situação clínica, sem que isso caracterize apenas um relativismo psicologista". A homologia entre a pesquisa em psicanálise de orientação lacaniana e a análise de discurso, segundo o autor, possibilita não apenas conectar a psicanálise como o campo mais geral de sua fundamentação epistemológica na linguagem, mas também "avaliar procedimentos metodológicos de leitura e formalização, que são equivalentes homológicos de procedimentos clínicos: interpretação, construção, transferência e assim por diante*"* (DUNKER, 2014, p. 177). Parker (2005), por sua vez, aponta para um conjunto de sete condições para uma possível análise de discurso orientada a partir do ensino de Lacan, a saber:

1) Atenção às qualidades formais do texto, particularmente às diferenças, dualidades e oposições que o próprio discurso constitui; aos significantes mestres que o organizam, bem como a posição na qual se localiza o sujeito;
2) Descrição dos modos representativos que o discurso apresenta; os elementos de repetição ou de iteração; os significantes recorrentes em suas relações metafóricas e metonímicas; as ancoragens para as quais o texto converge ou diverge;
3) O regime de interioridade e de exterioridade que a topologia do texto comporta; qual a posição de individualização que o texto interpela ou convoca no narratário ou em seu destinatário;

4) A economia de saber e verdade que o discurso constitui em seu desenrolar; o tipo de jogo, teatro ou contrato que ele realiza com seu destinatário;
5) Como o discurso se comporta, em sua relação entre metalinguagem e estilo (segundo o princípio de que o que se enuncia não é indiferente à forma como se enuncia nem à posição de quem o enuncia); quais são os interdiscursos, seus pontos de autoridade e autoria; a forma como se resolve a relação entre o modo de exposição e o conteúdo afirmado ou negado;
6) A forma como o discurso lida com a sua própria impossibilidade estrutural; a forma como educa, ordena, faz desejar ou analisa um objeto, particularmente a existência de cortes, interrupções ou suspensões da série significante ou argumentativa;
7) A maneira como o texto articula efeito de imaginarização (exemplos, ilustrações, comunhões de sentido) com artifícios simbólicos e com seus cortes reais.

Consideramos relevante, portanto, empreender uma análise do discurso da depressão, considerando seu interesse clínico, uma vez que a experiência psicanalítica lida com narrativas e nomeações de sofrimento e entende que os sintomas possuem estrutura de linguagem, como também são reversíveis por operações de linguagem. Trata-se de um interesse pelo discurso enquanto a própria materialidade com a qual se lida na clínica psicanalítica. Abordar a depressão no âmbito discursivo se baseia, portanto, na hipótese psicanalítica de que a nomeação de um sofrimento psíquico, bem como as representações que o sujeito cria acerca dele, têm efeitos sobre a própria experiência. Nesse sentido, podemos afirmar que ela altera o curso, a intensidade, a qualidade e a própria natureza do sofrimento – além de que também passa a constituir subjetividade, na medida em que o sofrimento é singularizado através do processo de apropriação discursiva.

Com o intuito de abordar o discurso da depressão, por sua vez, constituímos um *corpus* de pesquisa constituído por um conjunto de 7 relatos de pessoas não institucionalizadas, adultas (18 a 60 anos), de diversas classes sociais e graus de escolaridade, obtidos através de entrevistas semidirigidas, realizadas com pessoas que disseram ter passado, ou estar passando, por uma experiência de depressão. Nossa escolha metodológica pelas entrevistas aposta na possibilidade de se observar o "sujeito do inconsciente" em todo enunciado, através de suas manifestações no campo da palavra. Contudo, enfatizam Rosa e Domingues (2010), uma investigação psicanalítica não nos conduz a um objeto dado *a priori*, a um dado a ser buscado ou revelado, mas a um objeto que é produzido na e pela investigação, ou seja, um dado que se constrói na própria relação transferencial. Sustentamos,

portanto, a noção psicanalítica de transferência como operador metodológico que nos permite supor que a escuta de um relato compreende a relação de pelo menos dois inconscientes. Assim, conforme as autoras, tanto o material produzido quanto o saber que dele se extrai implicam, por um lado, o desejo do pesquisador e sua demanda endereçada ao entrevistado (nesse caso, para que fale de sua experiência de depressão); e, por outro, a posição do entrevistado em relação ao interlocutor e os laços discursivos que se estabelecem entre ambos.

Nossa intenção foi a de constituir um conjunto amplo e diverso de formações discursivas acerca da depressão, e nosso critério baseou-se no autodiagnostico – sendo secundário, mas não indiferente, o fato de que esse diagnóstico possua confirmação por especialistas. Não nos limitamos a colher relatos de pessoas portadoras de um transtorno depressivo, tal como definido pelos critérios diagnósticos vigentes na psiquiatria e nos seus respectivos manuais de classificação de transtornos mentais – CID-10 e DSM-V. Pelo contrário, buscamos reunir um conjunto heterogêneo de relatos de experiências de sofrimento, cujo princípio fundamental de escolha foi a presença do significante "depressão" e sua utilização na designação dessa experiência de sofrimento.

Foi solicitado a essas pessoas que relatassem:

1) o momento em que a experiência de sofrimento passou a ser reconhecida e nomeada de depressão, tenha sido através de um autodiagnostico ou de um heterodiagnóstico – que por sua vez pode ter sido proveniente de um médico, de outro profissional da saúde, ou mesmo de alguém pertencente ao ciclo de relacionamentos do entrevistado;
2) os desdobramentos do ato diagnóstico, tais como o tratamento e a alteração de hábitos, o seu curso e as oscilações de sua incidência;
3) a compreensão que tiveram da depressão e dos meios de tratá-la.

Após a revisão bibliográfica realizada na introdução deste trabalho – através da qual procuramos expor a definição de depressão no discurso psiquiátrico, bem como algumas das problemáticas que se desdobram a partir dessa concepção – o passo metodológico seguinte foi o de remeter o termo "depressão" à história de sua constituição enquanto objeto discursivo, para que pudéssemos delinear algumas matrizes discursivas ou, em outras palavras, descrever as principais narrativas e gramáticas de reconhecimento através das quais se constitui a noção de depressão em nossa cultura. Nesse olhar para a história nos isentamos da pretensão de realizar uma reconstituição histórica exaustiva e, sequer, de buscar a linearidade de um suposto refinamento progressivo da noção de depressão. Pretendemos, em consonância ao método psicanalítico – que incorpora a memória e a história como textualidade, a

transferência do pesquisador e o texto como "outro" – remeter o termo "depressão" aos seus diversos campos de constituição e validade, no cerne dos quais adquiriu diferentes sentidos, valências, regras de uso e que, por sua vez, corresponderam a diversas instituições e ordens discursivas, a saber: 1) o discurso das ciências naturais: a depressão nas descrições da natureza e do corpo humano; 2) o discurso psicológico-psiquiátrico: a sobreposição da melancolia pela depressão; 3) o discurso moral-religioso: melancolia, acídia e depressão; 4) o discurso econômico: depressão da economia e depressão na economia; 5) o discurso psicanalítico – incluído como um dos discursos no qual se abordou e problematizou a questão da depressão e da melancolia, e não como código privilegiado de decifração; e 6) os discursos filosófico, social e antropológico sobre a melancolia. Abordamos esses campos discursivos nos quais o termo "depressão" – bem como os termos "melancolia" e "acídia", aos quais se sobrepôs ao longo do tempo – foi e ainda é constituído como objeto de discurso; e procuramos descrever algumas das relações – a saber, relações de diferença de estados, de sobreposição, de vizinhança, de oposição, de valoração, de apropriação, de oposição, de apoio, de concordância – que se estabeleceram nos interior de cada um desses discursos, bem como entre cada um deles, constituindo a heterogeneidade característica do discurso da depressão. Aqui, o discurso psicanalítico é situado não apenas como interpretante, mas também como objeto.

Nosso passo metodológico subsequente e final consistiu em analisar o *corpus* de pesquisa, constituído a partir de nossas entrevistas, considerando o próprio texto como suporte material do nosso objeto de pesquisa, ou seja, o discurso da depressão. Deste modo, nossa experiência de entrevista foi transformada em texto, sendo este resultante da análise empreendida através da identificação de marcas e posições no discurso, de efeitos de sentido, de formações do inconsciente, além de recortes e interpretações. Adotamos como referência para nossa leitura os apontamentos de Parker (2005) referentes à abordagem psicanalítica de textos, bem como o paradigma indiciário, anteriormente citados. Nesse sentido, partimos da identificação, em cada entrevista, das sequências narrativas que se definiram através de: 1) uma experiência de sofrimento; 2) um ato diagnóstico; 3) um tratamento; e, por fim, 4) uma compreensão tendencialmente unária acerca do sofrimento.

Observamos, por sua vez, a forma como a "depressão" se constituiu como um objeto de discurso em cada uma delas, destacando: 1) as metáforas utilizadas; 2) os deslizamentos metonímicos que acompanharam tanto o termo quanto as metáforas utilizadas para designar o sofrimento; 3) a temporalidade estabelecida; 4) a produção de espaços tensivos.

Verificamos, em seguida, algumas das relações lógicas *intratextuais*: 1) entre os sintomas e seus determinantes causais; 2) entre os sintomas e a história do sujeito; 3) entre o sujeito e o outro nas demandas de reconhecimento; 4) entre o a nomeação do sofrimento e seus desdobramentos pragmáticos e subjetivos; 5) entre a própria identidade e o sofrimento. E *intertextuais*: que articulam o termo "depressão" aos demais discursos que o abordam, ou que estejam a ele relacionados historicamente, como descritos no capítulo correspondente. E, por fim, procuramos tecer interpretações e comentários, articulando nossos achados às problemáticas levantadas na introdução deste trabalho, bem como à teoria psicanalítica, conforme as aberturas proporcionadas pelo próprio texto em análise, novamente, em consonância com o próprio método psicanalítico.

Capítulo 2 – Pequena história dos discursos sobre a depressão

Muitas das noções existentes hoje em torno da depressão, bem como algumas de suas alcunhas – tais como o demônio do meio-dia, o eclipse da alma, o fardo escondido, a doença do século – foram constituídas historicamente pelos conhecimentos oriundos do campo da medicina, da filosofia, da religião, da psicanálise, bem como de seus desdobramentos, incluindo vetores de força moral e ideológica que a elas acrescentam suas respectivas nuances.

Neste capítulo iremos remeter o termo "depressão" à história de sua constituição enquanto objeto discursivo, a partir de algumas das principais narrativas e gramáticas de reconhecimento nas quais ele está em jogo. Nosso intuito é o de delimitar conjuntos e subconjuntos em que se articulam os discursos sobre depressão e identificar relações lógicas, funcionais, causais ou de significante-significado implicadas nas incidências do termo "depressão" em cada um e também entre eles.

Essa proposta de abordagem histórica dos discursos sobre depressão não visa delimitar um suposto fundamento que se perpetua, mas vai de encontro, conforme Foucault (1969/2014), às diversas transformações, mutações, cortes e rupturas que valem como fundação e renovação dos seus fundamentos. Deste modo, temos a expectativa de observar a diversidade de passados, de redes de determinações e de teleologias que o termo "depressão" compreende; e, assim, observar os pontos em que se justapõem, se sucedem, se entrecruzam ou se sobrepõem, sem que possam ser reduzidos a um esquema linear. O problema que se apresenta, segundo o autor, é o de

> determinar que forma de relação pode ser legitimamente descrita entre essas diferentes séries, que sistema vertical podem formar; qual é, de umas às outras, o jogo das correlações e das dominâncias; de que efeito podem ser as defasagens, as temporalidades diferentes, as diversas permanências; em que conjuntos distintos certos elementos podem figurar simultaneamente; em resumo, não somente que séries, mas que "séries de séries" – ou em outros termos, que "quadros" – é possível constituir. (FOUCAULT, 1969/2014, p. 12)

O resgate da dimensão histórica do termo "depressão", neste trabalho, tem como finalidade, portanto, apontar para as descontinuidades e os diversos jogos de relação que o constituem, proporcionando subsídios para a análise discursiva dos relatos de depressão do nosso *corpus* de pesquisa, mas também o estabelecimento de um contraponto à noção totalizadora e reificada a que remete o termo "depressão" na atualidade.

2.1 – A depressão no discurso das ciências naturais

O termo "depressão" tem como origem o nominativo latino *depressio*, do qual derivam *depressionem* e *deprimere*, cuja relação semântica remete ao ato de pressionar para baixo. Foi primeiramente incorporado pelo idioma francês, grafado como "*depression*" em registros do século XIV, adquirindo acentuação posteriormente, tornando-se "*dépression*". Essa grafia manteve-se com poucas alterações, ou mesmo nenhuma, ao ser incorporada pelas demais línguas vernaculares: em inglês e alemão, "*depression / Depression*"; em espanhol, "*depresión*"; em italiano, "*depressione*"; em holandês, "*depressie*". Os registros mais antigos de seu uso nessas línguas remetem ao século XIV, quando utilizado no campo da astrologia e, posteriormente, da astronomia, da navegação – ou, ainda, da agrimensura e da artilharia –, para designar o posicionamento ou o movimento dos astros, ou de quaisquer objetos, em relação ao horizonte. Nesse caso, depressão se refere à distância angular do objeto abaixo do horizonte, cujo oposto seria a altitude. Pode ser entendida também como a distância angular do horizonte visível, abaixo do plano horizontal real. A depressão como movimento no campo dos planetas e astros se refere ao afundamento aparente do polo celestial em relação ao horizonte. Ao ser importada para o vocabulário da artilharia, já em meados do século XIX, essa noção se traduz no ato de direcionar a ponta de uma arma para baixo da linha do horizonte (SIMPSON; WEINER, 1989).

O uso do termo depressão se difundiu amplamente entre as ciências naturais e suas aplicações, sobretudo durante o século XIX, embora sejam registradas ocorrências em períodos anteriores. Na física e na meteorologia fala-se de elevações e depressões de temperatura, além de elevações e depressões da pressão atmosférica. A depressão barométrica designa o rebaixamento da coluna de mercúrio no barômetro, que mede a pressão atmosférica ou exercida por outros corpos. A linguagem meteorológica menciona depressões que se formam na atmosfera e por ela se deslocam causando ventos. Os ciclones seriam decorrentes de uma depressão, ou seja, de um centro de pressão mínima e o sistema de ventos gerados ao seu redor (DUTRA, 2012).

Em geologia, geografia e geomorfologia, por sua vez, depressão é uma forma de relevo em posição altimétrica mais baixa que as porções contíguas. Deste modo, as crateras de vulcões desativados e aquelas provenientes das fronteiras entre placas tectônicas ou da queda de asteróides também são consideradas depressões, onde é comum a formação de lagos. Fala-se também em movimentos de elevação e depressão da superfície terrestre. As depressões são

classificadas como *relativas* quando acima do nível do mar e *absolutas* quando abaixo do nível do mar (ROSS, 1999). O Mar Morto – situado no vale do rio Jordão, entre Israel e a Jordânia – e o Vale da Morte – localizado no deserto de Mojave, nos Estados Unidos – por exemplo, são considerados depressões absolutas, pois estão abaixo do nível do mar (CIVITA, 2008a; 2008b).

Já no final do século XVIII, o termo "depressão" também vinha sendo utilizado no vocabulário da anatomia, para descrever estruturas do corpo humano naturalmente rebaixadas – como, por exemplo, uma cavidade – ou um estado adquirido – tal como o afundamento de um osso a partir da incidência de uma pressão externa. Há registros, todavia, de que ainda no século XIV o termo "depressão" já fosse utilizado com acepção semelhante no âmbito da cirurgia, que ainda não pertencia ao campo da medicina. Para os cirurgiões desse período, depressão designava o oco de uma superfície corporal. No século XIX, o termo passou a ser utilizado não apenas nas descrições anatômicas, mas também para designar, no âmbito da medicina, o rebaixamento de funções vitais ou um estado de vitalidade reduzida – aplicando-se ao funcionamento de órgãos e sistemas, à circulação sanguínea etc. (SIMPSON; WEINER, 1989).

O que podemos extrair a respeito do uso do termo "depressão" nesses contextos é que ele descreve uma relação de diferença – relativa ou absoluta – entre dois estados físicos de uma mesma variável. Seja para descrever a anatomia ou o funcionamento do corpo humano, seja para descrever o relevo ou a atmosfera terrestre, o termo "depressão" remete a uma porção – de terra, de ar, de estrutura anatômica – que está abaixo das porções contíguas, mas também ao próprio movimento implicado nessa diferenciação – o de depressão do solo ou das funções vitais, por exemplo.

Notamos que essa relação de diferença que o termo "depressão" caracteriza nas descrições do corpo e da natureza está implicada no discurso psiquiátrico acerca da depressão, desde os critérios diagnósticos que apontam para um estado do humor, bem como para um funcionamento do indivíduo, diferente daquele que normalmente se apresenta, marcado pelo rebaixamento e pela diminuição. Nesse sentido, "humor deprimido" se identifica em comparação com um estado do humor anterior, ou com aquele que é considerado normal pelo avaliador. Observamos esse jogo de relações também na forma como é empregado no discurso popular, onde se articula uma derivação da noção psiquiátrica, embora não equivalente, em enunciados que remetem a diversos estados de abatimento ou rebaixamento afetivo; e, ainda, nas recorrentes metáforas – "afundar", "cair", "buraco", por exemplo – utilizadas nas narrativas de sofrimento para designar a depressão.

2.2 - O discurso psicológico-psiquiátrico: a sobreposição da melancolia pela depressão

Embora desde o século XVII o termo "depressão" já fosse usado no sentido de abatimento, de "depressão dos espíritos" (SIMPSON; WEINER, 1989), ele adentra o terreno da psicopatologia somente no século XIX, como provável consequência de um esforço em aproximá-la do âmbito das ciências naturais (BERRIOS, 1996). É a partir de meados do século XIX que passa a representar um sinal de desordem psiquiátrica, vinculado a sintomas como desânimo, tristeza, angústia, sentimento de culpa, dentre outros.

A noção psiquiátrica atual de "depressão" deriva da antiga noção grega de "melancolia", referente a um transtorno mental que incluía fenômenos bastante diversos, cujo denominador comum era a presença de delírios. A medicina grega, fundamentada na "teoria dos humores", considerava a influência dos quatro fluidos corporais no pensamento: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. Empédocles definiu a melancolia como condição decorrente do excesso de bile negra – fria e seca – no corpo humano. Hipócrates, por sua vez, considerou a interferência desse excesso e o desequilíbrio humoral subsequente no cérebro. Ao final do século V a.C., os médicos propunham como terapêutica alterações na dieta e remédios orais baseados em mandrágoras, heléboro e outras ervas. Hipócrates também acreditava nas propriedades terapêuticas do conselho e da ação. É curioso notar que, embora a bile negra – considerada fator etiológico fundamental da melancolia – não exista[14], a complexidade das teorias sobre ela aumentou nos 1.500 anos seguintes. A ela era atribuída a causa de diversos outros problemas de saúde como, por exemplo, hemorroidas, dores de estômago, disenteria, erupções na pele e epilepsia (SOLOMON, 2001/2014).

Segundo Solomon (2001/2014), Menédoto de Nicomédia, no século I a.C., agregou conhecimentos médicos e filosóficos em sua abordagem da melancolia. Recomendava tanto o heléboro[15], descoberto por Hipócrates, quanto o autoexame proposto por Aristóteles, introduzindo a ginástica, a viagem, a massagem e a água mineral no tratamento do melancólico. Rufo de Éfeso catalogou os delírios da melancolia, considerados por ele como aberrações autônomas separadas do resto da mente. Diferenciou graus e tipos de melancolia,

---

[14] As palavras gregas para bile negra eram *melaina chole*. Há uma hipótese de que a noção de bile negra pode ser decorrente de uma crença na escuridão da raiva, uma vez que a palavra *chole* era usada muitas vezes em associação com a palavra *cholos*, que significa "raiva". Outra hipótese é a de que a associação entre a escuridão e a negatividade ou dor está incorporada nas mais diversas culturas humanas. A noção de um estado de espírito negro aparece já em Homero (SOLOMON, 2001/2014).

[15] Tratamento medicamentoso baseado na administração da erva *Veratrum album*, que possui propriedade drasticamente purgante.

conforme a região do corpo afetada pela bile negra. Para ele, a melancolia poderia ser inata ou adquirida, sendo que neste caso, as causas estariam envolvidas com a dieta, com o acúmulo de fluidos sexuais não liberados – que, em estado de putrefação, afetavam o cérebro – e com o esforço físico ou intelectual inadequados. Deste modo, o gênio estaria especialmente propenso à melancolia. Além do heléboro, propunha um remédio composto por uma mistura de plantas, frutos, cogumelos e especiarias, além de sangria, purgação, caminhadas e viagens.

Já no período romano tardio, afirma o autor, Areteu da Capadócia acreditava numa alma que viajava pelo corpo e irrompia acalorada em homens raivosos e recolhia-se em homens temerosos. Além de prescrever remédios orais, encorajava a verbalização dos medos vislumbrando a possibilidade de que assim o paciente poderia se libertar deles. No século II d.C., Cláudio Galeno, o médico mais importante depois de Hipócrates, procurou chegar a uma síntese orgânica e psicológica a partir do trabalho dos seus antecessores. Descreveu os delírios melancólicos e identificou neles uma mistura de medo e desalento. Acreditava em uma alma localizada no cérebro. Mesclando a teoria dos humores com noções de temperatura e umidade, formulou a ideia dos nove temperamentos, cada um com um tipo de alma. Um destes temperamentos seria a melancolia.

Já na Idade Média, por sua vez, os conhecimentos médicos entraram em conflito com o paradigma da Igreja e foram cada vez menos utilizados em detrimento das concepções religiosas. As noções clássicas acerca da melancolia são retomadas e desdobradas a partir do Renascimento até o século XVII[16], período em que a medicina passa por transformações importantes. Nesse período, as ideias de Descartes enfatizavam a divisão radical entre mente e corpo. Os relatos de melancolia passam por modificações significativas em decorrência de novas teorias sobre a biologia da mente e suas disfunções, nas quais estavam implicados modelos mecanicistas de corpo para explicar o seu funcionamento. Em 1747 Julien Offray

[16] Cabe aqui destacar o extenso tratado *A anatomia da melancolia*, publicado em 1621 por Robert Burton – sob o pseudônimo "Demócrito Júnior" –, no qual examinou essa patologia em um nível enciclopédico de detalhamento e cuja escrita se sucedeu como uma espécie de tratamento para o próprio sofrimento. Trata-se de uma obra renascentista com certa influência do pensamento medieval, na qual ainda vigoram a teoria dos humores e a hipótese etiológica do excesso de bile negra. Burton foi um acadêmico e clérigo inglês, e dedicou-se ao estudo de uma grande diversidade de assuntos ao longo da vida, incluindo astronomia, teologia, demonologia, fisiologia, psicologia, entre outros. Sua *Anatomia* reflete esse amplo espectro de conhecimentos ao abordar a melancolia pelo viés médico, filosófico e histórico, além de discorrer acerca dos tipos, causas, sintomas, prognósticos e tratamentos. Ela é tratada, tanto em tom sério como satírico, como a lente através da qual toda emoção e pensamento humanos podem ser examinados – versando, deste modo, sobre a melancolia dos amantes, dos religiosos, dos loucos e dos estudiosos.

publicou seu *L'homme machine* [O homem-máquina], que causou escândalo ao sugerir que o homem nada mais seria do que uma associação de substâncias químicas engajadas em ações mecânicas (SOLOMON, 2001/2014).

Segundo Solomom (2001), o contexto racionalista do século XVIII impôs punições severas àqueles cujo comportamento parecia ameaçar a convenção, a despeito de classe social ou nacionalidade. Diante da impossibilidade de incorporar extremos à ordem social, definida a partir da razão e do contexto, aqueles que desviassem dos padrões de normalidade eram segregados da sociedade e colocados em grandes asilos, cuja notoriedade foi atingida nesse período. A ideia de recuperação – e, portanto, de saída dessas instituições – não estava em jogo, e os tratamentos poderiam envolver grande dor física – para que esta os distraísse da dor psíquica –, afogamentos, ou ainda a submissão a complexos mecanismos para fazê-los desfalecer e vomitar alternadamente. Já no século XIX os mentalmente perturbados passam a ter mais dignidade, a partir da reforma empreendida por Philippe Pinel, introduzindo o seu tratamento moral da loucura. Em seu hospital, os cuidadores deveriam exercer a vigilância de um pai amável e afetuoso sobre aqueles que estivessem sob sua proteção. Aqui foi retomada a perspectiva de cura, que se daria ao longo de um processo de pequenas melhoras. A disponibilidade de asilos para os loucos passou a ser tópico no parlamento inglês.

Nesse contexto, o termo "melancolia" designava, sobretudo, uma patologia da razão. Segundo Berrios (1996), o interesse dos alienistas, durante a maior parte do século XIX, se voltou para as funções intelectuais e seus transtornos. Esse seria o legado do período clássico, no qual as "paixões" eram consideradas aspectos obscuros e inferiores do homem. Outro motivo seria o fato de que as paixões e seus correlatos – sentimentos, emoções, humores e afetos – são estados cujos componentes experimentais e comportamentais frustram definições; ou seja, há uma obscuridade inerente ao objeto. Mesmo após o Romantismo, quando se atribuiu um importante papel das emoções na definição do homem, os alienistas eram ainda limitados em sua capacidade de lidar com os construtos afetivos. Como consequência, a semiologia da afetividade permaneceu subdesenvolvida até a segunda metade do século, quando passou a ser objeto de um interesse crescente, observada nos trabalhos de Brentano, dos hipnotizadores e, posteriormente, de Janet e Freud.

O século XIX herda, portanto, uma definição intelectualista de loucura que – desde a Grécia antiga – era caracterizada a partir de irracionalidade e perturbações comportamentais ostensivas. Nesse sentido, a melancolia poderia ser definida, até então, como uma mistura de irracionalidade e atividade comportamental reduzida. A tristeza e o rebaixamento do humor, mesmo que presentes, não eram índices fundamentais para o diagnóstico. Casos atualmente

identificados como transtornos depressivos, sem sintomatologia psicótica, não poderiam ter sido diagnosticados como melancolia. Por outro lado, casos de melancolia incluiriam, muito provavelmente, aqueles que atualmente são classificados como esquizofrenia (BERRIOS, 1996).

O século XIX foi o período das classificações, no qual os debates giravam em torno da natureza da melancolia e os parâmetros para classificá-la. Berrios (1996) aponta para alguns dos aspectos ideológicos que possibilitaram uma verdadeira remodelagem da noção tradicional de melancolia, a saber, a disponibilidade da Psicologia das Faculdades Mentais (século XVIII), o modelo anatomoclínico de doença e a inclusão de experiências subjetivas na sintomatologia dos transtornos mentais. Mas foi no início do século XX que a relativa unidade em sua abordagem começou a declinar e a categoria foi subdividida em inúmeras outras e de acordo com os parâmetros estabelecidos por cada grupo de pesquisa. Conforme o autor, a medicina se empenhou em incorporar as paixões no conceito de patologia, indicando a possibilidade de predominância do afeto sobre o meramente intelectual. Deste modo, seu papel se tornou mais claro, podendo ser tanto causa como consequência. O papel causal foi o primeiro e levou ao entendimento de que a manipulação das emoções poderia ter valor terapêutico.

Segundo Berrios (1996), as condições conceituais para o estabelecimento de uma categoria de transtornos do humor já existiam no início do século XX. Nesse sentido, a melancolia já não podia mais ser um subtipo da mania, um transtorno primário do intelecto, ou mesmo irreversível. Deveria ser uma patologia primária do afeto, ter uma psicopatologia estável, possuir representação cerebral, ter natureza periódica e origem genética, se manifestar em pessoas com predisposição de personalidade e ter natureza endógena. Essas mudanças acarretam a possibilidade de uma forma de insanidade parcial definida como um transtorno primário das emoções, cujas características clínicas e etiológicas refletem perda, inibição, redução e declínio. Constituída dessa forma, a melancolia pôde ser substituída pela depressão.

O termo “depressão” começou a aparecer nas discussões acerca da melancolia durante o século XVIII, sendo que Samuel Johnson teve um papel proeminente nessa tendência emergente. Richard Blackmore, em 1725, mencionou a possibilidade de “estar deprimido em profunda tristeza e melancolia, ou elevado em loucura e distração”. Robert Whytt, em 1768, usou a expressão “depressão da mente”, associada às noções de baixos espíritos, hipocondria e melancolia. David Daniel Davis, em 1806, traduziu do francês o *Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania*, escrito por Philippe Pinel em 1801, transformando

"*l'abattement*" [abatimento] em "depressão dos espíritos" e "*habitude d'abattement et de consternation*" em "habitual depressão e ansiedade". John Haslam, em 1809, referiu-se a "estes sob a influência das paixões deprimentes". E Samuel Tuke, em 1813, incluiu sob a melancolia "todos os casos (...) nos quais a doença é marcada principalmente pela depressão da mente" (JACKSON, 1986, p. 5).

O uso do termo "depressão" no contexto psiquiátrico aumentou gradualmente durante o século XIX, geralmente em considerações descritivas de transtornos melancólicos para denotar afeto ou humor. Todavia, Wilhelm Griesinger, em 1845, introduziu a expressão "estados de depressão mental" como sinônimo de melancolia. Daniel Hack Tuke, em seu *Dictionary of Psychological Medicine*, de 1892, listou "depressão mental" como sinônimo de melancolia e definiu "depressão nervosa" como "termo aplicado ora a uma fantasia mórbida, ora a melancolia de duração temporária". Emil Kraepelin, em 1887, empregou a expressão "insanidade depressiva" para nomear uma categoria de insanidade dentre as psicoses, e incluiu uma "forma depressiva" como uma das categorias da paranoia. Considerou, ainda, as melancolias como formas de "depressão mental", termo cunhado por Griesinger. Desde então, algumas formas ou variantes do termo "depressão" passaram a ter lugar proeminente na maioria dos esquemas nosológicos de doenças mentais. A tendência a abandonar o uso do termo "melancolia" – vinculado à bile negra e à teoria dos humores – e adotar "depressão" – vinculado aos neurotransmissores e ao funcionamento do cérebro – em seu lugar pode ter sido especialmente promovida por Adolf Meyer, que, em 1904 posicionou-se como "desejoso de eliminar o termo 'melancolia', que implicava o conhecimento de algo que nós não possuímos" (MEYER apud JACKSON, 1986, p. 6)

A emergência da categoria de "doença maníaco-depressiva", segundo o autor, fez com que o uso do termo "melancolia" se tornasse menos proeminente, apesar de continuar existindo na forma de "melancolia involutiva". Desde então, ela desapareceu como categoria distinta, embora o termo "melancolia" resista nas classificações atuais, qualificando um subtipo do "transtorno depressivo maior", implicando uma forma mais severa de depressão.

Conforme Berrios (1996), os psiquiatras preferiram o termo "depressão", em detrimento de "melancolia" ou "lipemania", também devido ao apelo científico que ele passa a comportar desde sua utilização no discurso das ciências naturais, e mesmo no discurso médico – no qual o termo "depressão" já era utilizado para designar o rebaixamento do funcionamento dos órgãos, da pressão arterial e demais funções vitais. Nesse sentido, a aspiração a uma explicação fisiológica coerente com as teorias atuais acerca do funcionamento cerebral e a pressuposição de um transtorno de base do humor estão em jogo

no abandono do termo “melancolia” e na adoção do termo “depressão”. Pode-se afirmar, entretanto, que a perspectiva intelectualista dos transtornos mentais não abandonou, ainda, a psiquiatria ocidental. A reivindicação teórica do cognitivismo de que ideias negativas causam humor deprimido, por exemplo, retoma a posição de que o pensamento possui primazia pelo afeto.

2.3 - O discurso moral-religioso: acídia, melancolia e depressão

Por volta do final do século IV o termo “acídia” passou a ser usado pela Igreja Católica para designar uma condição incomum, tornada objeto de preocupação sistemática a partir das experiências dos anacoretas[17] no deserto egípcio, que enfrentavam o isolamento e as próprias inclinações carnais em busca da perfeição espiritual e da unidade com Deus. Segundo João Cassiano (360-435 d.C.), cujas considerações sobre a acídia, influenciadas pelo asceta Evágrio Pôntico (345-399 d.C.), foram difundidas pelo mundo medieval cristão, a constelação de sentimentos e comportamentos indesejáveis que acometia estes monges constituía uma espécie de “fadiga ou aflição do coração”, “semelhante ao desânimo”. Esse estado mental e os comportamentos a ele associados eram incômodos e frequentes o suficiente para receber atenção considerável no período medieval. Os conhecimentos utilizados para avaliação, explicação e condutas em relação aos acometidos pela acídia eram decorrentes sobretudo das crenças religiosas e, posteriormente e em menor grau, da medicina (JACKSON, 1986).

Evágrio parte das dispersas noções de acídia existentes nos escritos até então e a inclui dentre as oito principais tentações contra as quais os monges deveriam lutar – as quais constituem as raízes dos “pecados capitais”, instituídos pelo cristianismo no período medieval tardio. Sua descrição sistemática e compreensiva caracterizava essa condição como exaustão, indiferença, tristeza ou desânimo, inquietação, aversão à cela e à vida ascética, além de anseio pela família e pelo estilo de vida anterior. Cassiano, por sua vez, a descreve a partir dessa mesma referência no livro II de seu *De institutis coenobiorum et de octo principalium vitiorum remediis* [Das instituições cenobíticas e dos remédios dos oito vícios principais]:

[17] Religiosos ou penitentes que viveram na solidão, isolados do convívio social e em vida contemplativa, especialmente nos primórdios do cristianismo.

> Nosso sexto combate é com (...) [a acídia], que podemos denominar de fadiga ou aflição de coração. É semelhante ao desânimo, tentando especialmente os solitários, e um inimigo perigoso e frequente aos habitantes do deserto, e especialmente preocupante para um monge por volta da sexta hora – como uma febre que se apodera dele em períodos determinados, levando o coração ardente de seus ataques contra o homem doente nas horas habituais e regulares. Por último, existem alguns anciãos que declaram que se trata do "demônio do meio-dia" de que fala o nonagésimo Salmo (...) Ela produz antipatia do lugar, aversão à cela, e desdém e desprezo pelos irmãos (...) Ela também torna o homem indolente e lento em todos os tipos de trabalho que têm de ser feitos dentro do recinto de seu dormitório (CASSIANO apud JACKSON, 1986, p. 67; trad. nossa)

Segundo Cassiano, o monge aflito se tornava inquieto e considerava que sua situação não era mais frutífera espiritualmente. Nessa condição, percebia a passagem do tempo como exageradamente lenta, ansiava por companhia e buscava consolo no sono. Desse modo, tendia a permanecer inativo na cela ou então a vagar em busca de divertimento, sendo que ambas as situações eram desprovidas de fins espirituais. Para abordar a questão do tratamento, esse autor recorre à autoridade de São Paulo e à metaforização de suas ações, designando-o como um médico habilidoso[18]. Cassiano enfatiza o trabalho manual e o combate à ociosidade como medida de tratamento. A abordagem dos aflitos deveria ser suave a apaziguadora, mas aqueles rebeldes ou irresponsivos deveriam ser tratados com mais severidade, incluindo a possibilidade de serem isolados dos demais.

Segundo Jackson (1986), a causa da acídia era concebida no contexto cristão como a própria presença do demônio em si, ou como efeito da ação deste, sob a forma de maus pensamentos e da agitação das paixões. Nos escritos de Evágrio, a acídia era designada como "um espírito mau", "o demônio da acídia" ou "o demônio do meio-dia", que atacava ou tentava o ascético. Seguindo uma tradição de origens estoicas, os monges do deserto tinham como ambição um estado de paz interior isento de paixões e, neste sentido, essas seriam as ferramentas utilizadas pelo demônio para perturbá-los e fazê-los consentir o pecado. Havia, contudo, uma distinção fundamental, feita por São Paulo e por diversos escritores ascéticos, entre um tipo de abatimento considerado positivo – relacionado à noção latina de *tristitia*, decorrente do desejo de perfeição e da penitência pelo pecado, que conduziria à salvação – e outro tipo considerado negativo, censurável, associado ao pecado da acídia, decorrente da

[18] A tradição da noção do religioso como "médico das almas", segundo Jackson (1986), deriva da ideia de Cristo como curador; e, ainda, dos conhecimentos médicos dos primeiros padres da Igreja. Não apenas os clérigos, mas também os filósofos eram designados dessa forma, o que nos permite constatar a relação entre a noção de "médico da alma" e a ideia de cura pela palavra através do conselho e da orientação.

aflição que conduziria à morte. Essa noção de *tristitia*, contudo, desapareceu gradualmente, enquanto a noção de acídia permaneceu por mais tempo.

Houve ainda uma diferença de ênfase em aspectos distintos da acídia conforme a época, diz o autor. Durante o século XI foi enfatizada a dimensão comportamental e fenômenos físicos como a ociosidade e a sonolência. Já no século seguinte foi enfatizado o estado mental e fenômenos como os de frouxidão espiritual, falta de fervor, fadiga, além de tédio e aborrecimento com os exercícios religiosos. Essa diferença de ênfase em aspectos distintos da acídia teve importantes desdobramentos no período medieval tardio, como veremos mais adiante.

Conforme Jackson (1986), nota-se que o conceito de acídia gradualmente extrapolou o âmbito monástico e se tornou parte das concepções morais de todos os cristãos, uma vez que as listas de pecados nas quais figurava eram utilizadas pelos padres como diretrizes para o ritual da confissão. Tais listas também constituíram as bases para os manuais de penitência que serviram aos confessores como chaves sistemáticas para as perguntas a serem feitas aos penitentes na avaliação de seus pecados e para a determinação das condutas a serem impostas. No período entre os anos de 1200 e 1450 – e, sobretudo, após o Concílio de Latrão (1215-1216), quando se tornou obrigatória a confissão e se instituiu que o clero deveria pregar regularmente para os paroquianos – houve uma extensa produção de literatura penitencial, manuais para pregadores e guias de catequese, o que contribuiu para a difusão do conhecimento sobre os pecados capitais – e, portanto, sobre a acídia – entre a população leiga. Nesse contexto, a confissão e a penitência eram formas de cura para as aflições do penitente; eram, segundo Cassiano, "remédios para a alma".

O autor aponta para o fato de que o florescimento da escolástica teve como consequência o aumento da atenção dada à acídia na literatura religiosa, bem como sua integração às teorias das paixões. Para São Tomás de Aquino, os pecados derivavam da interação da vontade com os objetos do mundo. Neste sentido, os objetos mobilizam o apetite, cuja resposta pode levar a um mal moral, ou pecado, se consentido pela vontade. A acídia corresponderia a um encolhimento da vontade perante os desejos concupiscíveis, dos quais decorreram a inapetência, ou mesmo a aversão ao bem espiritual. Ao adquirir essa conexão com as paixões, a acídia passou a ser ocasionalmente descrita em termos fisiológicos e atrelada à noção de um desequilíbrio dos humores. Assim, além de pecado, passou a ser considerada também uma doença da vida emocional do homem, o que permitiu que passasse a ser pensada também em termos médicos. Era algumas vezes associada ao humor fleumático e

também ao humor melancólico, sendo que a presença de uma causa natural poderia determinar uma predisposição a essa condição e, ainda, diminuir seu teor pecaminoso.

Embora os autores do século XII e as contribuições escolásticas do século XIII, segundo Jackson (1986), tenham enfatizado o estado mental na acídia – fadiga, desgosto, falta de fervor, pesar –, sua concepção popular tinha como foco os aspectos comportamentais, tais como a ociosidade e a preguiça. Há hipóteses de que essa ênfase em direção ao comportamento estava relacionada a questões "práticas", tanto dos clérigos quanto do seu rebanho, no que se refere à avaliação da pecaminosidade durante o ritual da confissão e às penitências subsequentes. Como consequência desse tipo de ênfase, a "ocupação" emergiu como virtude antidotal para faltas mais mundanas relacionadas à negligência ou ao abandono do trabalho, que passaram a ser incluídas no pecado da acídia. Em resumo, a complexidade da noção de acídia a tornava vulnerável a distorções conforme a ênfase dada a uma ou outra de suas facetas, dependendo do contexto social e do propósito do observador. Tal complexidade fez com que David de Augsburgo (1200-1272) propusesse três diferentes tipos de acídia:

> O vício da acídia possui três tipos. O primeiro é uma certa amargura da mente que não pode ser satisfeita por qualquer coisa alegre ou saudável. O Apóstolo se refere a ele ao afirmar que "a tristeza do mundo traz a morte"[19]. Ele se inclina para o desespero, desconfiança e suspeitas, e às vezes leva a vítima ao suicídio quando está oprimida pela dor irracional. Tal pesar surge, por vezes, a partir de uma impaciência prévia; por vezes, a partir do fato de o próprio desejo por algum objeto ter sido adiado ou frustrado; e, às vezes, da abundância de humores melancólicos – caso em que cabe ao médico, em vez de ao sacerdote, prescrever um remédio. O segundo tipo é um certo torpor indolente que ama dormir e todos os confortos do corpo; abomina as dificuldades; foge de tudo que é duro; inclina-se na presença de trabalho e tem o seu prazer na ociosidade. Essa é a própria preguiça (*pigritia*). O terceiro tipo corresponde a um cansaço das coisas, somente na medida que pertencem a Deus, enquanto que em outras ocupações sua vítima está ativa e em espírito elevado. A pessoa que sofre com isso ora sem devoção, evita o louvor a Deus, sempre que pode fazê-lo com cautela e a isso se atreve; ele se põe a apressar as orações que é obrigado a dizer e pensa em outras coisas para que não seja muito aborrecido pela oração (DE AUGSBURGO apud WENZEL, 1960, p. 160; trad. nossa)

Apesar dessa proposta de distinção entre três diferentes tipos de acídia, o que se observou nos séculos subsequentes foi o desmembramento de seus principais aspectos e a respectiva incorporação por diferentes sistemas de pensamento. No período medieval tardio, quando o uso da noção de acídia se estabeleceu entre a população cristã em geral, o sistema

---

[19] Da passagem bíblica: "A tristeza, conforme o Senhor, não produz remorso, mas sim uma qualidade de arrependimento que conduz à salvação; porém, a tristeza do mundo traz a morte" (BÍBLIA, 2ª Epístola de São Paulo aos Coríntios, 7:10). "Tristeza do mundo", nesse caso, designa um tipo de frustração egoísta, decorrente de atitudes pecaminosas, e não de um arrependimento teocêntrico. Já a "morte" aponta para a condenação à separação eterna de Deus.

médico de avaliação e compreensão das doenças mentais passou a ser convocado pelos próprios religiosos, que tendiam a considerar o tratamento de diversos casos de acídia como domínio dos médicos. Nesses contextos, a ociosidade da condição era relacionada com o humor fleumático, enquanto que o aspecto de abatimento era associado ao humor melancólico. Já no período pós-medieval, a partir da redução do poder da Igreja durante o Renascimento, a noção de acídia perde gradualmente o seu espaço. Por um lado, seu aspecto de negligência-ociosidade-indolência passa a ser enfatizado no discurso religioso e expresso pelo termo "preguiça", que se torna um dos pecados capitais. A preguiça também passou a constar dentre as preocupações dos protestantes, para quem a ociosidade era um perigo a ser cautelosamente evitado mediante a importância atribuída ao trabalho. Já o aspecto pesar-desânimo-desespero foi incorporado à noção de melancolia, tanto como designação de transtorno mental no contexto médico quanto em sua concepção popular – que no século XVI incluía praticamente todo estado de pesar, abatimento, tristeza, desânimo, desespero ou luto –, ou seja, uma concepção ampla e difusa não muito diferente da que temos hoje de depressão (JACKSON, 1986).

Colocando essas informações em perspectiva, nota-se que ao longo dos séculos as perturbações mentais tornam as pessoas acometidas suscetíveis à moralização pejorativa, resultando em julgamento e punição; ou as tornam objeto de preocupação empática, resultando em cuidados na direção de uma cura. Então, mais do que o papel social daquele que se propõe a tratar do sofredor e os seus respectivos conhecimentos, o que determina uma abordagem pelo viés da dureza de julgamento ou da preocupação com a sua melhora pelo alívio do sofrimento parece estar mais atrelado aos objetivos daqueles que o fazem. Todavia é interessante notar como as noções relacionadas à acídia, decorrentes do contexto religioso, e os aspectos morais atrelados a elas podem ser encontrados nos discursos atuais sobre a depressão, nos quais estão implicadas, muitas vezes, as noções de "preguiça", ausência de "força de vontade", ou mesmo da própria "fé".

2.4 - O discurso econômico: depressão da economia e depressão na economia

No século XVIII, o termo "depressão" passou a integrar o vocabulário da economia, quando já se falava sobre episódios de depressão dos fundos públicos. Nesse campo, "depressão" se refere à diminuição na quantidade, vigor, intensidade, força e qualidade nas

atividades do comércio, da indústria e do mercado financeiro de modo geral. Passou-se a falar de depressão do comércio e da indústria: depressão nos preços, escalas de depressão e elevação da qualidade etc. (SIMPSON; WEINER, 1989).

"Depressão" passou também a nomear períodos históricos marcados por grave crise econômica e suas respectivas consequências geopolíticas, como a que se sucedeu entre os anos de 1873 e 1896 e, sobretudo, a de 1929, que se estendeu até 1939. Neste sentido podemos falar em depressão da economia. Segundo Coggiola (2009), a expansão mundial da produção capitalista do século XIX ampliou o escopo e a profundidade das crises comerciais e financeiras. A diferença fundamental dessas crises em relação às antecedentes foi o fato de terem sido caracterizadas pela sobrecarga dos mercados, pela sobreprodução e pelo excesso de mercadorias industriais e produtos agrícolas, agravadas por liquidez monetária ou financeira. Em vez de uma alta de preços, as novas crises foram marcadas pela sua queda violenta.

Após longo período de prosperidade do capitalismo, o colapso da Bolsa de Valores de Viena em 1873 atingiu dimensões mundiais, o que, conforme o autor, ilustra a integração das economias industriais em matéria comercial e, mais ainda, em matéria de movimentos de capitais. Ficou conhecida como a primeira crise contemporânea do capitalismo e desencadeou uma longa depressão de vinte e dois anos – caracterizada pelo aumento de taxas de desemprego, falências, juros etc. –, da qual só se pôde sair através do violento movimento de recolonização do planeta pelas potências europeias e pelos Estados Unidos da América.

Já a depressão econômica da década de 1930, que se sucedeu ao colapso da Bolsa de Nova York em 1929, foi considerada a crise mais violenta e prenhe de consequências desastrosas para a sociedade americana e para o próprio sistema capitalista. Causou, além do aumento das taxas de desemprego, quedas drásticas em praticamente todo medidor de atividade econômica, tais como o PIB da maioria dos países, a produção industrial, os preços de ações e títulos públicos, dentre outros. O volume do comércio mundial caiu como em nenhuma depressão precedente; as grandes economias nacionais se isolaram em blocos econômicos, cujo enfrentamento conduziria à Segunda Guerra Mundial – que, por sua vez, impulsionou a recuperação econômica através da indústria armamentista (COGGIOLA, 2009).

Vejamos como Herbert Hoover retrata a depressão econômica, bem como suas causas e as necessidades acarretadas por ela, no fragmento de um discurso proferido em agosto de

1932, na Republican National Convention[20], enquanto presidia os Estados Unidos – no período em que o país, e diversos outros ao redor do mundo, ainda enfrentavam as graves consequências do colapso econômico –:

> Os últimos três anos foram um tempo de calamidade econômica sem precedentes. Foram os anos de sofrimento e dificuldades maiores do que quaisquer outros que vieram para o povo americano desde o rescaldo da Guerra Civil. (...) Antes da tempestade estávamos ganhando na prosperidade (...) do otimismo, alguns de nós entraram em expansão, antecipando o futuro, e da expansão foram para a especulação imprudente. No solo envenenado pela especulação cresceram as ervas daninhas do gasto, exploração e abuso de poder financeiro. Nesta superprodução e mania especulativa nós marchamos com o resto do mundo. Então, três anos atrás veio a retribuição pela inevitável queda mundial no consumo de bens, nos preços, e no emprego. Naquele momento era a pena esperada para um *boom* imprudente, tal como temos assistido diversas vezes em nossa história. (...) Em seguida, veio a nós uma nova calamidade, um golpe do exterior tão perigoso a ponto de ameaçar a própria segurança da República. Os países da Europa se mostraram incapazes de suportar o estresse da depressão (...) Novos golpes decorrentes da diminuição do consumo mundial de bens e das falhas do sistemas financeiro caíram sobre nós. Somos parte de um mundo no qual a perturbação das populações mais remotas afeta nosso sistema financeiro, o nosso emprego, nossos mercados, e os preços dos nossos produtos agrícolas. Assim começou há dezoito meses; a tempestade mundial cresceu rapidamente até atingir a força de um furacão e a maior emergência econômica em toda a história. Choques inesperados, imprevisíveis e violentos trouxeram a cada mês novos perigos e novas emergências. Medo e apreensão agarraram o coração de nosso povo em cada aldeia e cidade (...) Esta depressão expôs muitas fraquezas em nosso sistema econômico. Houve exploração e abuso do poder financeiro. Vamos sem medo e sem descanso reformar essas falhas (...) Apesar do deslocamento da vida econômica, nossas grandes ferramentas de produção e distribuição são mais eficientes do que nunca; nossos recursos naturais, fabulosos; nossas fazendas, as nossas casas, nossa habilidade estão intactas. A partir da experiência duramente conquistada nesta depressão vamos construir métodos mais fortes de prevenção e de proteção do nosso povo contra os abusos que se tornaram evidentes. Vamos marchar até uma realização muito maior. Com esforço conjunto que pode e irá mudar a maré em direção à restauração dos negócios, emprego e agricultura. Isso irá requisitar maior devoção e sabedoria. Cada reserva de coragem e visão americanas deve ser evocada a fim de nos sustentar e para planejarmos o futuro com sabedoria.[21]

Nesse fragmento vemos como a depressão econômica é caracterizada como uma "tempestade que atinge a força de um furacão" e assola a população com "medo e insegurança". Para o presidente americano, esse mal decorre de um estado de "mania" e "imprudência" de alguns cidadãos, mas também de uma força maléfica "que veio do exterior", da inabilidade dos demais países em lidar com a crise e suas consequências. Para

[20] Disponível em: <http://publicpolicy.pepperdine.edu/academics/research/faculty-research/new-deal/hoover-speeches/>. Acesso em 11 maio de 2015.
[21] Tradução nossa.

superar essas dificuldades e combater essas "ervas daninhas", Hoover evoca as qualidades e o potencial do país, além da visão e da coragem do povo americano. Está em jogo um contraponto entre a virtude da população acometida pela depressão econômica e o mal externo, vindo dos cidadãos gananciosos e dos estrangeiros o qual se deve combater – podemos extrair daí algumas semelhanças como o modelo de compreensão e tratamento da depressão enquanto doença.

Por outro lado, vemos a questão da depressão, enquanto psicopatologia, configurar-se como problema econômico nos dias de hoje – depressão na economia. A Federação Mundial de Saúde Mental, em boletim confeccionado para o dia mundial da saúde mental em 2012[22], caracteriza a depressão como "uma crise global". Dentre os diversos aspectos da depressão abordados nesse boletim – tais como dados epidemiológicos, fatores de risco e diretrizes para o enfrentamento individual e coletivo do problema – são também colocados em questão os aspectos econômicos a ela relacionados. Conforme o capítulo intitulado "Depressão como consequência das crises econômicas", esse transtorno, "especialmente na sua expressão clínica autodestrutiva, é uma das principais condições psicopatológicas que estão ligadas com as crises econômicas" (WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH, 2012, p. 17). É apresentada a existência de uma relação direta entre o aumento de casos de depressão – ao lado do de casos de alcoolismo e suicídio – e os fenômenos decorrentes das crises econômicas – dentre eles, a redução de renda, o desemprego, as perdas financeiras significativas, bem como o endividamento e as incertezas relacionados à degradação socioeconômica. Nesse contexto, os cortes no financiamento de serviços públicos, incluindo os de assistência à saúde mental – outro efeito das crises econômicas –, também produz um impacto negativo à saúde mental da população. Deste modo, as principais estratégias de prevenção e cuidado indicadas para essas situações implicam uma rotina de rastreamento de tendências à depressão e ao suicídio, o estabelecimento de programas de saúde mental voltados para o desenvolvimento de resiliência entre os desempregados e programas de alívio de dívidas, embasados no argumento de que "investir em saúde mental gera benefícios econômicos" (WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH, 2012, p. 17).

Já no capítulo intitulado "O impacto econômico da depressão" são discutidos os efeitos negativos desse transtorno tanto na economia familiar quanto na economia nacional. Na esfera familiar, os prejuízos estão relacionados às despesas adicionais relacionadas ao

---

[22] WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. Depression: a global crisis. World Mental Health Day, October 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1> Acesso em: 10 abril de 2015.

tratamento, mas também à dificuldade ou à incapacidade de trabalhar apresentada pelos indivíduos acometidos, ou mesmo pela necessidade de que seus cuidadores se ausentem das atividades rentáveis para que possam acompanhá-los. Esse cenário se reproduz de forma amplificada em âmbito nacional, através do impacto do adoecimento no tamanho e na produtividade da força de trabalho na renda nacional de modo geral, bem como nos gastos públicos com a saúde da população. Portanto, são apresentados os argumentos de que a depressão perpetua o ciclo de pobreza e que a "falta de zelo à prevenção e ao tratamento da depressão, e uma consequente perda de capacidade na força de trabalho, só pode servir para aumentar a dificuldade dos países em emergir do estado de austeridade econômica" (WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH, 2012, p. 23).

Deste modo, combater a depressão é considerada uma importante medida para a interrupção desse ciclo de pobreza e para a ascensão econômica não apenas de indivíduos e famílias, mas também de nações. Tais argumentos são embasados, nesse boletim, pela literatura científica, que mostra que as pessoas com depressão utilizam mais os serviços de saúde – pois possuem pior qualidade de vida e são mais propensas a desenvolver outras doenças –; e que, quanto maior a gravidade do caso, maior a complexidade do tratamento – o que tem relação direta com os custos do sistema público de saúde (SLOMP et al., 2012). Outro estudo aponta para o fato de que a depressão e as fobias leves são os transtornos mais prevalentes entre os trabalhadores; e que os indivíduos acometidos são menos produtivos, o que tem impacto negativo na economia de suas comunidades (SANDERSON; ANDREWS, 2006). Um achado relevante dessa pesquisa é o de que a depressão está mais relacionada ao "presenteísmo", caracterizado pela baixa produtividade da pessoa que vai ao trabalho, do que ao próprio absenteísmo. Observou-se que os deprimidos, a despeito das dificuldades provenientes dos seus sintomas – perda de concentração, alterações do sono, fadiga etc. – tendem a continuar comparecendo ao trabalho. Segundo os autores, isso se deve tanto a "fatores internos" – como, por exemplo, o estoicismo – quanto a "fatores externos" – como a cultura do local de trabalho, que pode desencorajar afastamentos por doença. No caso específico da depressão, outros aspectos poderiam estar envolvidos, como o medo do estigma ou a própria dificuldade de reconhecê-la como doença. Deste modo, "a tendência das pessoas com depressão para ir ao trabalho, apesar de sua doença, representa um custo escondido da depressão" (SANDERSON; ANDREWS, 2006, p. 71). Observamos, portanto, que o discurso econômico da depressão – que se refere tanto à depressão da economia quanto à depressão na economia – implica políticas de reconhecimento e de abordagem do sofrimento e, deste modo, se explicita nos enunciados dos deprimidos. No subitem 2.6 abordaremos uma outra

articulação possível entre economia e sofrimento psíquico, feita no âmbito do discurso socioantropológico, segundo o qual o sofrimento depressivo, bem como seu tratamento, estão diretamente vinculados aos modos de produção e consumo capitalistas.

2.5 – O discurso psicanalítico: depressão e melancolia em Freud e Lacan

O termo "depressão" também foi incorporado pela psicanálise, que surgiu no início do século XX no cerne da medicina e da neurologia. Em seus textos considerados pré-psicanalíticos, Freud dedicou-se a formulações acerca da depressão e da melancolia, levando em consideração, aparentemente, a classificação kraepeliniana, bem como a nosografia psiquiátrica de sua época. Todavia, essas formulações partiram de um modelo clínico já subvertido por Freud, cujo projeto partiu, segundo Dunker (2011), da terapêutica – o ponto fraco do sistema – e teve como essência a escuta metódica e atenta ao detalhe. A psicanálise, segundo o autor, pode ser definida como método de escuta e intervenção sobre a fala, mas também como método de leitura da escrita que constitui o inconsciente, seu construto hipotético fundamental. A partir de seu surgimento, ela subverteu os parâmetros da clínica da qual se originou, embora tenha preservado sua estrutura: ela partiu de uma clínica do olhar e se estabeleceu como uma clínica da escuta. Na clínica psiquiátrica, o sujeito do dispositivo era o médico, enquanto seu objeto era o paciente. A psicanálise inverteu essa relação na medida em que o analisando passou a ocupar a posição de sujeito, enquanto o analista passou a exercer sua função na posição de objeto, como condição do método clínico. Os relatos de caso, por sua vez, passaram a realizar uma genealogia do sujeito e uma arqueologia do sentido, apropriando-se de recursos da literatura e seu suporte estilístico-discursivo.

Fuentes (1999) retoma de forma detalhada as incidências do termo "depressão" na obra freudiana, bem como sua relação com o termo "melancolia". Vejamos: em seu "Rascunho A", Freud (1892) discorre acerca da etiologia da *depressão periódica*, considerada então como uma forma de neurose de angústia, atribuída à falta ou inadequação de satisfação sexual, implicando o acúmulo de energia sexual – e, consequentemente, o surgimento da angústia e da depressão. Já no seu "Rascunho B", no qual Freud (1893) se dedica à investigação da etiologia das neuroses, ele retoma essa tese, mas diferencia *depressão periódica branda* – que teria o acúmulo de energia sexual como base e um trauma psíquico como desencadeador – da *melancolia propriamente dita* – de origem puramente endógena,

hereditária (concepção condizente com a de Kraepelin, que classificou separadamente a melancolia e a mania até 1899).

Em seu "Rascunho G", por sua vez, Freud (1895) abandona a distinção anterior e passa a empregar o termo "melancolia" para a classificação destes diferentes estados, todos explicados a partir de uma mesma causalidade: a perda ou desvio do *quantum* de excitação. Freud distinguiu e classificou: 1) a *melancolia neurastênica* – relacionada à diminuição da excitação somática decorrente de práticas sexuais desviadas (masturbação, polução noturna, por exemplo) e que, por sua vez, enfraqueceria o grupo sexual psíquico; 2) a *melancolia periódica* – que corresponde à perda de excitação sexual somática e o consequente enfraquecimento do grupo sexual psíquico decorrente de causas hereditárias; 3) a *melancolia cíclica* – de causa igualmente hereditária, havendo o aumento e a cessação de produção de libido; e 4) a *melancolia de angústia* – na qual as práticas sexuais insatisfatórias levariam ao acúmulo de excitação somática, e não seu empobrecimento, mas que seriam desviadas do grupo sexual psíquico produzindo angústia, na fronteira entre o somático e o psíquico. Ou seja, em todas essas formas está em jogo uma perda da libido, uma inibição psíquica com empobrecimento pulsional e a sua respectiva dor. No final do Rascunho G, Freud ainda distingue a *melancolia* da *neurastenia*, afirmando que nesta haveria um empobrecimento sexual apenas somático, enquanto que na primeira seria produzido um "buraco na esfera psíquica" (FREUD, 1895/1980, p. 228), uma "hemorragia interna" (FREUD, 1895/1980, p. 227), correspondente à dor psíquica resultante de uma quebra na associação entre os neurônios e à perda de excitação.

Segundo Fuentes (1999), Freud apresenta inicialmente a *melancolia* ao lado do que veio a chamar de *neuroses atuais* – neurose de angústia e neurastenia –, distintas das *neuroses de defesa* – neurose histérica, obsessiva e, inicialmente, a paranoia. Apesar de supor a ambas uma etiologia sexual, Freud distinguiu a primeira em decorrência do não envolvimento do processo psíquico de rememoração, mas apenas da atualidade da vida sexual. A autora argumenta que, a princípio, Freud procurou agrupar *depressão* e *melancolia propriamente dita* a partir de uma explicação única, fundamentada em uma teoria mecanicista. Embora procurasse ocasionalmente distingui-las, parecia mais empenhado em encontrar um princípio único capaz de reuni-las. Todavia, essa hipótese inicial não tardou a ser abandonada. Essas categorias praticamente desaparecem dos textos "oficiais" freudianos, enquanto crescem as aparições do termo "depressão" empregado numa acepção descritiva no âmbito das diversas psicopatologias. Freud passou a apontar a aparição frequente de fenômenos depressivos tanto na histeria quanto na neurose obsessiva, na paranoia e na "psicose alucinatória", procurando

decifrá-los e compreendê-los dentro da problemática de cada quadro. Por conseguinte, as referências à "melancolia" são mantidas para designar um quadro psicótico bastante preciso, já descrito anteriormente pela psiquiatria.

Em 1915, em seu texto "Luto e melancolia", Freud se refere à controvérsia da época em torno da classificação da melancolia, mencionando a diversidade de formas clínicas apontadas pela psiquiatria descritiva, sem que se pudesse reduzi-la a uma unidade. Assim, Freud opta por manter a terminologia clássica, *melancolia*, e estabelece uma diferença entre esta e a *psicose maníaco-depressiva*, já estabelecida por Kraepelin, não apenas no que se refere ao termo empregado, como também à forma de concebê-la. Freud diverge da hipótese da etiologia hereditária e concebe que a mania não seria uma condição necessária para o estabelecimento do quadro. Em suas palavras,

> Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriminação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (FREUD, 1915/1980, p. 276)

Freud compara esse quadro ao luto, considerando semelhante a dor experimentada em ambos. Todavia, os diferencia pelo que denominou de "delírio de inferioridade" (FREUD, 1915/1980, p. 278) verificado na melancolia, no qual o paciente toma a si mesmo como objeto e se coloca como alvo de acusações e recriminações injustificáveis a partir do ponto de vista de um observador. Freud propõe a compreensão de sintomas como a dor psíquica, o desinteresse generalizado, a insônia e a falta de apetite, a partir do modelo do luto. Na melancolia, contudo, estaria em jogo uma perda desconhecida, compreendida à luz da sua teoria sobre o narcisismo, na qual o melancólico não sabe exatamente o que perdeu, mesmo que saiba a quem possa ter perdido. As acusações e recriminações, na realidade, seriam dirigidas a um outro que abandonou o sujeito, mas que se voltaram para o próprio eu, que se identificou ao objeto perdido em decorrência de uma regressão narcísica.

De acordo com Freud, o luto implica um doloroso e gradativo trabalho de abandono da ligação com o objeto amado perdido e, por fim, a possibilidade de deslocamento da libido para um novo objeto. Já na melancolia isso não ocorre. A libido se retrai narcisicamente sobre o eu, que, por sua vez, permanece identificado ao objeto perdido. O melancólico se reduz, assim, à "sobra do objeto" que "caiu sobre o eu" (FREUD, 1915/1980, p. 281). Deste modo, o trabalho não se desdobra e não se conclui. Freud distingue a melancolia não apenas do luto normal, como também do luto patológico. Enquanto ambas as formas de luto se situam no

campo das neuroses, a melancolia é classificada por ele como uma *neurose narcísica*, e se mantém como integrante única dessa categoria – situada, por sua vez, ao lado da esquizofrenia e da paranoia –, em oposição às *neuroses de transferência*, que incluem a histeria e a neurose obsessiva. Lacan, por sua vez, sustenta mais nitidamente a melancolia no campo da psicose.

Segundo Fuentes (1999), a melancolia é compreendida, a partir do ensino de Lacan, através da noção de causalidade estrutural, baseada no mecanismo – próprio da psicose – de forclusão da metáfora paterna[23] e do seu retorno no real. A autora se refere ao modelo de desencadeamento proposto por Quinet (2009), segundo o qual haveria, na melancolia, a perda de algo que fazia suplência a essa metáfora, um suporte imaginário, sem o qual o sujeito se depara com a falta do suporte do significante que lhe permitiria uma identificação mediada pelo simbólico – e permanece, portanto, identificado ao objeto. Já na neurose, o sujeito se identifica ao significante fálico, que, por sua vez, representa aquilo que supõe ser o objeto do desejo do outro e que lhe permite manter uma certa distância em relação ao objeto, não ser idêntico a ele.

A autora menciona o fato de que são raras as passagens em que Lacan faz referências diretas ao tema "depressão" em seu ensino. Nesse contexto, os fenômenos depressivos que podem se manifestar na neurose não se confundem com o rechaço do inconsciente que retorna através de fenômenos de mortificação e delírios na melancolia. Eles correspondem, por sua vez, conforme o seu ponto de vista, a uma posição subjetiva de recusa ao saber, que pode ser apreendida na tristeza, na dor psíquica e na inibição. No seu quarto seminário, intitulado *As relações de objeto* (1956-57), Lacan faz alusão à noção de *posição depressiva* desenvolvida pela psicanalista Melanie Klein ao falar da posição da criança a partir do estádio do espelho. Segundo Lacan, a criança é esperada num lugar fálico, ou seja, que aponta para o desejo da mãe e é representado por um significante. Se, por um lado, o espelho materno proporciona a unidade ao corpo fragmentado da criança; por outro, a mãe se constitui perante ela como o Outro onipotente que lhe proporciona, ou não, o objeto que vem a saciar, além da

[23] A *metáfora paterna* é um conceito de Lacan acerca da função do pai no complexo de Édipo, instauradora da lei simbólica. Está ligada à instalação do significante fálico como significante central de toda a economia subjetiva. É uma operação própria da neurose, através da qual a criança é levada a captar que a mãe deseja outra coisa além dela e que só tem acesso ao termo fálico através do pai, que, por sua vez, tem a potência e o uso legítimo do falo e está em condições de interditar a mãe à criança como objeto de suas primeiras aspirações sexuais. Deste modo, a função paterna proporciona à criança, ao final do complexo de Édipo, um futuro uso legítimo de seu próprio falo: através do complexo de castração, a criança tem que renunciar a seu falo para recebê-lo de um outro, ao mesmo tempo que lhe dá acesso ao mundo simbólico. Esse terceiro termo – que é, no início, o falo imaginário entre a mãe e a criança – é, portanto, o esboço do acesso a toda dialética simbólica sobre o fundo de uma experiência de perda (CONTÉ, 1996).

necessidade, a sua demanda de amor. Deste modo, a criança alienada fica sujeita e dependente aos caprichos do Outro, que nem sempre está ali para saciar essa fome de amor. A identificação do sujeito com o objeto da suposta demanda do Outro, na neurose, é mediada pelo significante fálico, que é produto da metáfora paterna. Na medida que o objeto de satisfação pulsional é interditado a partir da castração, opera-se um sistema de equivalências, substituições e deslocamentos possibilitado pela linguagem, através do qual o sujeito pode se representar simbolicamente, bem como extrair prazer vinculado ao desejo. Segundo Fuentes (1999),

> para nascer enquanto sujeito, o ser vivente está destinado a assujeitar-se ao Outro da linguagem. Ao alienar-se, perde uma parte de si mesmo que não pode ser recoberta nesse campo. O sujeito já nasce em falta, dividido, extraído de seu corpo para habitar a linguagem que o define. O sujeito que nasce identificando-se aos significantes do Outro é sempre algo a mais que a representação e o sentido que aí pode encontrar; ele é também seu gozo. (FUENTES, 1999, p. 133)

A ética da psicanálise, por sua vez, consiste em fazer emergir a responsabilidade do sujeito não pela falta decorrente da castração, que é estrutural, pela sua posição de sujeito perante o gozo. Em seu artigo "Televisão" (1974), Lacan aborda o afeto da tristeza como efeito de uma posição subjetiva marcada pelo recuo do sujeito em situar-se em relação ao inconsciente, bem como à falta da estrutura. Em suas palavras, a tristeza é

> simplesmente uma falta moral, como se expressam Dante e, até mesmo, Spinoza: um pecado, o que quer dizer, covardia moral, que só se situa, em última instância, a partir do pensamento, ou seja, do dever de bem-dizer ou de orienta-se no inconsciente, na estrutura. (LACAN, 1974/2003, p. 44)

Para o autor, proliferam-se significações imaginárias, no sujeito neurótico, que colocam a causa daquilo que o afeta em razões externas. O Outro, portanto, é culpável pela desgraça do sujeito, uma vez que nunca aparece na medida certa. A ele se reivindica a restituição daquilo que falta ao sujeito, a saber: o amor, um lugar, o reconhecimento etc.. Fuentes (1999) aponta para o fato de que essa posição de reivindicação oculta a castração desse Outro, ou seja, a impossibilidade estrutural de recobrir sua falta, da qual o neurótico nada quer saber. Nesse sentido, implicar-se na tristeza não significa responsabilizar-se pela castração, mas pela própria posição subjetiva, o que implica posicionar-se perante a castração.

Já em seu sétimo seminário, intitulado *A ética da psicanálise* (1959-60), Lacan se refere à dor de existir, uma noção extraída do budismo e que, em sua obra, se refere à consequência de existir no campo da linguagem. Segundo Fuentes (1999), ex-sistir na

linguagem implica estar sujeito ao avanço da morte na vida, à irrupção do gozo que ultrapassa as redes do simbólico e a barreira do desejo fundado na ausência. Essa dor da castração denuncia o gozo fixado pela neurose como impossível, fracasso, tormento e destruição; e, ainda, como gozo do sofrimento de desligar-se. Todavia, diante da falta que a castração instaura, o sujeito pode recuar e nela defender-se no gozo da dor, como também despertar para a vida e o desejo diante do horror que ela evoca. O desejo, que é uma ferramenta contra esse gozo, desaparece nos momentos de depressão neurótica, nos quais o sujeito perde sua vestimenta fálica e identifica-se com os restos do Outro.

Por fim, a autora nos aponta para uma outra via na qual se podem compreender os fenômenos depressivos na estrutura neurótica: a inibição. Em seu texto "Inibição, sintoma e angústia", Freud (1925b) distingue o sintoma da inibição, afirmando que esta não se constitui necessariamente como um sintoma, mas que implica uma modificação extraordinária da função. Corresponde, nesse contexto, a um empobrecimento libidinal – no caso do luto – ou uma defesa do eu contra a emergência do isso. O sujeito se defende contra a angústia de castração gerada pela exigência de satisfação pulsional, portanto, através do sintoma ou da inibição. A partir do ensino de Lacan, pode-se dizer isso de outro modo, a saber: que há uma espécie de escolha do sujeito entre dois modos de defesa perante a exigência do gozo fálico, que a angústia sinaliza indicando o fracasso desse gozo impossível marcado pela castração. Uma das possibilidades de defesa é o sintoma – que, no sentido psicanalítico, se distingue do sintoma médico –, definido por Lacan como a substituição de um significante por outro, ou seja, uma metáfora, cuja significação resta inacessível ao sujeito pelo efeito do recalque – que, por sua vez, incide sobre os representantes pulsionais e os condensam, gerando uma forma substitutiva de satisfação. A outra possibilidade, por sua vez, é a inibição, na qual o sujeito se defende contra a angústia de castração e também evita o combate da formação sintomática. Nessa estratégia defensiva, segundo Fuentes (1999), indica-se uma posição do sujeito que nada diz dele. O sujeito se furta em fazer-se representar na mensagem própria do sintoma. Ele se retira do desejo, pagando o preço de uma dolorosa apatia, que se verifica na inapetência e na inibição generalizada das funções do eu. Abrir mão de seu desejo implica, portanto, o avanço devastador do gozo.

Deste modo, verificamos que, embora a psicanálise de orientação freudiana e lacaniana não inclua a depressão como uma categoria específica de sua gramática diagnóstica, ela reconhece os fenômenos depressivos em suas categorias e estruturas clínicas. Nesse contexto, implica a noção de sujeito, excluída do discurso da ciência, que demanda articulações com a ética – implícitas na ideia de responsabilidade pela posição subjetiva – e da

noção de causalidade psíquica. A psicanálise não se detém na descrição nem na quantificação dos sintomas depressivos, mas na busca de uma causa para os mesmos, que se integra às hipóteses etiológicas e à proposta de tratamento.

Segundo Fuentes (1999, p. 158), a perspectiva de Lacan "elucida a universalidade dos fenômenos depressivos abordando-os através da dor de existir no império da linguagem, trazendo novamente a dimensão da realidade do significante que antecede e se impõe ao ser humano". A autora identifica a possibilidade de abordar os fenômenos depressivos em psicanálise, na estrutura neurótica, a partir da posição subjetiva; da tristeza e a implicação do sujeito nesse afeto; da dor psíquica e do gozo envolvidos nesses estados; e do modelo de inibição, que remete à falta de metáfora discursiva do sintoma.

Leader (2009/2011), por sua vez, retoma a noção de luto em sua abordagem da depressão, que compreende a perda de um objeto de amor, ou mesmo de um ideal, que pode ser superada através do trabalho psíquico – que, por sua vez, envolve a aceitação da perda, a incorporação de aspectos do objeto perdido e o restabelecimento narcísico, bem como da disponibilidade para novos investimentos libidinais – ou então prolongada ao ponto de instalar-se como patologia. A compreensão psicanalítica do luto permite a extrapolação para diversas situações, para além da morte de um ente querido, como: a separação conjugal; a perda de uma imagem de si existente apenas a partir do olhar de um outro; a perda de uma posição profissional; o distanciamento de um lugar significativo; o desaparecimento de marcos e referências sociais, dentre outros – além da dimensão coletiva envolvida nestes processos.

Coser (2003), por outro lado, adverte de que o pedido que o paciente dito deprimido veicula é muito mais o de poupá-lo de um trabalho de luto que está por fazer do que qualquer outro. Nesse sentido, sua queixa – persistente, opaca, duradoura, intensa – de um sofrimento de natureza depressiva assinala não uma formação sintomática ordenada pela via do trabalho do significante, mas uma recusa da metaforização pressuposta no sintoma, tal como compreendido pela psicanálise. Evidenciam estados que mais escondem o sujeito do que o revelam; uma espécie de recuo ético que impede o sujeito de assumir as consequências da existência do inconsciente, cuja irrupção poderia se resumir na afirmativa: "eu não quero o que desejo" – o que Lacan chamou de covardia moral. Evidenciam, ainda, um trabalho paralisado, uma recusa em direcionar seu aparelho psíquico para ação, o que constitui um impasse no tratamento desses pacientes. Essa questão clínica implica, se não um mutismo, ao menos um ensimesmamento e alguma aversão à palavra, frente à qual é preciso tempo, além de encontrar formas de ir adiante. Para isso se faz necessária a desconstrução do paradigma

psiquiátrico vigente para, no movimento da transferência, se recompor o sentido de uma singularidade.

Já Kehl (2009) avança na articulação entre teoria social, filosofia e psicanálise, abordando o tema a partir da perspectiva da temporalidade. A autora propõe buscar nas condições sociais que caracterizam a vida contemporânea os fatores que incidem na própria constituição dos sujeitos, tornando-os mais propensos a se deprimirem – o que é diferente de pensar os fenômenos depressivos apenas como sintomas da estrutura neurótica. Essas são algumas das vias que possibilitam a compreensão da depressão a partir da psicanálise de Freud e Lacan e a forma como os termos "depressão" e "melancolia" são abordados nesse discurso.

2.6 – A depressão e a melancolia nos discursos filosófico e socioantropológico

O sofrimento acontece no tempo e no espaço e não são apenas as formas de nomeação que se alteram conforme a época e o contexto. Embora possam ser encontradas apresentações sintomáticas semelhantes em diferentes contextos, não se pode dizer o mesmo em relação ao sofrimento propriamente dito. Sofrer de melancolia na Grécia antiga não é absolutamente o mesmo que sofrer de acídia na Idade Média ou de depressão nos dias de hoje. O sujeito, bem como seu sofrimento, são constituídos na cultura, ao mesmo tempo em que a constituem. Daí a necessidade de se considerar as relações entre o sofrimento depressivo e os modos de vida daqueles em que ela se manifesta.

Na Antiguidade grega, o humor melancólico estava intimamente relacionado à capacidade de isolar-se das atribulações mundanas e de elevar o pensamento – sendo, portanto, inerente aos homens ilustres, bem como às suas atividades de reflexão e de criação. Embora Aristóteles buscasse modos de entender e abrandar a melancolia, ele considerava que uma certa quantidade de bile negra ao necessária ao gênio. Em seu *Problema XXX, 1*, escrito no século IV a.C., Aristóteles afirma que:

> todos os homens que foram excepcionais no que concerne à filosofia, à política, à poesia ou às artes aparecem como sendo melancólicos, ao ponto de serem tomados pelas enfermidades oriundas da bile negra (...) E dentre os heróis, muitos outros parecem sofrer o mesmo páthos que esses. Entre os mais recentes, Empédocles, Platão e Sócrates e muitos outros dentre os ilustres. E, ainda, a maior parte dos que se ocupam da poesia. Para muitos

> destes, estas enfermidades surgem de uma determinada mistura no corpo; para outros, sua natureza inclina-se visivelmente para este páthos. Todos são, então, para falar simples, tal qual a sua natureza, conforme foi dito. (ARISTÓTELES apud ALMEIDA; MOURA, 1997, pp. 23-24)

A retomada das ideias clássicas no Renascimento, segundo Solomon (2001/2014), permitiu que a melancolia fosse novamente relacionada à noção de profundidade e ao anseio pelo grande e o eterno. A fragilidade, de acordo com essa visão, seria a contrapartida da complexidade da alma e, muitas vezes, do dom artístico. Para o filósofo Marsílio Ficino, a mente torturada, afastada do mundo, era impelida para a pureza, tornando-se mais valorosa e disponível para a inspiração. Montaigne, por sua vez, apostava na filosofia como tratamento para a melancolia e criou um teatro de ilusão, onde encenava situações relacionadas às ideias delirantes, nas quais a aflição do acometido poderia ser aliviada. Du Laurens apostava que a melancolia podia proceder da maneira de viver e dos estudos aos quais a pessoa fosse ligada. Identificava diferentes graus para a melancolia e diferenciava aqueles que se mantinham dentro dos limites da saúde dos que os ultrapassavam. Ao supor a subdivisão da mente em razão, imaginação e memória, pôde atribuir à melancolia um problema da imaginação. Com a razão preservada, o melancólico não estaria privado de sua humanidade perante os olhos da Igreja.

Ao final do século XVI a noção de melancolia enquanto um sofrimento comum aos homens – e que, em alguns casos, poderia extrapolar os limites da normalidade – permitiu que fosse associada à aristocracia e entrasse na moda nos países da Europa ocidental. O descontentamento da classe alta, que se apresentava taciturna, irritável, austera, tornou-se um protótipo social. Já no final do século XVIII, o espírito do romantismo começava a se manifestar como desdobramento da desilusão com a secura da razão pura. Com ele, a melancolia voltou a ser considerada um estado privilegiado, enquanto o positivismo extremado passa a ser considerado, antes de tudo, ingênuo. Lamentava-se, nesse período, a efemeridade da vida, a passagem do tempo; e instalou-se um niilismo primordial, uma visão sobre a futilidade das coisas. No início do século XIX, Hegel afirma que a história não é o solo no qual cresce a felicidade e inicia o cinismo moderno. Para Kierkegaard, não apenas o homem era visto como melancólico, mas a própria vida. Já Schopenhauer afirmava que aquele que possui alguma inteligência verdadeira é capaz de reconhecer a infelicidade de sua condição. Nietzsche, por sua vez, considerava que saúde e doença não seriam essencialmente diferentes, mas apresentariam uma diferença de gradação – sendo que o exagero, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais constituem o estado doentio. Willian

James atribuía a fonte da alienação moderna à decadência na fé inquestionável em Deus – e a melancolia seria a crise relacionada a essa perda.

Atualmente, Sennett (2006/2012) e Ehrenberg (1998/2000) problematizam a questão da depressão em uma sociedade, ela própria depressiva, na qual o sofrimento singular comporta a dimensão coletiva de uma pressão psíquica inédita. Esta decorre das novas configurações do trabalho, em conformidade com o capitalismo tardio e, consequentemente, dos valores cultivados e transmitidos socialmente, desde a educação infantil até os meandros mais sutis das relações pessoais.

Trata-se de um culto à performance individual mediante o recuo do Estado-providência, concomitante ao delineamento do capitalismo no mundo contemporâneo. No lugar da crença em um progresso linear, garantida pelos antigos moldes institucionais, estabeleceu-se uma relação com o futuro caracterizada pela incerteza, em nome da mudança permanente. Conforme Sennett (2006/2012), torna-se necessário, portanto, fomentar uma orientação para o curto prazo no que se refere tanto às tarefas, projetos, lugares quanto às relações pessoais. É preciso, ainda, estar focado no desenvolvimento de habilidades, uma vez que a realidade demanda mudança e a cultura moderna celebra as capacidades potenciais em detrimento das realizações passadas. E, por fim, é requerida a disposição do sujeito em abandonar prontamente sua experiência prévia, estando ciente de que ninguém mais é detentor de seu lugar nas organizações, que o serviço prestado não implica a garantia de um lugar para si.

Cabe observar que as mudanças institucionais pautadas na fragmentação e na flexibilidade perante as demandas do mercado e, ainda, pautadas na desburocratização, onde o centro controla a periferia com menos camadas intermediárias na geografia de poder, ocorrem, sobretudo, nas instituições de ponta da economia – alta tecnologia, finanças globais e novas empresas de serviços, ou seja, uma pequena parte. Todavia, sua influência cultural ultrapassa as próprias fronteiras e instala a crença de que suas características são a tendência para o futuro. Segundo Ehrenberg (1991/2010), o empreendedor foi tomado como modelo, pois representa um estilo de vida pautado na tomada de riscos, numa sociedade que faz da concorrência interindividual uma justa competição. Nesse sentido, o culto da individualidade é levado às últimas consequências quando não se pode mais contar com a salvação coletiva, que é a transformação política da sociedade. Cada um deve aprender a governar a si mesmo, por si mesmo, além de encontrar, também em si mesmo, as orientações para sua existência. O que se dissemina por normas, imagens, modos de ação e discursos estereotipados repetidos em toda parte é a mitologia da autorrealização. Dinamismo, desafios, performances e outras

atitudes conquistadoras constituem o conjunto de disciplinas de salvação pessoal. Nas palavras de Ehrenberg:

> Quando não temos mais nada senão a nós mesmos para nos servir de referência; quando somos a questão e a resposta; o mito prometéico do homem sozinho no barco de seu destino e confrontado com a tarefa de ter de se construir, encontrar para si próprio, e por si mesmo, um lugar e uma identidade sociais, torna-se um lugar comum. (EHRENBERG, 1991/2010, p. 13)

O modelo ao qual o homem de massa deve aderir, a partir de então, é um modelo heroico representado pelo empreendedor, que conta apenas consigo mesmo e não depende de ninguém que não seja ele próprio. Deste modo, a ligação entre modernidade e heroísmo é central para se descrever e compreender as tensões que tais modelos implicam. Sennett (2006/2012) aponta para o fato de que apenas poucos são capazes de se adequar a um modelo como esse, sem maiores danos. O que se instala nessa aventura empreendedora e heroica – que se tornou a vida em sociedade – é um estado de insegurança ontológica e ansiedade generalizada; ou o que, no cerne de uma teoria do reconhecimento, poderia ser identificado como um estado de experiências improdutivas de indeterminação, bem como seus desdobramentos.

Perante o ideal de autonomia e performance cultuado em uma sociedade fortemente competitiva, perante a ameaça de ser visto pelo outro como pior, obsoleto, desnecessário, e situado num tempo que se comprime sob a carga da exigência, esta sim, infinita, o sujeito já sai perdendo, pois tropeça na largada, ou seja, nos ideais já incorporados. As habilidades pessoais, por mais diversas que sejam, tendem a ser percebidas pelos indivíduos como insuficientes perante a incerteza da recompensa, o fardo da concorrência e a imprevisibilidade do porvir. Ansiosos, insones, nervosos, exaustos e desgostosos, eles se perguntam: até quando? E como resposta: diagnóstico e medicamento. Nesse sentido, a psiquiatria contemporânea, biologicamente orientada, e a cultura do novo capitalismo se alinham mediante o consenso de que é o indivíduo, portador de uma doença – e, portanto, de um déficit de neurotransmissores –, quem deverá ser tratado, quimicamente, visando à correção dessa fragilidade que ameaça sua performance e, portanto, sua posição em cena. O diagnóstico e o projeto cultural que o embasa corroboram e sustentam, portanto, essa lógica social e política mais ampla.

Outra forma de compreender a depressão na contemporaneidade, segundo Leader (2009/2011), é como forma de protesto, seja ele consciente ou não. Ao serem considerados como “recurso”, como unidades de energia, como pacote de habilidades que pode ser

comprado e vendido no mercado nas sociedades industrializadas, os humanos resistem através da perda de energia e de seu potencial mercadológico. Conforme o autor, "muito do que atualmente é rotulado como depressão se enquadraria na ultrapassada histeria, no sentido de uma recusa das formas atuais de poder e dominação" (LEADER, 2009/2011, pp. 21-22). Nesse sentido, quanto mais a sociedade reforçar os valores de eficiência e produtividade, autonomia e independência, mais a depressão irá se propagar como uma consequência necessária.

Uma lógica semelhante se observa diante da propagação do sofrimento depressivo na mesma proporção que são promovidos ideais e modos de vida relacionados ao prazer, à saúde e à felicidade. Segundo Kehl (2009, p. 23), "a depressão é a expressão de mal-estar que faz água e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia *prêt-à-porter*, da saúde, do exibicionismo e, como já se tornou chavão, do consumo generalizado". Diante da obrigação de ser feliz, em uma sociedade que valoriza a competitividade e a conquista, que aposta na euforia como valor agregado a todos os bens em oferta no mercado, afirma a autora, a tristeza e as demais manifestações da dor de viver são intoleráveis.

Disso podemos extrair um paradoxo: se, por um lado, o discurso psiquiátrico, ao definir a depressão como doença, parece combater os efeitos estigmatizantes do discurso moral; por outro, ele permite que seus sintomas sejam tomados como uma deformidade que deve ser corrigida. Se o deprimido dispõe de medicamentos que permitem a ele livrar-se do desânimo e da tristeza, além de restituir sua condição autônoma e produtiva, então essa passa a ser a sua obrigação. Vista por esse ângulo – ou seja, desde onde se misturam o discurso psiquiátrico, em seu viés ideológico, e o discurso do capitalismo –, a depressão pode ser equivalente a uma falta moral.

Outra via de abordagem da questão da depressão nesse campo discursivo ainda nos é apresentada por Kehl (2009) a partir da experiência do tempo – que, na contemporaneidade, tende a se reduzir à experiência da velocidade. O tempo, enquanto construção social, constitui uma face menos visível do poder, porém onipresente, através dos mecanismos que o controlam e, assim, marcam toda ordem social. Deste modo, a temporalidade, que corresponde às formas de organização e percepção subjetiva do tempo, constitui um dos modos de regulação social da pulsão.

A autora nos mostra, a partir da teoria psicanalítica, que o próprio sujeito advém de uma relação temporal, ou seja, de um "intervalo sempre em aberto, que pulsa entre o tempo

próprio da pulsão e o tempo urgente da demanda do Outro[24]" (KEHL, 2009, p. 112). É durante a espera do objeto de satisfação, ou seja, em um intervalo de tempo vazio, que o psiquismo se instaura, a partir do trabalho de representação desse objeto. Por isso, a experiência subjetiva do tempo compreende a possibilidade de um saber possível do sujeito do inconsciente.

Todavia, nos diz a autora, a temporalidade contemporânea, frequentemente vivida como pura pressa, atropela a duração necessária para a sustentação do saber do sujeito e, assim, o predispõe à queda na depressão. "Aproveitar bem o tempo", ela afirma, "é um dos imperativos da vida contemporânea" (KEHL, 2009, p. 124). Isso faz como que cada minuto exija uma decisão e comporte a promessa de alguma forma rápida de satisfação. Com a primazia da mediação tecnológica do tempo, em detrimento das relações do homem com a natureza – ou seja, os ritmos do corpo; os estados da mente, que não o das sensações fugazes e das percepções instantâneas; as horas de luz do dia ou as estações do clima –, a experiência da temporalidade do indivíduo, sob o capitalismo liberal, é progressivamente invadida pela marcação que caracteriza o tempo de trabalho. Mesmo as horas ditas de lazer passam a ser "marcadas pela compulsão incansável de produzir resultados, comprovações, efeitos de diversão" (KEHL, 2009, p. 125), o que as tornam tão vazias e cansativas quanto o tempo destinado à produção. Portanto, argumenta Kehl,

> algo do valor da vida se perde quando o tempo, matéria do vivido, passa a ser tributário dos instrumentos científicos criados para sua medição, hoje a serviço de um Mestre que reina sobre quase todo o planeta na forma dos caprichos, sempre misteriosos aos olhos do homem comum, do capital financeiro globalizado (KEHL, 2009, p. 124)

É, portanto, a partir dessa perda que se pode pensar na temporalidade do deprimido, cuja inadaptação ao imperativo de aproveitar e fazer render a vida provavelmente revele a memória atualmente recalcada, ou ao menos reprimida, de outra temporalidade, "própria do tempo em que o tempo não contava" (KEHL, 2009, p. 125). Sob a aparente imobilidade e estagnação de uma temporalidade distendida, o depressivo recusa esses imperativos – bem como a urgência da vida contemporânea – desajustados do tempo sôfrego do capitalismo. Segundo a autora, mesmo que não seja uma intenção política o que motiva essa recusa, a lentidão do depressivo oferece uma resistência às modalidades de gozo oferecidas. Sua maneira de gozar é particularmente lenta e constitui um refúgio contra as demandas de gozo

[24] A noção lacaniana de Outro (ou "grande Outro") é concebida como o universo de significantes que o sujeito encontra desde o seu ingresso no mundo. Designa o universo simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente – que determina o sujeito em sua relação com o desejo. Difere-se da noção de outro (grafado com "o" minúsculo), que corresponde ao outro imaginário, à alteridade especular.

do Outro; entretanto, quanto mais o deprimido se esconde, mais se coloca à mercê deste Outro.

Este tempo em suspenso diante das demandas do outro "é uma experiência da temporalidade em que o fio do tempo deixa de ser tensionado pelo Outro para ser tecido pelo sujeito, no ritmo que lhe é próprio, ao sabor de suas inclinações" (KEHL, 2009, p. 21). Todavia, essa autonomia decorre da inconsistência das formações imaginárias que sustentam a fantasia e as representações esperançosas do devir e que, portanto, também se encontra na origem de sua inapetência para a vida. Em seu trabalho, Kehl (2009) avança no sentido de explicar como a regulação temporal que caracteriza a vida contemporânea incide na própria constituição do sujeito a ponto de torná-lo mais propenso a se deprimir, além de determinar um crescimento tão rápido dessa forma de sofrimento.

Embora tenha se tornado cada vez mais clara a associação entre formas de vida e sofrimento psíquico, e se tenha avançado na direção de descrever essa associação, Dunker (2015) aponta para o fato de que ainda não se encontrou um modelo que permita comparar clinicamente modalidades de sofrimento com tipos de sintoma, no quadro do que se poderia chamar de uma psicopatologia crítica. Para o autor, a multiplicidade de entradas clínicas não é uma questão de soma de argumentos e práticas, ao gosto do caldeirão biopsicossocial, mas um esforço na direção da crítica das práticas diagnósticas, de forma articulada com uma história das práticas clínicas e com uma interpretação social da produção de sintomas.

Capítulo 3 – Análise das entrevistas

Entrevista 1

Este relato é de uma mulher de 59 anos que se dispôs a conceder uma entrevista a partir do meu convite, decorrente da indicação de um amigo em comum. Ela se mostrou interessada em contribuir com uma pesquisa sobre depressão; falou a respeito da expectativa de que pudesse, dessa forma, ajudar outras pessoas que sofrem. A análise do seu relato, por sua vez, nos permite distinguir três sequências narrativas compostas, cada uma, por uma experiência de sofrimento, um ato diagnóstico, um tratamento e uma compreensão acerca do sofrimento.

Na primeira dessas sequências narrativas, o sofrimento é reconhecido como uma experiência de estranhamento, como algo que não pertencia a ela mesma; é apontado como uma "dificuldade de lidar", "de acordar", "de estar feliz", "uma coisinha aqui, uma coisinha ali" que resulta na perda "do que você é" e "do rumo da própria vida". Ela descreve inicialmente a depressão como algo em que "você chega e você entra", "você caminha para ela. Quando ela estava acontecendo eu realmente não achei que era. Não percebi de imediato que era depressão." Nessa passagem, em que ela expressa a autopercepção do problema, produz-se uma marca temporal através da qual se distingue um antes e um depois da depressão, o que podemos considerar um de nossos operadores de análise do discurso da depressão, tendo em vista a regularidade com que aparece nos relatos estudados e a forma como caracteriza esse tipo de discurso. Neste caso, há uma noção de entrada progressiva em um estado diferenciado do habitual, como podemos ver na passagem seguinte:

> O problema é assim... por exemplo: eu sou uma pessoa, até hoje – sempre fui, a não ser no período de depressão –, que sempre escolheu ser feliz todo dia. Eu brinco muito com isso, todo dia eu acordo e falo assim: "oba! Hoje eu vou ser feliz!" De repente as coisas começaram a ficar muito difíceis de lidar, vamos dizer assim; difícil de acordar, de estar feliz. Existia assim um sentimento de que talvez eu não estivesse agradando: "será que eu não estou agradando no que eu falo, será que eu não estou sendo aceita? Será que eu estou sendo rejeitada e não estou enxergando a rejeição? Será que eu estou sendo tão bobinha que eu nem percebo essa rejeição? Ela existe? Como é que é?" Começa uma coisinha aqui, uma coisinha ali; e, de repente, você vai perdendo um pouco, ou muito, o rumo da tua vida, o que você é. Sabe? Vai mudando, vai minando aquilo, né?

Se, por um lado, ela se reconhece e se identifica com a felicidade em seu estado habitual; por outro, a experiência do sofrimento psíquico produz uma falha, um ruído nessa identificação e nos permite observar outra marca discursiva, que elegemos como mais um de nossos operadores de análise, ou seja, a oposição entre si mesmo e depressão. Ambas as oposições destacadas – antes e depois; si mesmo e depressão – nos remetem à possibilidade de estarmos diante de índices que nos apontam para a divisão subjetiva, como também para uma espécie de fragmentação narcísica, o que poderia ser investigado mais cuidadosamente em situação da análise, com cada sujeito. Observamos, aqui, como a percepção do sofrimento implica uma experiência de estranhamento, de não identidade consigo mesma. Logo no início desse fragmento, é estabelecida uma oposição significante nítida entre depressão e felicidade. Nota-se, ainda, o abandono da primeira pessoa do discurso, o pronome "eu" – utilizado para descrever a condição em que ela se reconhece, ou seja, como alguém que "*sempre escolheu ser feliz todo dia*" – e o emprego do termo "você" para falar de si, já nesse outro estado – a depressão –, como se falasse de um outro indeterminado, produzindo um efeito de distanciamento e de generalização em relação ao que é dito, ou mesmo um efeito de autoridade que está em jogo na persuasão do interlocutor, que se torna o destinatário de um saber acerca da depressão.

É interessante observar que são identificadas algumas questões acerca da percepção de si em relação ao outro. Ela se questiona se está sendo aceita ou rejeitada e apresenta dúvidas relacionadas ao quanto a sua percepção corresponde aos fatos. Essas questões apontam para a sua posição subjetiva em relação a um outro significativo, provavelmente também para a montagem da sua fantasia, e seriam material de trabalho psicanalítico. Contudo, no relato de sua experiência, isso parece ficar de fora de qualquer ato de reconhecimento, seja por ela ou pelos outros que participam da nomeação do seu sofrimento. Há, novamente, a expressão de um certo ideal de felicidade que claudica. Como vimos, ela se reconhece nas insígnias desse ideal, mas não na experiência de sofrimento. Isso é observado também no fragmento seguinte:

> E aí a gente estava vivendo um momento muito bem de grana, ótimo, maravilhoso. Saímos de férias com a minha irmã – que eu amo –, o marido dela – que eu amo –, o meu ex-marido – que eu amava –, um casal de amigos – que eu adorava. Fomos pra praia, tudo lindo, passar o réveillon. Tudo ótimo! Tudo direitinho, entre aspas, porque eu não estava bem, mas eu não conseguia entender. Até me dava raiva porque, se está tudo bem, como é que eu não estou bem? Parecia que eu não vestia o meu corpo, a minha roupa, eu mesma. Eu não era eu!

Aqui podemos observar uma efusão de afetos através da repetição de adjetivos, bem como do significante "amor", além do significante "raiva" e dos traços narcísicos relacionados não apenas à ideia de felicidade, mas também à de perfeição. Quando se percebe distanciada desses ideias, ela não se reconhece. Observamos ainda, nesse fragmento, o indício de uma outra marca discursiva que tende a se manifestar no discurso da depressão: a oscilação entre estar bem e mal, estar melhor e pior, como veremos com mais nitidez adiante, bem como nas demais entrevistas.

O relato prossegue com a narrativa de um conflito e de uma situação subsequente em que se viu sozinha, enquanto os demais saíram juntos. Isso desencadeou o que ela descreve como uma primeira grande crise, que a fez retornar à sua casa sem avisar os companheiros de viagem e passar alguns dias entregue ao sofrimento. Todavia, ela se refere aos fatos precursores dessa crise como "*bobagem, não era nada importante, era uma bobagem*", e as questões subjacentes – referentes à sua posição no laço com o outro, ao significado de solidão para ela – permanecem de fora do que veio a se constituir como uma primeira experiência de nomeação do sofrimento, como veremos no fragmento a seguir. Em meio a ideações suicidas, ela novamente tem uma percepção do que lhe ocorre como experiência de estranhamento, de alteridade em si, o que desencadeia um pedido de ajuda endereçado ao médico, um ato diagnóstico e um ponto de virada da narrativa:

> Aí falei: "Para! Que é isso, está maluca? Quem é essa pessoa, não é você! Para com isso!" Peguei o interfone, liguei para um amigo meu, que é médico, que morava no prédio, a mulher dele atendeu e falei: "N., sobe com o M. que eu estou pensando em me matar, eu não estou bem. Aí eles subiram e eu pedi socorro. Falei: "Eu não sei o que está acontecendo comigo. Não sou eu! Que é isso? Eu fiz isso, isso, isso, eu não estou sabendo lidar". Aí ele falou: "É uma depressão. Você está com depressão".

A partir desse ato diagnóstico podemos observar alguns de seus efeitos e desdobramentos. Enquanto, no início dessa sequência narrativa, a experiência de sofrimento comportava certa indeterminação – referente à sua natureza e causalidade, aludidos apenas através de algumas de suas ações e da interrogação acerca do que era "isso" –, essa experiência de sofrimento recebe um nome a partir do ato diagnóstico, "depressão", que, por sua vez, estabelece a intersecção com o discurso psiquiátrico. Os passos seguintes, que podemos chamar de efeitos pragmáticos do diagnóstico, foram a medicação durante um mês e a orientação para que se mantivesse sempre acompanhada de outra pessoa, até melhorar. Depressão vem como resposta à pergunta "*não sou eu, o que é isso?*" Caso tivesse sido endereçada a um psicanalista, a pergunta poderia retornar a ela não como um nome dado pelo

outro, mas como novas perguntas na direção da investigação deste "*isso*", possibilitando o reconhecimento da divisão subjetiva e a abertura para o inconsciente. Mas a resposta dada foi "depressão", possibilitando efeitos subjetivos de identificação – com uma categoria psicopatológica, com o grupo dos deprimidos – e de reconhecimento pelo outro – que identifica, classifica e nomeia aquela forma de sofrimento –, aos quais podem ser atribuídos boa parte do efeito terapêutico dessa intervenção. Esse nome ainda a fez lembrar de sua mãe, que, segundo ela, "*viveu a vida inteira com depressão*". Isso parece não ter produzido uma questão para ela. Mas o que teria a ver o sofrimento de ambas? A mãe pode ser reconhecida como deprimida e, portanto, ser a portadora desse traço de alteridade com o qual não se identifica? Essa também poderia ser uma via de investigação do trabalho psicanalítico. O que se observa, contudo é a instalação de uma imagem que, para ela, sintetiza e explica os acontecimentos:

> Ficou a imagem, que ficou para mim, foi assim: que funcionou muito bem pra mim, que eu tinha alguma coisa na minha cabeça que funcionava meio como aquele liquidozinho da pilha, sabe? Uma coisa meio assim. E que, de alguma maneira, esse líquido... acabou! Não tinha mais. Faltou meu gás, faltou essa coisa. Então o que eu precisava? Fazer alguma coisa que me desse de novo, recarregar essa pilha.

Essa imagem aponta para o que poderíamos chamar de "figuras da depressão", identificadas com frequência nos relatos analisados e que caracterizam o discurso da depressão. Elas nos permitem observar que a depressão tende a se constituir como um objeto discursivo através de figuras que se esboçam através de metáforas – como, por exemplo, esta: de uma pilha cujo líquido responsável pelo seu funcionamento acabou – e de metonímias – como, nesse fragmento, a "falta de gás" e a possibilidade reabastecê-lo. Logo em seguida, ela se consulta com uma amiga e médica endocrinologista que corrobora a imagem relatada e a relaciona com a serotonina:

> E aí ela falou assim: "Olha, existe uma coisa na gente que chama serotonina, que tá muito ligada com essa coisa que você está falando aí da pilha. Pode ser que isso seja esse liquidozinho aí que você fala. E essa serotonina tem muito a ver com essa coisa do prazer. Então pode ser que você, que sempre foi muito abnegada, gosta de fazer tudo para os outros... pode ser que você não está fazendo para você. Você precisa começar a fazer coisas para você que te deem prazer; mas não é só fazer a coisa que te dá prazer, é ter consciência do prazer".

A pilha metafórica, cujo líquido se acabou, é assim atravessada pelo discurso médico e ganha consistência ao ser atrelada à noção científica dos neurotransmissores e de uma relação direta e retroalimentada entre a produção de serotonina e experiência de prazer. Aqui a ideia

de estar doente é sancionada pela teoria da doença. Podemos relacionar essa consulta médica a um segundo ato performativo, que, junto do ato diagnóstico precedente, tem como efeito a criação de uma nova realidade. A partir de então, a entrevistada se identifica com uma pilha esvaziada, que precisa se reabastecer de uma substância química através de experiências de prazer, acompanhadas da consciência das mesmas. Opera-se um processo de educação de si. Adota uma nova rotina, ou seja, novas consequências pragmáticas do diagnóstico, que incluem exercícios físicos, dieta e o hábito de perceber o prazer em cada gesto de sua vida cotidiana; e, assim, obtém um efeito de melhora. Experiências de prazer, portanto, alinham-se com estar melhor, em oposição ao estado anterior de "*pilha vazia*", pior. Enquanto isso, outro índice da sua gramática eu-outro sofre uma intervenção pedagógica da médica: ela deveria fazer coisas para si mesma, e não apenas para outro; ser menos "*abnegada*".

Após alguns meses, entretanto, esta "*coisa*", então nomeada "depressão", começa a dar sinais de seu retorno, desencadeando uma recaída no processo de reconhecer-se como "*coisa*", "*pilha vazia*", "*objeto residual inútil*". A partir de então, podemos considerar o início de uma segunda sequência narrativa, dentro da qual se observa um novo ciclo semelhante ao ciclo anterior e ao subsequente, no que se refere à estrutura – experiência de sofrimento, diagnóstico, tratamento e uma compreensão que se extrai dessa experiência –; mas, todavia, diferente em relação aos efeitos. Vejamos: "*depois de quase um ano eu comecei a ver que eu ia coisar de novo e eu comecei a ver que isso estava muito associado com o meu casamento – que não estava indo bem –, e a coisa começou a ficar misturada com isso. E eu falei: 'Hum... alguma coisa está ruim, e tal'*".

Retenhamos o verbo neológico "*coisar*" (literalmente: tornar-se coisa). Até o ponto em que ela diz para si mesma "*Ai gente! Eu preferia ser surda, juro por deus, do que ficar ouvindo esse homem falar na minha cabeça. Eu não aguento!*" e amanhece, no dia seguinte, com um importante déficit auditivo – o que nos remete às clássicas conversões histéricas. Após internação, exames e medicação, o fato a levou a considerar a seriedade de seu estado e, assim, a procurar um psiquiatra. Este, por sua vez, atribuiu o seu problema ao "*estresse*" e prescreveu antidepressivos – ou seja, um novo ato de nomeação do sofrimento, também referido ao discurso psiquiátrico – e um breve tratamento medicamentoso, que durou poucos meses. Paralelamente, viveu um processo de separação conjugal, ao qual atribui grande sofrimento, mas a partir do qual passa a diferenciar o que chamou de "*dor real do luto*" do que seria a "*depressão*" propriamente dita. Esta, em oposição àquela, teria, portanto, o estatuto de uma "dor irreal", de uma ilusão? O que caracterizaria essa diferença? Observa-se, nesse trecho do relato, ilações que manifestam uma desconexão causal, uma impossibilidade

de identificação e reconhecimento de relações de causalidade psíquica ou relacional na depressão. Nesse caso, as "*bobagens*" mencionadas anteriormente não poderiam ter qualquer relação com os fenômenos depressivos a elas subsequentes, tendo em vista a constatação de que já havia passado por outras situações piores, como por exemplo, o próprio término do casamento. A ideia do surgimento de uma "*tristeza sem motivo*", que "*vem do nada*", aparece frequentemente nos relatos analisados, como veremos, e também constitui o discurso da depressão.

Deste modo, depressão é caracterizada como uma experiência de sofrimento alheia a si mesma, pela qual é ocasionalmente tomada, mas onde não cabe implicação subjetiva e consequentemente nenhuma narrativização. O que cabe à entrevistada é reconhecer os sinais descritivos do seu retorno, da aproximação deste objeto intrusivo e demandar novamente o tratamento medicamentoso ao médico. De acordo com o seu relato, isso se repetiu após sete anos, o que identificamos como uma terceira sequencia narrativa, bem como um novo ciclo de sofrimento, diagnóstico, tratamento e compreensão acerca do sofrimento. Neste ponto já se observa uma demanda direta pelo medicamento, endereçada a outro psiquiatra, marido de uma amiga. Se nos primeiros ciclos há o endereçamento de uma narrativa de sofrimento ao outro, neste isso não se verifica mais. O outro deixa de ser um interlocutor na busca da construção de um saber sobre esse sofrimento e torna-se um intermediário para reiteração do diagnóstico realizado anteriormente – e que, nesse ponto, transforma-se em autodiagnostico –, bem como para a sanção do tratamento medicamentoso. O sofrimento passou a ser identificado por ela como índice de depressão, o que indica, portanto, uma expansão do núcleo semântico inicial. O autodiagnóstico e a demanda pelo tratamento, por sua vez, foram diretamente aceitos pelo médico, prescindindo de qualquer investigação causal:

> Eu liguei para ele e disse: "M., quero marcar uma consulta com você. Ó, não estou em depressão, mas estou sentindo que estou indo. Eu posso começar a tomar remédio?" Ele disse: "Pode, um remédio assim, assim, assado, não tem problema; você pode tomar o resto da vida, não vai fazer mal nenhum. Agora é uma geração ótima, uma geração boa, não sei o que, parará...". Eu tomei uns cinco anos. Fiquei ótima mesmo, puf! Uma beleza!

Cabe destacar nesse fragmento a oposição entre estar pior ("*indo para a depressão*") e melhor ("*ótima mesmo*", "*uma beleza*"), tendo agora a medicação como intermediária. E, ainda, o apelo retórico do significante "*geração*" no discurso do médico – remete à ideia, de cunho ideológico, do surgimento de novas gerações de medicamentos que superam as anteriores, com promessas de maior eficácia e de redução de efeitos colaterais, presente em discursos destinado à divulgação de novas drogas. Ao finalizar o relato, a entrevistada

apresenta algumas de suas conclusões: a diferença entre os problemas reais, que podem ser explicados, resolvidos e suportados; e, por outro lado, a depressão, que não é real e que tampouco se constitui como problema – e, por isso, não pode ser enfrentada sem a ajuda dos medicamentos. Ela se refere a alguns conflitos, à tristeza decorrente de um desejo que não se sente no direito de realizar: "*Nesse período eu fui percebendo, às vezes, de eu ter problemas sérios na vida; e eu perceber o que é problema que dá pra você aguentar, que dá pra você resolver, e o que não é problema. Porque a depressão, ela não é problema*". Reitera-se, portanto, a desconexão causal, característica do discurso da depressão.

Outra conclusão apresentada é a de que a depressão "*é química*", como o líquido da pilha, cuja prova poderia ser extraída a partir da racionalidade depressiva, segundo a qual o diagnóstico, bem como a causa a ele atribuída, se deduzem a partir do efeito do medicamento. Nesse sentido, depressão é aquilo que melhora com antidepressivos, acompanhados dos supostos efeitos químicos do prazer e do exercício físico, anteriormente relacionados pela médica endocrinologista com a serotonina. Se estes agem quimicamente no organismo, logo a causa da depressão é um déficit químico. Esse raciocínio aparece no fragmento seguinte:

> A mim ficou parecendo que era uma coisa minha que desgastou, que faltou. Pra mim, é químico. Para mim, foi uma coisa química. Sabe, tanto que você tomava uma química e aquilo resolvia. Agora, eu também acho que não era só a coisa química que talvez... ou talvez a coisa só química ia demorar mais tempo. Eu acho que esse conselho do prazer, de você voltar para você e fazer esse esforço do exercício físico, o deslumbramento com a vida...

Novamente é possível observar indícios dos seus ideais de perfeição e felicidade quando ela se refere ao "*deslumbramento com a vida*". E, por fim, uma segunda figura da depressão, a fumaça do gelo seco, corroborando a ideia de que a depressão não é causada por um fato, por um acontecimento, por uma interpretação ou atitude formada perante acontecimentos, mas por algo interno, amorfo, intangível, e do qual decorre uma dor irreal e assustadora:

> Sabe? Então... às vezes fica parecendo que não é uma coisa externa que vem e que causa. A coisa externa te causa dor, dor real, dor com que você tem que lidar. Agora, a depressão, não. A depressão é como se fosse aquele gelo seco, aquela fumacinha que vai entrando em você assim, e vai impedindo que você reaja do jeito que você normalmente reage. Para mim a imagem, mesmo, é quando você guarda a pilha muito tempo, que a pilha vaza, aquele líquido vai embora. É um líquido aquilo, né? Ele vaza. Para mim é aquela coisa, parece que saiu aquele líquido e faltou aquele líquido que precisava para dar o curto e você falar: "Opa! Eu liguei de novo, eu funciono de novo". Demorou muitos anos para eu perder o medo dela. Para eu ficar segura e falar assim: "Não, não vai... eu não preciso temer". Porque não é que não vai

> acontecer. Não vai acontecer, na verdade, porque eu acho que eu consigo perceber antes e vou me tratar. Quer dizer: tem sinais, você pode perceber. É que, no começo, você não percebe.

Essas figuras da fumaça do gelo seco e do líquido que vaza da pilha nos remetem ao caráter amorfo, intangível, disperso, intrusivo tanto do sofrimento quanto do mal-estar – em oposição ao caráter mecânico, concreto e, portanto, controlável do mecanismo de ligar e desligar de um aparelho – que se presta a representar a depressão, bem como o seu tratamento. A imagem da pilha vazia, sem o seu líquido, também remete ao "seco" do gelo. Ao finalizar, a entrevistada faz menção a alguns conflitos atuais, decorrentes de um desejo que não se sente no direito de realizar – mas que, segundo ela, são fontes de tristeza, e não de depressão. Sua posição em relação ao próprio desejo, suas implicações relacionais, são então logo postas de lado, para que seja retomada a noção de que a depressão é química.

Entrevista 2

Esta entrevista decorreu da própria iniciativa do entrevistado, um homem de 45 anos, que se dispôs a relatar sua experiência de depressão na ocasião em que soube do tema desta pesquisa e do meu interesse nesse tipo de relato. Dentro do nosso conjunto de entrevistas, ela nos permite observar diferentes etapas de nomeação do sofrimento caracterizadas por variações no discurso do mestre; e, especialmente, efeitos distintos na forma de perceber, compreender, falar, tratar e dar um destino ao sofrimento, conforme cada ato de nomeação e os diferentes significantes-mestre neles em jogo. Identificamos, portanto, três sequências narrativas que comportam, cada uma delas, uma experiência de sofrimento, um ato diagnóstico, um tratamento e uma compreensão acerca do sofrimento.

Na entrevista anterior, onde também se observam três sequências narrativas, o ato diagnóstico inicial, pautado no discurso psiquiátrico, vai sendo reiterado a cada etapa de nomeação. Como resultado, é produzida uma consistência discursiva que institui uma prática de identificação precoce do sofrimento, que prescinde do outro para ser reconhecido como depressão, e de uma demanda direta, endereçada ao médico, pela respectiva medicação. Já nesta entrevista, por sua vez, observamos um aumento de flexibilidade da racionalidade diagnóstica e um incremento na diversidade de efeitos pragmáticos e subjetivos produzidos pela heterogeneidade discursiva em jogo na relação com o outro e, portanto, pelos

significantes-mestre provenientes não apenas do discurso psiquiátrico, como também do discurso psicológico e psicanalítico, como veremos mais adiante.

Ou seja, este relato nos permite observar que o sofrimento foi reconhecido e nomeado em cada situação de formas distintas, o que repercutiu no tratamento dado a ele, no significado que este passou a ter a partir de cada ato diagnóstico, nas transformações em relação à forma de lidar com o sofrimento e de endereçar ao outro um pedido de ajuda, além de ter produzido modificações nas próprias manifestações sintomáticas, bem como na posição do sujeito perante o sofrimento, nos laços sociais e no trabalho.

A princípio, o sofrimento que se instalou foi identificado pelo entrevistado como um problema no corpo. Sua hipótese era a de que havia se tornado portador de um câncer no pênis, o que lhe provocava um medo intenso e comprometia o andamento de suas atividades cotidianas, a ponto de não conseguir mais trabalhar e nem permanecer sozinho. Por isso, passou a recorrer à companhia da mãe enquanto a esposa trabalhava, ou mesmo dos porteiros e demais funcionários e moradores do prédio em que vivia:

> É, então... puts, eu estava com uns 27, 28 anos. E foi meio delirante, eu encanei que eu estava com câncer no.... no pau, no pênis. E que ia ter que cortar fora. E essa ideia não... puts, eu não conseguia me livrar da ideia, de jeito nenhum. O pensamento ficava me visitando o dia inteiro, eu ficava olhando o dia inteiro, mexendo para ver se.... comecei a ir num monte de médicos, e aí... puts, não resolvia, sabe? Fui em urologista e dermatologista, mas eu não me convencia. Eu tinha uma mancha que precisava tirar, mas eu achava que... puts, que era... que era câncer. Os caras falavam: "Não, não é". Para mim era. E voltava, ficava, meu, horrível. Aí não conseguia trabalhar direito, não conseguia fazer nada, não conseguia ficar tranquilo. O tempo todo ficava pensando nisso, esperando a hora de dormir para poder dar uma desligada. Porque eu já acordava, né?, pensando; mega obsessivo, assim, mas não sabia nada de neurose obsessiva. O que aconteceu foi isso. Aí um dia eu estava na casa da minha avó e uma tia minha falou: "Meu, você precisa ir num psiquiatra; você precisa fazer alguma coisa; tem um cara aqui que é legal e tal", e que era um cara bom, do psicodrama e tal.

Esse fragmento nos remete à noção de hipocondria, cuja concepção milenar, desde Hipócrates e os médicos da Antiguidade, coloca em questão a dicotomia psique-soma. Foi concebida, nesse período, como doença do hipocôndrio – o que está sob as costelas – e situada, tal como a melancolia, entre as patologias dos "humores". Suas descrições atravessaram os séculos, transformando-se conforme os sistemas de compreensão do corpo e do psiquismo. No século XX, Freud a definiu como como uma manifestação patológica da libido do eu e a classificou como uma "neurose atual", ao lado da neurastenia e da neurose de angústia. Todavia, a hipocondria não chegou a constituir, em psiquiatria, uma categoria psicopatológica específica, embora seja considerada uma espécie de comorbidade de quadros

como a depressão, as síndromes pré-demenciais, a paranoia, dentre outros. Seus traços apontam para uma preocupação dominante, ou para um temor excessivo e contínuo de doenças imaginárias e dos destinos funestos a elas supostos pelo hipocondríaco (OURY, 1996). Notemos que a hipocondria é um grande paradigma das propriedades narrativas e auto-hermenêuticas dos transtornos mentais, uma vez que se trata de uma patologia inteiramente definida pela convicção do paciente de que ele está doente. Ou seja, uma "doença mental" caracterizada pela mimese hermenêutica de uma "doença não mental". Vemos aqui como o sofrimento do entrevistado se vale do discurso médico, por meio da suposição de um câncer, para se expressar e, ainda, insiste perante a recusa dos especialistas dessa hipótese diagnóstica e o fracasso desse saber que não alcança uma verdade. O entrevistado interroga seu órgão e aquilo que se mostra insignificante para o outro assume, para ele, um valor extraordinário – valor que nos remete à hipótese de um gozo relacionado a um órgão que, por sua vez, assume a função de um equivalente fálico na hipocondria.

O sofrimento em questão só passou a ser considerado de ordem psíquica a partir do reconhecimento de um familiar, que recomendou que ele procurasse um psiquiatra. Até então, a aflição gerada era tida como consequência de um problema físico. O psiquiatra, por sua vez, corroborou a hipótese de transtorno psíquico ao realizar o diagnóstico de "*depressão com traços de transtorno obsessivo compulsivo*", seguido da prescrição de medicamento antidepressivo.

> O que ele disse é que era isso, que era depressão com traços de transtorno obsessivo-compulsivo. E que era uma coisa que resolveria com o remédio. Que não precisava de nenhuma psicoterapia. Ele achava assim, que não havia questões existenciais pra tratar, que eu já era uma pessoa que elaborava muito.

Esse fragmento nos permite questionar o que estaria em jogo nesse raciocínio médico, no que se refere à causalidade dos sintomas. Se, por um lado, ele se refere à "*elaboração*" de "*questões existenciais*" possivelmente como um aspecto relevante do quadro psicopatológico; por outro, ele supõe uma quantidade suficiente dessa elaboração em seu paciente – descartando, segundo o relato, a relevância desse tipo de investigação para ele. Levantamos aqui a hipótese do atravessamento do discurso psiquiátrico contemporâneo, cuja racionalidade aponta para uma suposta etiologia orgânica da depressão para a qual é suficiente o uso da medicação, ou seja, uma terapêutica que incide sobretudo no corpo do paciente. Isso também parece evidenciar a desconexão causal, que, a partir dos relatos analisados, revela-se como característica comum do discurso da depressão. Embora o entrevistado não faça menção direta

a essa desconexão, ela pode ser inferida a partir da forma como o sofrimento se manifesta discursivamente nesse ponto do relato, ou seja, pela suposição de uma doença orgânica e a busca de sua confirmação. A partir de então, houve um período de ajustes relacionados à medicação, seguido de uma melhora dos sintomas, bem como de desdobramentos significativos relacionados ao trabalho e ao casamento, como podemos verificar no trecho a seguir:

> Comecei a tomar esse Anafranil e foi legal. Foi legal para cacete, porque aí fui num dermatologista, ele fez uma cauterização, ficou tudo bem. Aí eu consegui terminar um casamento, um namoro – morava junto com uma mulher há uns cinco anos, uma relação infernal –; consegui terminar e sair fora disso. Comecei a trabalhar num emprego fixo, ganhar dinheiro. Realmente, foi legal o antidepressivo! Teve um puta efeito. Saí do... sabe, acabou! A série obsessiva do pensamento delirante, hipocondríaco, se desfez, como se não fosse nada. De uma hora para outra. Esses pensamentos deixaram de me atormentar.

A forma como o sofrimento foi abordado nesta, que consideramos a primeira sequência narrativa, teve consequências importantes para a vida do entrevistado. Mostra-se como efeito subjetivo do diagnóstico médico a transformação da suposição de câncer do entrevistado para a percepção de que estavam em jogo ideias "*hipocondríacas*" e "*delirantes*" de uma "*série obsessiva*". Todavia, observa-se uma resistência à nomeação do sofrimento, nas reticências da passagem "*saí do... sabe, acabou*", o que lhe confere um traço de indeterminação. Notamos ainda, nessa mesma passagem, uma outra marca do discurso da depressão: a distinção entre um antes e um depois, através da ideia de um estado no qual se entra e sai.

A melhora dos sintomas permitiu que ele retomasse o trabalho e se recuperasse financeiramente, além de encerrar um relacionamento "*infernal*". Todavia, não houve qualquer implicação subjetiva em relação ao sofrimento experimentado anteriormente, o que reitera nossa observação em relação à desarticulação entre causas e consequências no discurso da depressão. É possível observar no relato que, na compreensão do entrevistado, o problema continuava sendo da ordem do corpo. Ao invés do câncer, depressão – sendo que esta poderia ser equiparada ao diabetes. Vejamos:

> Depois do remédio desinibi uma série de coisas, as coisas foram acontecendo. Eu estava numa relação que eu queria terminar e não conseguia, estava cuidando mal da vida de trabalho. Essas coisas. E, de repente, ficou "sussa" cuidar de tudo. E aí a encanação que eu tinha com o diagnóstico era... punha um pouco em questão; mas a questão não permanecia muito tempo, porque não ficava com pensamento negativo por

> muito tempo na cabeça. Eu pensava que era como uma espécie de diabetes, que, bom, "talvez eu tenha que tomar esse remédio para o resto da minha vida, mas está bom tomar; então, se for o caso, paciência: eu tenho uma questão aí que eu preciso cuidar". O engraçado é isto: ressignifica toda sua vida. Você fica pensando: "Puts, será então que, na adolescência, se eu tivesse tomado isso, teria sido diferente? Era uma coisa que já vinha e eu não sabia? Por que não tomei isso antes?, e tal".

Aqui, a medicação aparece atrelada ao significante "*desinibição*" e articula discursivamente os eixos que se determinam no discurso da depressão entre o antes e o depois, entre estar melhor e estar pior – entre estar parado, inibido, e estar em movimento, cuidando da vida. Também chama a nossa atenção essa ressignificação do sofrimento a partir dos efeitos do uso da medicação, quando o entrevistado se questiona a partir da lógica segundo a qual depressão é aquilo que melhora com os antidepressivos. Se é depressão e melhorou agora, teria sido depressão e melhorado com antidepressivos antes também?

No período que se sucedeu, conforme o relato, outro relacionamento foi vivido com otimismo pelo entrevistado. Ele disse ter se adaptado até mesmo à anorgasmia, efeito colateral da medicação, após escutar do médico que "*as namoradas adoram este remédio*", e apropriar-se disso como algo que lhe permitia ter "*controle total do orgasmo*". Esses dizeres do médico, associados ao controle corporal experimentado, atribuíram valor de potência sexual ao efeito colateral do remédio, e mantiveram o investimento no órgão enquanto equivalente fálico, a despeito do aumento da dificuldade para atingir, ele próprio, o orgasmo. Isso tudo sem que nenhuma relação fosse feita entre a caracterização da depressão como uma afecção que incide sobre a experiência de prazer de um sujeito (anedonia).

O entrevistado relata que algumas "*inibições*" ainda permaneciam, mas que estas não o incomodavam. Ele se recorda, especificamente, da dificuldade de realizar uma tarefa aparentemente muito simples – buscar um documento militar, para que pudesse renovar o passaporte e, assim, viajar. A situação se manteve estável dessa forma por mais de um ano, até que a medicação foi retirada e, seis meses depois, o entrevistado iniciou uma nova relação, apaixonou-se e, então, começou a incomodar-se com uma "*certa ansiedade*" e o ciúme em relação à namorada: "*Comecei a achar aquilo fora do normal porque, uma vez que tem um diagnóstico lá atrás, qualquer sofrimento eu poderia pensar como patológico – tipo, como se, na verdade, o que está acontecendo é essa coisa da doença; sei lá, da depressão*".

A partir de então identificamos uma segunda sequência narrativa em que a percepção de um retorno à depressão se contrapõe ao entusiasmo vivido anteriormente. Notamos que foi estabelecida a noção de que havia uma doença e de que o sofrimento deveria ser encarado como índice de sua manifestação. Isso o fez retornar ao psiquiatra, que, todavia, diagnosticou

a situação de forma distinta. Segundo o entrevistado, o psiquiatra disse: “Olha, o que você está experimentando é da vida. Isso não é doença e para isso não tem remédio. Agora, se você quiser, você pode fazer uma terapia, alguma coisa para elaborar essas coisas que você está sentindo”.

A partir de então seu sofrimento foi nomeado pelo profissional como uma vicissitude “da vida”, que poderia ser “elaborada” através de alguma das diversas linhas psicoterapêuticas enumeradas na ocasião. Isso se contrapôs à noção de doença anteriormente estabelecida, e fez com que ele se interessasse pela psicanálise e se engajasse nesse tratamento. Essa nova nomeação do sofrimento teve um efeito pragmático distinto: ao invés de prescrever a retomada do uso da medicação, como previsto pelo entrevistado, o psiquiatra o reenvia a outra ordem discursiva, através de novos significantes-mestre, e o direciona à investigação da causalidade psíquica. Em suas palavras:

> E dessa vez foi sem remédio, porque tinha tensão, mas era uma tensão da vida – como o psiquiatra diagnosticou. Foi bom ter essa segurança, nessa situação. Uma vez que teve um diagnóstico antes, de uma coisa que era realmente muito difícil de controlar, e depois vivo uma situação mais corriqueira, um ciúme meio exagerado, que não me levava a nenhum ato, mas incomodava. E aí tem esse mesmo médico dizendo: “Não, isso aí é da vida”. Manteve a autoridade dele, mas não faz um abuso dessa autoridade.

Nesse fragmento, a “segurança” aparece como um dos efeitos subjetivos desse segundo ato diagnóstico. Assim, o termo “depressão” foi substituído, no discurso, por outros como “tensão”, “ciúme meio exagerado”, algo “da vida”, possível de “controlar”. A ideia de “autoridade”, atribuída ao psiquiatra, contrapõe-se à de “abuso”, que aqui nos remete à crítica do entrevistado em relação ao fenômeno de patologização e medicalização indiscriminada de sintomas, conforme o qual sua queixa poderia ter sido tratada por um profissional menos advertido, contínua e exclusivamente, com terapêutica medicamentosa – o que, sabemos, cronifica o quadro psicopatológico. Embora o entrevistado tenha recorrido ao médico supondo uma possível recaída no quadro de “depressão” – e, por isso, possivelmente, com a expectativa de uma terapêutica semelhante à adotada antes –, ele se mostra satisfeito, a posteriori, com a conduta adotada. Sua relação transferencial com o psiquiatra, a “segurança” decorrente dela e os significantes-mestre provenientes do discurso psicológico então introduzidos, produziram o efeito pragmático da busca por outro tipo de tratamento no qual é enfatizado o apelo ao outro através da palavra e a partir do qual são verificados desdobramentos diversos dos verificados anteriormente.

A partir de então, conforme o relato, seu sofrimento passou a ter outro nome, outra natureza, outro significado, outro tratamento. Sua vida prosseguiu "sem grandes problemas", dando continuidade ao tratamento psicanalítico, até que a referência a uma nova crise, desencadeada a partir do adoecimento e do falecimento do pai da sua namorada, nos permite delimitar uma terceira sequência narrativa. Conforme o relato, ele experimentou "crises de pânico" (nome atribuído por ele mesmo e corroborado posteriormente pelo psiquiatra) que envolviam sintomas físicos, além de angústia e insônia, tais como formigamentos, tensão, até o ponto de precisar parar de dirigir ao ser acometido por eles. Interessante que, em uma das vezes em que isso aconteceu, o entrevistado estava na estrada, acompanhado de um amigo, com quem falava sobre o adoecimento do sogro. Em outra situação, ele se encontrava novamente às voltas com o seu passaporte, a caminho da Polícia Federal, onde faria os procedimentos necessários. Vejamos então a fragilidade da noção metafórica de "gatilho", uma vez que ela nos remete à imagem do revólver ou da arma de fogo que, uma vez acionada, desencadeia – por intermédio de um sistema mecânico de relações – a produção de uma bala. A pergunta aqui é por que não levamos a sério a metáfora e observamos que o uso de uma arma requer escolha de alvo, motivos e circunstâncias, guerra, crime ou autodefesa, aptidão para porte, uso lícito ou ilícito, e assim por diante. O "gatilho" fora de uma dessas narrativas aponta precisamente para a interrupção entre a série de acontecimentos intersubjetivos, que afetam a vida de alguém, e seus efeitos difusos em termos de interpretação e leitura. A metáfora do "gatilho" sanciona a descontinuidade que, por outro lado, pode ser acusada como a própria "causa" psicogênica da depressão. Se a depressão funciona pela suspensão narrativa, sua substituição por uma descrição judicativa individualizante, um método que concorda com essa desconexão não será apenas atraente – porque convergente com a teoria "espontânea" da doença –, mas também eficaz para manter a eficácia performativa e autoconfirmadora desse discurso.

A relação entre os sintomas e o contexto no qual eles se manifestam, bem como os significantes em jogo na narrativa de cada situação são relevantes ao trabalho psicanalítico, atento aos inúmeros significados possíveis conforme a apropriação singular de cada sujeito. A despeito da possibilidade de categorizar com facilidade os fenômenos relatados como síndrome do pânico – caracterizada nos manuais diagnósticos psiquiátricos através de seu espectro sintomático, pela suposição subjacente de etiologia orgânica e pela medicação como principal linha de tratamento –, observamos, neste fragmento, alguns dos efeitos do atravessamento do discurso psicanalítico nessa experiência:

> Eu lembro que tive essa crise quando estava falando para esse amigo da doença do pai dela. A conversa era essa. O fracasso do pai dela, o fracasso de um homem. Mai aí eu já tinha uma leitura psicanalítica disso tudo. Mas essas crises eram ruins, aconteceram mais umas duas ou três vezes. E resolvi voltar no psiquiatra para fazer uma consulta. Era mais um desespero, mais do que qualquer coisa no corpo; era um desespero, mesmo. E de ter que fazer isso, largar o carro. Teve uma vez que eu larguei... essa vez foi legal... eu tinha ido na Polícia Federal fazer passaporte e no caminho já me deu um lance. Eu estava com uma amiga, aí eu parei o carro perto de onde estava parado o resgate dos bombeiros, o cara tirou minha pressão e falou: "Não tem nada, não". Aí fui na Polícia Federal. Na volta, voltei sozinho e senti de novo, aí tinha uns policiais parados. Sempre tem essas figuras de autoridade, né? Aí eu estacionei o carro meio de qualquer jeito na rua, sentei na calçada, o policial veio falar comigo e eu disse: "Não estou legal". E ele falou: "Você não quer me dar a chave do seu carro, eu estaciono ele direito pra você, você dá uma volta aí e vê se melhora?" E eu falei: "Beleza, mas se você puder ficar aqui do meu lado, só enquanto eu dou uma acalmada, vai ser legal". Ele falou: "Beleza, a gente fica aqui até você acalmar". O policial foi gente fina.

Observamos aqui a substituição daquilo que era antes percebido como "*coisas no corpo*", por "*desespero*". A despeito dos sintomas físicos, a escuta psicanalítica possibilitou a construção de uma noção de "*fracasso do pai*", "*fracasso de um homem*", antes inexistente para o entrevistado, e que estabeleceu uma conexão causal com o sofrimento. A partir desse ponto, os vestígios simbólicos do pai no discurso nos remetem à questão da metáfora paterna, como instância portadora da lei simbólica a partir da qual será instaurado o significante fálico como significante central de toda a economia subjetiva, com o qual o sujeito pode se identificar em seus ideais. Como dissemos anteriormente, o lugar do desejo materno é tomado pelo Nome-do-Pai, que se torna o representante da potência e do uso legítimo do falo. Deste modo, a metáfora paterna opera uma interdição entre a mãe e a criança e permite que esta venha a ter acesso ao mundo simbólico, como desfecho do complexo edípico. A criança precisa, portanto, renunciar ao seu próprio falo para recebê-lo de um outro, o que instaura a dialética simbólica sobre o fundo de uma experiência de perda (CONTÉ, 1996). No relato analisado, tanto "*câncer no pênis*" quanto "*fracasso de um homem*" parecem evocar a dialética entre potência e impotência desse sujeito, bem como o enigma relacionado ao desejo do outro.

Observamos também, nessa passagem do relato, uma das características frequentes no discurso da depressão: o apelo ao outro a partir do sofrimento. Nesse caso, os outros aos quais se dirige são figuras masculinas de autoridade: o bombeiro que afere a pressão arterial; o policial que estaciona seu carro e permanece ao seu lado até se acalmar; o psiquiatra com quem se consulta e, como veremos no fragmento seguinte, o próprio pai. A cada intervenção dessas figuras há uma melhora em relação ao estado anterior, que desencadeou o apelo. Nesse

caso, o outro articula discursivamente o deslocamento da posição do entrevistado no eixo que se estabelece, na depressão, entre "melhor" e "pior" – aqui relacionados à oposição significante entre "*desespero*" e "*se acalmar*".

Retomando, a título de comparação, sua primeira crise, o sofrimento era nomeado por ele como "*câncer no pênis*". Em seguida, após o diagnóstico psiquiátrico, passou a ser "*depressão*". Posteriormente, "*coisas da vida*", nomeação atribuída também pelo psiquiatra. Nesse ponto do relato, a nomeação dada foi "*crise de pânico*", que provém do discurso psiquiátrico; mas um outro significante pôde também emergir como um dos nomes do sofrimento, "*desespero*", provavelmente em função de nova interpretação decorrente da experiência de análise. Conforme o relato, o entrevistado percebe que estava às voltas com a questão do "*fracasso de um homem*". Não apenas de qualquer homem, mas do sogro – que, para ele, era também uma "*figura de autoridade*". Essa heterogeneidade discursiva permitiu não apenas um ato inicial de nomeação do sofrimento – a possibilidade de identificação a uma psicopatologia e uma possível resposta, medicamentosa, para o mesmo –, mas também a formulação de uma hipótese de causalidade psíquica a partir da qual o sujeito pôde se implicar perante a eminência da finitude e as vicissitudes da castração. Por fim, destacamos também os efeitos das intervenções de seu próprio pai, outra figura de autoridade, e do psiquiatra, a quem também recorreu nesse mesmo episódio:

> Aí fui numa doceria e liguei para meu pai: "Não dá pra dirigir, estou aqui na Pompéia; o carro, tal". Aí ele veio até onde eu estava, a gente tomou um café, deu uma acalmada, só que ele falou assim: "Eu não vou dirigir seu carro, você que vai dirigir; me deixar no escritório e depois você vai fazer o que você tiver que fazer". Isso que foi legal, porque eu peguei, dirigi e foi de boa. Eu já tinha marcado uma consulta com o psiquiatra. Eu fui lá e o que ele me falou foi: "Olha, você já tomou antidepressivo, você sabe como funciona. O que você tem é uma questão existencial para tratar. Agora é isso; mas se tiver muito desconfortável você pode tomar o remédio. Mas é uma droga como qualquer outra, você sabe que isso não vai te curar, não vai resolver seus problemas, mas pode tirar o desconforto dessas crises de pânico. Então, se você quiser, você toma".

Tanto o pai quanto o psiquiatra puderam acolher suas queixas a partir do apelo que o entrevistado fez a eles, mas ambos devolveram a ele a responsabilidade pela implicação no que lhe acometia. O pai parece tê-lo autorizado simbolicamente a "*dirigir o próprio carro*" e a prosseguir em seus afazeres, enquanto o psiquiatra colocou a potência da droga em segundo plano – mero alívio do "*desconforto*" –, encorajando-o a tratar de suas "*questões existenciais*".

Entrevista 3

Este relato decorre da iniciativa da própria entrevistada, de 28 anos, que manifestou sua disposição em participar da pesquisa ao tomar conhecimento da mesma, bem como do meu interesse em coletar relatos sobre experiências de depressão. Ela disse que havia tido depressão há alguns anos e, assim, portanto, agendamos a sua entrevista. Seu primeiro enunciado, todavia, expressa uma interessante dúvida em relação à legitimidade do nome atribuído ao sofrimento experimentado na adolescência, como observamos em suas palavras: "*Bom, na verdade eu nunca fui diagnosticada – não sei se é assim que fala. Tipo, 'você está com depressão, tome um antidepressivo', alguma coisa assim*". Esse enunciado aponta para a noção de heterodiagnóstico – que não houve no seu caso e, portanto, a expressão da dúvida –, no qual o nome do sofrimento, "depressão", é recebido do outro, sobretudo de um médico, atrelado à prescrição de um tratamento medicamentoso, "*antidepressivo*".

Aqui, a entrevistada dá voz a um suposto médico realizando um ato diagnóstico, "*você está com depressão*", e prescrevendo o tratamento, "*tome um antidepressivo*", com enunciados praticamente justapostos, separados apenas por vírgula, prescindindo de conectivos. Essa observação nos remete, a princípio, à racionalidade depressiva, sobre a qual discorremos anteriormente, segundo a qual o diagnóstico de depressão e o tratamento medicamentoso estabelecem uma relação de interdependência, em que o primeiro se deduz dos efeitos, ou até mesmo da mera prescrição do segundo – e, desta forma, serve como signo de legitimidade para o diagnóstico. Essa racionalidade pode ser sintetizada com a afirmação lógica: se há antidepressivo e ele funciona, logo há depressão. O caso da nossa entrevistada não segue essa lógica, expressa em seu enunciado, mas nos permite verificar não apenas seus vestígios no discurso, como também uma apropriação leiga do termo "depressão" – que se presta comumente ao autodiagnóstico e, portanto, à produção de discursos sobre a depressão.

Verificamos tanto nesse relato quanto nas diversas falas no cotidiano da clínica psicanalítica, nas instituições de saúde, ou mesmo fora delas, nos mais diversos contextos sociais, que o discurso da depressão pode prescindir de um diagnóstico médico para existir, assim como se deu com o termo melancolia, que também adquiriu nuances distintas da acepção médica ao cair no gosto popular ao longo da história e se tornar o referente não apenas, e exatamente, de uma psicopatologia, mas dos mais diversos estados de sofrimento envolvendo tristeza, abatimento e demais sintomas descritos no discurso psiquiátrico.

A entrevistada discorre sobre o momento em que se deu conta de que poderia se valer de ajuda profissional enumerando alguns desses sintomas, relacionados atualmente não à melancolia, mas à depressão – "*tristezas; choros repentinos; angústias; um pouco de medo, às vezes*" –, mas também refere-se a um mal-estar de forma indeterminada, primeiramente através dos dizeres maternos que, em seguida, aparecem incorporados ao próprio discurso:

> Tristezas; choros repentinos; angústias; um pouco de medo, às vezes. Muita coisa que a minha mãe me falava: "Gente, você parece a sua tia. Você fica dizendo 'eu quero, eu quero, eu quero', mas não sabe o que, e fica aí andando de um lado pro outro sem saber exatamente o que você quer; e reclama, sabe?, fica buscando uma coisa que não sabe exatamente o que é." E eu fiquei... eu lembro muito de crescer com isso, desde a minha infância, de sempre ficar procurando uma coisa que eu não sabia o que era. De ter um incômodo e nunca conseguir explicar o que era.

Aqui ela fala de um sofrimento que permanece resistente à nomeação. É produzida, portanto, uma espécie de deslizamento metonímico a partir da comparação com a tia, mas sobretudo por esse "não saber", que opera como índice de indeterminação discursiva do sintoma – não saber o que quer, não saber o que procura, não saber explicar o incômodo –, através da qual se formula uma pseudocausalidade para o sofrimento, outra característica encontrada com frequência no discurso da depressão.

Vemos, a partir desse fragmento, como também nos subsequentes, que a história do sintoma se confunde com a história de vida da entrevistada, diferentemente dos casos anteriores – em que o termo "depressão" designava nitidamente uma instância de desconhecimento e descontinuidade, uma marca de alteridade em si mesmo, através da qual não era possível se reconhecer. O significante "depressão" se enovela, nesse relato, a ponto de não mais se distinguir no discurso, prescindindo até mesmo de sua enunciação. A entrevistada, a partir de então, nos conduz através de uma narrativa na qual o seu sofrimento é imbricado no romance familiar, bem como em alguns de seus pontos de virada. Essa narrativa, todavia, já se constitui atravessada pelo saber resultante de uma experiência de psicoterapia realizada na vida adulta, conforme apontam suas próprias palavras:

> E é muito engraçado que, depois de adulta, quando eu comecei a fazer terapia – e conversar, e falar, e entender que isso tudo tinha muito a ver com a relação que eu tinha com a minha mãe, com o meu pai, com o meu irmão –, eu comecei a ver que os momentos em que eu tinha mais tristeza, mais agonia de não saber o que era que estava acontecendo, era dentro de casa. Quando eu saía de casa, ficava tudo bem. Na escola ficava tudo bem, na rua com os amigos ficava tudo bem, nas festas ficava tudo bem. Aí depois faculdade, no trabalho, ficava tudo ótimo. Mas voltar pra casa sempre foi um problema. Era sempre um problema. A hora de chegar em casa eu fechava a

> cara e ficava assim, incomodada. Pra mim, era uma pauleira ter que voltar pra casa todo dia, no fim do dia. A hora de chegar em casa era ruim.

Uma diferença entre o dentro e o fora de casa é estabelecida: dentro de casa – ou seja, o ambiente familiar – é o lugar do "*problema*", do "*incômodo*", da "*pauleira*", da "*tristeza*" e da "*agonia*", do "*não saber*", da "*hora ruim*"; enquanto que fora de casa fica "*tudo bem*", "*tudo ótimo*". A casa familiar passou a remeter, mesmo atualmente, a "*essa lembrança esquisita, esse negócio... desconforto e tal*". Notamos, nesse fragmento, novamente a instalação da oposição entre "entrar" e "sair" da depressão, aqui representada pela imagem da casa como cenário do drama familiar. Essa é uma das marcas que se repetem nesse tipo de discurso, em que "depressão" é caracterizada como um lugar ou um estado no qual se chega e do qual se sai, como aqui se diz da casa.

Em seguida, a entrevistada discorre sobre o traço de insegurança herdado tanto do pai – pertencente a uma família na qual "*não tinha um afeto muito grande*" e cujo respectivo pai foi descrito por ela como um imigrante "*meio esquisito*", "*muito misterioso*", e que falava uma "*língua diferente*" – quanto da mãe – "*menina do interior*" que engravidou muito jovem, ainda no início do romance com o pai da entrevistada, com quem se casou. O cenário familiar à época de seu nascimento e ao longo da infância é descrito como um período de conforto e prosperidade econômica, idealizado como "*um mundo de conto de fadas*", "*um imperiozinho*" construído pelos pais, e que veio a ruir a partir da falência repentina dos negócios paternos, seguida de perdas materiais e abalos na estrutura familiar. A crise financeira somada a uma traição conjugal desencadearam a tristeza materna e potencializaram a insegurança paterna, transformando o confortável ambiente familiar em um território "*confuso*", que passou a ser habitado também pelos não ditos do casal. Essa crise culminou na separação dos pais, a partir de quando a "*confusão*" de papéis, as brigas, os "*atropelos*" e o afastamento marcaram a relação entre os familiares. Nesse ponto do relato, seu sofrimento é caracterizado como um estado de tristeza, dúvida, angústia gerado no ambiente familiar, do qual ela demonstra querer "*ficar fora*" – estabelecendo uma oposição entre "*dentro*" e "*fora*" que, por sua vez, nos remete à oposição anteriormente estabelecida entre "entrar" e "sair": da casa, da tristeza, da confusão e, por fim, da depressão. Vejamos:

> Cresci com esse negócio. E aí, então, eu acho que eu cresci um pouco triste, uma criança meio triste, cheia de dúvida, cheia dessas angústias, essa vontade de ficar fora de casa; mas eu não sabia que isso era d... tristeza a ponto de dar um rótulo pra isso como uma depressão. Até porque a minha mãe sempre criticou um pouco isso, sabe? Ela falava – minha mãe é muito do interior, mesmo –, então: "Enxaqueca é doença de rico. Depressão é para quem pode". Sabe, não vale; não pode ter essas coisas.

É curioso observar que a entrevistada sustenta um autodiagnostico de depressão, atribuído a esse período de sua vida e posteriormente superado, mesmo que o termo "depressão" propriamente dito seja enunciado apenas três vezes ao longo de todo o relato. Esse fato se explicita tanto no ato de se oferecer a participar de uma pesquisa sobre depressão e de realizar a entrevista quanto no fragmento transcrito acima, no qual se refere ao termo "depressão" como um dos nomes possíveis para o seu sofrimento, mesmo que de forma interrompida, atravessada pela crítica materna – embora se contraponha a essa crítica –; ou, ainda, intimidada pela noção de "*rótulo*". Além das duas incidências do termo que se encontram nessa passagem, há apenas mais uma, anterior, à qual nos referimos no início desta análise, quando ela diz nunca ter recebido o diagnóstico de depressão de um profissional. Isso nos permite refletir acerca de como a nomeação do sofrimento psíquico e o discurso da depressão é constituído a partir da apropriação singular de diversos discursos heterogêneos, com os quais o sujeito for capaz de se identificar. Nesse caso, observamos a incidência do discurso psicológico em sua narrativa de sofrimento, que articula a história dos sintomas à sua história de vida, aos traços de personalidade dos familiares, bem como às características das relações entre eles. Observamos, ainda, que o discurso econômico é evocado para expressar as condições do desencadeamento da crise familiar, atribuindo à perda dos bens e à falência dos negócios a responsabilidade pelo sofrimento individual e pela deterioração dos laços entre os familiares. O discurso psiquiátrico, por sua vez, também pode ser identificado no ponto em que "depressão" é caracterizada discursivamente como doença, em contraposição a outro discurso, o da moral, representado aqui pela fala da mãe, segundo a qual depressão pode até ser uma doença, mas uma doença – assim como a "enxaqueca" – restrita àqueles que podem, ou seja, aos ricos. Nesse sentido, "depressão" corresponde à uma espécie de luxo que diferencia ricos e pobres e confere um caráter de ilegitimidade ao sofrimento quando este acomete o pobre, ao qual não cabe tal extravagância. Esse tom moralizante, que se nota com frequência no discurso da depressão, nos remete a algumas das ideias associadas metonimicamente a ele, tais como a de preguiça, de ausência de força de vontade, e até mesmo de uma transgressão – como neste caso, em que se coloca a questão da diferença do que é permitido ou vetado a cada classe social em matéria de sofrimento –, o que, por sua vez, evoca o valor de pecado, atribuído ao abatimento do homem no discurso religioso; e, ainda, ao desvio de conduta do suposto empreendedor de si mesmo cultuado no discurso econômico contemporâneo.

Todavia, a própria mãe ingressou num processo de psicoterapia, conforme o relato, a despeito dessa aparente destituição de legitimidade do sofrimento depressivo, cujo vestígio se

observa no discurso a ela atribuído. Em seguida, reconheceu que o mesmo pudesse ser válido para a filha e, deste modo, a levou ao encontro de uma profissional, por volta de seus quinze anos de idade, aproximadamente:

> Ela começou a fazer, ela começou a tratar essa tristeza toda dela, e aí sugeriu que eu fosse também. Eu falei: "Tá, vou". E foi horrível. Foi horrível, horrível! Eu entrei na sala, só chorei, não sabia por que; aquela mesma história com que eu cresci o tempo inteiro. Eu chorava e não sabia por quê. Aquela tristeza e não sabia por quê. Doía e não sabia por quê. Acordava e: "Ai, credo! Que coisa esquisita! Sai, sai, sai, sai!". E não sabia por quê. Era horrível, horrível. Nossa, gente do céu, que tristeza (...) E aí eu entrei no consultório dessa moça e chorei, chorei, chorei, chorei, chorei muito, de soluçar; ela me dava papel, me dava lenço, eu enxugava, olhava para ela e pensava: "Me ajuda, fala alguma coisa" (...) E ela sem falar absolutamente nada. Eu fiquei lá uma hora, ela não me ajudou; eu era uma criança chorando na frente dela, e nada. E aí, o retorno que ela deu depois eu soube pela minha mãe, contando: "Oh, a fulana de tal falou que é muito importante que você vá lá todos os dias, que você precisa ir todos os dias para conversar; ela me contou que você chorou muito". Eu falei: "Pô, que vaca! Credo! Não, não vou! Lógico que eu não vou".

A proposta foi recusada pela entrevistada, portanto, logo após a primeira sessão – na qual conseguiu apenas chorar angustiada diante de uma profissional silenciosa. A experiência foi caracterizada pela repetição do significante "horrível", que se articula à efusão de afetos desencadeada pela narrativa acerca do sofrimento que motivou a consulta e que ali se manifestava, diante da profissional. Notamos, portanto, essa recorrente marca do discurso da depressão, ou seja, um sofrimento que resiste tanto à nomeação quanto à conexão causal. A nomeação tende a se dar através do deslizamento metonímico – como observamos, nesse caso, através dos significantes "*choro*", "*tristeza*", "*dor*", "*coisa esquisita*" – sem que se logre alcançar, todavia, uma designação exata, justa, precisa; mantendo seu traço de indeterminação, que persiste reiterado pela ideia de desconexão causal – que aqui se expressa pela repetição da expressão "*e não sabia por quê*". Notamos, ainda, um apelo ao outro, encontrado também de forma recorrente no discurso da depressão. Uma vez diante do outro, que se supunha poder ajudar, esse apelo se manifestou, conforme o relato, através do choro e da expectativa frustrada de escutar algo desse outro, de receber dele algo que pudesse transformar o sofrimento experimentado.

Um primeiro efeito de "melhora", segundo ela, aconteceu pouco tempo depois, com o início de um namoro que começou por volta dos seus 16 anos de idade. Através desse relacionamento foi possível "*enxergar a vida de um outro jeito*" e encontrar "*conforto*" e "*acolhimento*" no cotidiano de outra família, que a ela se apresentava como um "*exemplo*" admirável. Embora a dificuldade de voltar para casa – bem como de conviver com os próprios

familiares – persistisse, seu sofrimento foi amenizado de forma significativa. Em suas palavras, "*essa agonia toda, essa tristeza, essa coisa de sofrimento sem motivo, parece que foi ele que tirou, sabe? Que me fez enxergar coisas que eu não sabia que existiam. Com todo o jeitinho, assim, sem forçar a barra, acho que ele nunca nem soube disso*". Essa passagem nos chama a atenção não apenas pela alusão aos efeitos antidepressivos do amor, como também pelos laços sociais estabelecidos com a família do namorado e, ainda, pela nova referência a "*essa coisa de sofrimento sem motivo*". A despeito de todas as associações realizadas, até então, com o objetivo de compreender, nomear, circunscrever, explicar e justificar o sofrimento, ele continua sendo expresso discursivamente através dessa típica desconexão causal, como sendo essa "*coisa*" que destoa e escapa de todo o empreendimento narrativo realizado até então.

Podemos delimitar neste ponto, portanto, o término de uma primeira sequência narrativa, na qual pudemos observar uma experiência de sofrimento; uma intervenção terapêutica malsucedida; o efeito de melhora a partir do relacionamento afetivo e de um novo "*exemplo de família*"; e, por fim, a elaboração de uma compreensão acerca do sofrimento – que não aparece explícita no relato, mas pode ser inferida como efeito de uma relação familiar conflituosa. Em seguida, uma segunda sequência narrativa é iniciada, quando a entrevistada passa a discorrer sobre o término desse namoro, que durou cinco anos, e a consequente reaproximação dos próprios familiares, bem como de seus respectivos problemas. Com isso, observamos um novo deslocamento no eixo judicativo que tende a se estabelecer discursivamente na depressão entre "melhor" e "pior". Ela refere ter piorado ao se reaproximar não apenas dos familiares, como também do sofrimento, descrito metaforicamente como "*o buraco mais cheio de mistério, de dúvidas e de dor*". Essa metáfora, por sua vez, constitui aqui uma figura da depressão, depressão como buraco, que também pode ser encontrada em outros relatos.

A partir de então, a entrevistada se engajou num processo de psicoterapia que durou dois anos, no qual se dedicou a "*entender sua família*". A partir desse trabalho foi possível para ela refletir acerca do papel de cada pessoa no grupo familiar, da responsabilidade de cada pessoa perante as próprias escolhas, da aceitação dos respectivos limites, bem como do reconhecimento das potencialidades de cada um e de cada relação. Deste modo, foi possível estabelecer também um "*antes*" e um "*depois*" da depressão, extremidades do eixo temporal entre as quais sua psicoterapia transcorre – como se nota no fragmento seguinte, através do significante "hoje", que se opõe ao período de tempo anterior ao da enunciação, caracterizado

pela depressão. Ela se referiu a esse processo como algo trabalhoso e dolorido, mas com efeitos importantes. Em suas palavras:

> O namoro acabou e eu voltei para a realidade da minha família; e aí que eu fui mergulhar mesmo na história dela e tentar desvendar coisas – o que doeu muito, eu sofri pra caramba, eu acho que não tinha uma sessão de terapia que eu não me destruía de tanto chorar, investigar e tentar entender. Considero que eu ainda tenho muita coisa para resolver, mas que esse buraco, esse vazio gigante que era uma tristeza sem fim, hoje eu não sinto mais (...) Hoje eu consigo olhar pra eles e recolocá-los na posição que devem ocupar e, também, de me tirar da função de dizer o que eles devem fazer, sabe? (...) Tivemos depois mais um monte de problemas; por exemplo, quando a empresa do meu pai faliu e ele se endividou muito. A gente perdeu muita coisa, ele envolveu o meu nome e o nome do meu irmão, isso foi um tormento. Só que, engraçado, foi um problema grave, foi horrível, mas não foi tão sofrido quanto era sofrida minha relação com essa tristeza que eu tinha sem saber o que era. Isso era muito mais fácil de consertar, na minha cabeça. "Não, isso concerta". Diferente daquele buraco, daquela coisa esquisita, que não tem nome, que não tem remédio, que dá vontade de matar, sabe? "Puts, quero me matar. Credo, quero ir embora desse lugar, quero morar no céu!" Isso não dá para resolver muito, né?, de cara. Mas poxa vida, a confusão que o meu pai arrumou, a gente foi lá, correu, meteu a cara, assumiu que deu tudo errado e resolveu.

Notamos, no início dessa passagem, a ideia de "*voltar*" para o estado de depressão – que aqui coincide com a aproximação em relação aos conflitos familiares –, assim como, no final, a de "*ir embora*" dela – que, aqui, coincide com a morte enquanto solução cogitada para o que "*não tem remédio*", para o que "*não dá para resolver*". Os seja, é estabelecida uma oposição discursiva entre "*entrar*" e "*sair*" da depressão, traço característicos dos nossos relatos.

Observamos ainda – nesse fragmento, como também em outros relatos – o estabelecimento de uma distinção entre depressão e outros tipos de sofrimento. De um lado, encontram-se aqueles que podem ser suportados, enfrentados, resolvidos, com os quais é possível lidar – como, por exemplo, o término do namoro e o endividamento do pai –; e, de outro, aqueles que parecem ser de uma natureza inapreensível, indeterminada, infinita, insuportável, para a qual "*não tem remédio*" – como, por exemplo, esse "*buraco*", essa "*coisa esquisita que não tem nome*", esse "*vazio gigante*", essa "*tristeza que não tem fim*" – que caracterizam discursivamente a depressão. Tudo se passa aqui como se o fundo de mal-estar, característico da depressão, operasse como um empuxo à nomeação, ou um indício de que os nomes encontrados são insuficientes – ou seja, podemos agravar como um dos traços discursivos da depressão esta força dupla de procura do nome e de sua insuficiência. Quando um desses dois polos se estabiliza, poderíamos conjecturar um pior prognóstico, uma vez que

o discurso tenderá a fixar-se nos processos de autoavaliação, autocrítica e auto-observação que aparentemente distendem e infinitizam, de modo circular, o discurso da depressão.

Perante o nosso conjunto de entrevistas, a análise desta nos permite situá-la como um contraponto àquelas em que o entrevistado se apropria sobretudo do discurso psiquiátrico na constituição do seu próprio discurso da depressão. A despeito das semelhanças identificadas e descritas ao longo desta análise – como, por exemplo, as marcas temporais de um antes e um depois; as marcas intensivas entre melhor e pior; o traço de indeterminação e desconexão causal do sofrimento depressivo; a distinção entre depressão e problemas que se podem resolver; a figurativização da depressão através de metáforas e deslizamentos metonímicos; a interseção entre os discursos psiquiátrico, econômico, moral, religioso, entre outros –, observamos aqui uma implicação da entrevistada nos problemas que lhe acometiam, o que pode ser atribuído à intervenção terapêutica realizada a partir do discurso psicológico. Ao mesmo tempo que afirma um não saber em torno das causas da "*tristeza infinita*" que a acometia, ela formulou, ao final da segunda sequência narrativa, uma compreensão acerca do sofrimento que inclui a gramática eu-outro, bem como a percepção de sua posição em relação ao familiares, aos próprios ideais, limites etc. Formulou, ainda, a ideia de que possui "*muita coisa pra resolver*", o que que nos remete à possibilidade de efeitos subjetivos de intervenções baseadas na palavra e na relação com o outro. Nota-se a diferença disso para a conclusão que se formula em outros relatos, de que a depressão é um problema químico passível de retificação através do tratamento medicamentoso, o que nos aponta para os diferentes efeitos subjetivos que corresponde, por sua vez, aos diferentes nomes que podem ser atribuídos ao sofrimento. Se, por um lado, o discurso da depressão se presta à apropriação, pelos mais diversos sujeitos, a partir de traços que o caracterizam e definem; por outro, a análise deste relato, em comparação com os demais, nos possibilita vislumbrar a diversidade de experiências que são nomeadas por um mesmo significante; e, ainda, como a história dos sintomas da depressão se confunde com a história de vida nessa psicopatologia; e, por fim, a forma singular como o termo "depressão" se articula nas cadeias de significantes de cada sujeito.

Entrevista 4

Há um ano, aproximadamente, tive a oportunidade de conversar com o entrevistado, entre os conhecidos que temos em comum, a respeito de uma medicação antidepressiva natural importada, chamada 5HTP, da qual ele já havia feito uso e cujos resultados o haviam surpreendido positivamente – sobretudo em comparação com medicamentos antidepressivos convencionais. Por esse motivo cogitei convidá-lo a participar da pesquisa. Ele, por sua vez, se prontificou a conceder o seu relato. Quando iniciamos a entrevista, todavia, quem se surpreendeu fui eu, com seu primeiro enunciado: "*Preciso pensar se já tive depressão alguma vez*". A partir de então ele inicia sua narrativa nos moldes de um conto de fadas, que situa a experiência narrada num passado longínquo e temporalmente distante do ato da enunciação:

> Era uma vez, há um bom tempo atrás, o meu trabalho: todo mês ele estava pior do que o mês passado. E eu sou muito otimista. E eu acho que o mês que vem vai ficar melhor do que o mês agora. Só que eu chegava no outro mês e ficava frustrado porque não aconteceu o que eu queria. E eu... e eu achava: "Ah, mas não tem problema, o mês que vem vai ser melhor". E o outro mês ficou pior. Quando a gente entra em depressão, quando a gente tem problema no trabalho, os problemas do trabalho, eles vão para casa. E aí os problemas de casa vão para o trabalho. E aí o trabalho fica pior ainda, pelos problemas de casa; e, chega em casa, os problemas de casa ficam... piores, pelo fato que têm mais problemas no trabalho, fora os de casa.

Podemos observar, nesse fragmento, o estabelecimento de um espaço tensivo[25] no qual se articulam forças, posições e quantidades. Além de o termo "*depressão*" – que é aqui situado num mesmo plano de sentido que "*problemas no trabalho*" e "*problemas em casa*" – ser distanciado do aqui-agora da enunciação, observamos um aumento progressivo da intensidade do sofrimento, caracterizado pela ideia de "*piora*" dos "*problemas*", que se retroalimentavam mutuamente: quanto mais problemas no trabalho, mais problemas em casa e vice-versa. Esse deslocamento tensivo no sentido da "*piora*" opera um distanciamento do enunciado "*eu sou muito otimista*" – enunciado em primeira pessoa utilizado pelo entrevistado para definir-se através de um traço identitário –, bem como a aproximação de um cenário pessimista em relação ao trabalho e ao âmbito familiar, no qual, podemos inferir, ele se desconhece. Essa oposição entre o estado de sofrimento e aquilo que o sujeito reconhece como idêntico a si mesmo aparece também em outros de nossos relatos e constitui uma característica do discurso da depressão. Já o termo "*depressão*" aparece, aqui, através de uma

[25] Definido pela vertente semiótica da linguística como a junção entre a intensidade – que se refere ao sensível, aos estados de alma; diz respeito à força, à energia de uma determinada grandeza – e a extensidade – que se refere aos estados de coisas, ao inteligível, à extensão do campo controlado pela intensividade temporal e espacialmente. (ZILBERBERG, 2006)

enunciação em terceira pessoa, que tem "*a gente*" como sujeito, o que também causa efeito de distanciamento do enunciador. Observamos, ainda, a caracterização da "depressão", como em outros relatos, como uma espécie de posição na qual se entra e sai.

O relato continua com uma narrativa breve e em linhas gerais a respeito do término do seu casamento. Ele afirmou que "*não tinha papo*" com a esposa – o que, ao longo da entrevista, constitui-se como um sinal clínico recorrente – e que conheceu uma moça "*muito mais jovem*" que ele, com quem "*conversava sobre um montão de coisas*" e que o deixou "*entusiasmado*". Isso fez com que ele dissesse à esposa que gostaria de "*ser amigo dela*", ao que ela reagiu negativamente, culminando no término da relação:

> Eu peguei, levantei e fui embora. Deixei minha aliança lá em casa e fui embora. E aí isso, aliado a problemas de trabalho e, mais ainda, ao fato de eu não ter onde morar. Aí eu fui num amigo meu que é psiquiatra, eu não sabia o que que eu tinha. Estava angustiado pra caramba. Eu não estava legal. Aí: "Tranquilo, isso é fácil". Me deu anti... ansiolítico. Sei lá o que ele me deu! Ele me deu remédio de depressão, e eu tomei uns três, quatro meses. Achei que já estava bom, e nem sei se eu estava em depressão também. Sei que foi um montão de coisas que aconteceram junto e aí eu fui conversar com ele, em vez de ele conversar comigo. Ele achou melhor dar remédio. Bom... nunca mais. Nunca mais eu tive... tomei remédio.

Notamos a expressão "*fui embora*", que se repete duas vezes no início desse fragmento, para se referir à separação, ou mesmo à forma como lidou com o conflito conjugal. Isso nos remete às ideias de "*entrar*" e "*sair*", observadas recorrentemente no nosso conjunto de entrevistas. Neste caso, são evocadas as ideias de entrar e sair do casamento, assim como entrar e sair da depressão. Pelo que foi relatado, notamos que também não houve "*papo*" com o psiquiatra, algo que aparentemente ele vinha demandando do outro. Ele, portanto, largou o tratamento medicamentoso – ou seja, foi embora novamente. A repetição atitudinal de desistência, interrupção e evasão, tão característica do discurso da depressão, aparentemente está exposta à baixa implicação subjetiva. A desconexão causal e a desconexão discursiva se apresentam, mais uma vez, de modo sincrônico.

Podemos delimitar aqui o término de uma primeira sequência narrativa na qual se sucedem o relato de uma experiência de sofrimento, de uma consulta psiquiátrica – que não nos permite identificar se houve, ou não, um ato diagnóstico; e que, caso tenha havido, não logra a performatividade observada em outros relatos –, de um breve tratamento medicamentoso e de uma compreensão acerca do sofrimento, a saber, "*um montão de coisas que aconteceram junto*", acerca da qual não houve a conversa que inferimos ter sido esperada a partir do apelo ao amigo psiquiatra. Percebemos ainda, nessa sequência narrativa, uma

diferenciação discursiva entre aquilo que lhe acontece – "*problemas no trabalho*", "*problemas em casa*", "*depressão*" –, o que ele sente – "*angustiado pra caramba*", "*não estava legal*", "*não sabia o que eu tinha*" – e o que ele é – "*eu sou muito otimista*"; que, por sua vez, não estabelecem entre si uma relação causal, embora o interlocutor seja levado a supô-la, como vemos em outros de nossos relatos.

Dando continuidade ao relato, prosseguiu contando que "*arrumou uma namorada*" e, logo em seguida, perguntou a minha idade. Contou que a conheceu há 15 anos atrás, aproximadamente, e que, naquela época, ela tinha uma idade comparável à minha, e era 20 anos mais jovem do que ele aproximadamente. Ele conta que se entusiasmou novamente por uma mulher mais jovem. A partir desse momento da entrevista ele passa a discorrer sobre esse relacionamento que culminou no que ele, enfim, chamou de depressão. Diferentemente da forma como conduziu seu relato até esse ponto, passou a descrever os acontecimentos que se sucederam em detalhes. Desta forma, falou sobre a cidade de outro estado, na qual ela morava; e, genericamente, sobre as pessoas de lá: "*terra de ninguém*", "*bandidagem*", "*não existe educação sexual*", "*a justiça não funciona*", "*não é como aqui*", "*a mulher lá abre as pernas e o homem paga*". Após esse ressentido preâmbulo de conotação sociocultural – resultante de uma estratégia discursiva cujo objetivo foi o de denotar essa mulher, mesmo que indiretamente e conforme seu atual ponto de vista – ele começou, finalmente, a falar dela e da relação que tiveram.

O entrevistado se descreveu como aquele que pagava pela relação, que pagava todas as contas e gastos dela, embora não retribuísse com a demonstração de afeto esperada. Isso nos evoca a suspensão de uma transformação esperada em relação e ela, uma vez destinatária dos seus investimentos financeiros; além de uma dialética entre ser, ter e fazer, cujos elementos supostamente se afetariam mutuamente – como, por exemplo, na relação estabelecida por ele entre pagar as contas e receber demonstração de afeto. Ele chegou a compará-la com uma prostituta, embora tivessem se casado, e discorreu sobre suas frustrações. Em cada situação narrada, ele foi sempre retratado como o provedor das necessidades dela – que, por sua vez, não trabalhava e gerou muitas despesas ao longo do relacionamento: mudança de cidade, pagamento da escola do filho, reforma da casa da outra cidade, móveis, carro, e todos os demais gastos.

Contudo, novamente, alguns desentendimentos entre eles, ambos atravessados discursivamente pela questão do afeto e do dinheiro, além de uma crise financeira – ele perdeu boa parte do seu patrimônio na bolsa de valores, na qual também apostou alto –, desencadearam a degradação do relacionamento. Nessa época ele "*já não estava legal*"

novamente e, por isso, estava fazendo "*terapia*", até que ela, que já havia voltado a morar na sua cidade de origem, terminou o relacionamento por e-mail, dizendo que não entrasse mais em contato. Ele tentou falar com ela de diversas formas, sem sucesso. Mais uma vez não houve "*papo*" com a sua mulher, repetiu-se esse traço de sua gramática eu-outro acerca do qual caberia uma investigação psicanalítica com o objetivo de identificar qual a sua implicação nesse fato, sua parte naquilo que o outro manifesta. "*Mesmo com todos esses problemas, eu gostava dela*", ele disse. E, então, descreve como entrou em um "*processo de depressão*":

> Aí eu estou ruim de emprego, aqui. Não estava trabalhando. Não tenho trabalho. Aí tomei um pontapé na bunda. Estou sem grana. E agora, a coisa mais fácil que existe na vida é a gente se fechar e esperar que alguma coisa aconteça. E foi isso que eu fiz. Aí eu parei de me alimentar. Aí eu fiquei sem vontade de sair. E aí eu só queria dormir. E eu fui entrando num processo de depressão. Porque eu não estava achando graça no que estava acontecendo. E sempre, não importa as desgraças que vieram, eu sempre achei graça. Porque é assim que a gente consegue superar. Na hora que você acha a graça das coisas, você tem ânimo para ir para frente. Aí eu sei que, em 15 dias, alguma coisa assim, eu perdi seis quilos, sete quilos. Aí minha irmã começou a encher o saco, que eu tinha que ir na médica, na psiquiatra dela. Eu já conhecia ela, aí eu fui. Aí ela falou assim: "Olha, você tem que tomar tal remédio, porque você tem que sair dessa; vai levar uns 10 dias para começar a fazer efeito".

Observamos, portanto, a reedição de um cenário em que se encontram combinados problemas financeiros, ruptura de um relacionamento conjugal e um estado de grande sofrimento. A depressão é aqui caracterizada pela falta de ação, como notamos em outros relatos, bem como pela repetição do significante "*graça*", que remete a um atributo necessário – do qual se dispõe normalmente para lidar com as "*desgraças*" –, e que parece faltar na depressão. "Graça" pode ser comparado discursivamente, portanto, ao "líquido da pilha" metafórica do primeiro relato analisado. A passagem do tempo, por sua vez, é percebida como espera de um acontecimento, em contraposição ao "*ânimo*" habitual para "*ir para frente*". Essa imobilidade marcada pelo desânimo é provavelmente o que há de mais semelhante e recorrente nos discursos sobre a depressão. Ele prossegue falando da experiência com a medicação:

> Bom, aí o Rivotril não fez efeito. Levou um dia, dois dias... no décimo dia e a porcaria não fazia efeito, e eu comecei a ficar com dor no peito. E me doía o peito que eu não conseguia respirar. E a única coisa que eu fazia era ir para cama. E eu ia dormir. Aí uma amiga minha, que perdeu os dois seios porque teve câncer, que já passou por poucas e boas, me falou que o psiquiatra dela deu um remédio que não é tarja preta, chamado "velafaxina". Conhece? Aí, ela falou assim "fala com a sua médica, veja o que ela acha disso". Aí eu

> falei com ela, e ela falou assim: "É, pode ser. Pode trocar. Você só não pode parar. Mas é uma boa opção, porque talvez você não tenha só depressão, mas também alta ansiedade". Aí, no terceiro dia, eu parei com o Rivotril, com os remédios que ela me deu. No terceiro dia. Não esperei até uma semana, dez dias. Tinha que tomar um junto com o outro, ia fazendo vários dias assim para depois ir diminuindo a dose. E eu falei: "Ah, quer saber..." E esse "velafaxina" era 27mg, duas vezes por dia. Hoje eu tomo um de 75mg. Mas olha, no quinto dia, eu já comecei a achar engraçado as coisas. Foi assim, da noite para o dia, um milagre esse remédio. Realmente, esse remédio... A melhor coisa que existe para um depressi... para uma depressão é esse remédio. Você começa a ter ânimo, no sentido de querer fazer as coisas. Veja só, junto com o "velafaxina" que eu comecei a tomar, a minha amiga falou: "É, amanhã a gente vai sair".

Nota-se, nesse fragmento, a primeira menção realizada a um ato diagnóstico: "*não só depressão, mas também alta ansiedade*". Até então haviam sido feitas referências apenas às prescrições de medicamentos. Nesse caso, a menção ao diagnóstico está atrelada tanto à sugestão da amiga quanto ao efeito "*milagroso*" e praticamente instantâneo atribuído à medicação. Diferentemente das narrativas acerca das experiências com as duas ex-mulheres e, também, com os psiquiatras, essa passagem nos aponta para o "*papo*" que houve com a amiga, no qual ela falou de suas experiências de sofrimento e de tratamento. A partir do retorno à psiquiatra, que incrementou o diagnóstico e alterou o tratamento prescrito a partir da sua demanda – esta, por sua vez, desencadeada pelo "*papo*" com a amiga –, a medicação parece adquirir um novo significado. Desta vez, não se tratava de um temido "*tarja preta*", mas um objeto através do qual encontrou rapidamente a "*graça*" das "*coisas*". Podemos, portanto, supor que esse efeito não se limite ao uso da droga, mas esteja também atrelado a essa dialética com o outro e sua posição subjetiva nesse contexto. Além da reincidência do significante "*graça*", chama-nos a atenção a forma curiosa como o medicamento é nomeado: "*velafaxina*", ao invés de Venlafaxina – sendo a letra "x" pronunciada com o fonema [ʃ], ou seja, com som de "ch", ao invés do fonema [ks] – o que nos remete à palavra "*faxina*" e aos possíveis significados metafóricos que essa droga pode ter adquirido para ele.

A intervenção da amiga desencadeou não apenas um novo diagnóstico e um novo tratamento, como também o introduziu em um grande grupo de relacionamentos ao qual atribuiu importância significativa na sua recuperação. Vejamos:

> Hoje esse grupo tem 360 pessoas. Tem festinha, tem baile... E aí o pessoal começa a me conhecer, eu sou brincalhão, aí eu conheço todo mundo. Hoje, para você ter uma ideia, eu sou um dos que coordena esse grupo. Então, não tem um que eu não conheça lá dentro. Mas foi o grupo que me fez sair da depressão. O remédio foi muito bom, mas tem que ter uma atitude proativa. O remédio fez com que aquele pedaço de mim, que não estava afim de porra nenhuma, pelo menos falasse: "Não, eu tenho que fazer um esforço e vou

> sair". Realmente, não foi fácil eu querer sair, entendeu?, encontrar gente nova. É você estar num ambiente que não é a tua casa, o teu canto, mas foi a melhor coisa do mundo.

No laço com o outro ele pôde sair do lugar de impotência no qual entrou a partir da crise conjugal e financeira; ele passou a se sentir novamente reconhecido pelo outro e, sobretudo, reconhecido como "*brincalhão*" – o que nos evoca o significante "*graça*", que se repete nos fragmentos anteriores; ou mesmo, podemos supor, o "*otimismo*" com o qual se define no início do relato. Este prossegue, todavia, com uma passagem em que ele fala a respeito do medo de interromper o uso da medicação, o qual associa às expectativas e sensações de parar de fumar, cogitando um aspecto psicológico da possível dependência da droga:

> Até hoje eu tomo "velafaxina". Faz um ano e três meses. Agora eu vou esperar acabar e começar a tomar de 27mg para ver como eu me sinto. Porque eu fico com medo, mas isso é psicológico. É a mesma coisa que parar de fumar: "Aí, se eu parar, o que vai ser amanhã?". Eu sei porque eu parei. Eu fumava três maços. Fumava desde moleque, aí eu resolvi parar. Então eu falei: "Amanhã não fumo mais". Aí eu comprei um emplastro, um esparadrapo nos Estados Unidos; e aí, no primeiro dia, eu consegui e pensei: "Se eu consegui o primeiro, então eu vou conseguir o segundo". Mas quando terminou o emplastro eu morria de medo: "O que eu vou fazer amanhã?" Entendeu? Porque você tem medo que vai ter dependência. A mesma coisa o "velafaxina". Eu não sei o que vai ser se eu parar de tomar. O que eu sei é que eu não posso voltar ao que era. Porque, olha, nunca eu senti tão mal na minha vida como nesse negócio. Quando falavam para mim "Ah, eu tenho depressão, eu sinto dor no peito", eu nunca poderia imaginar o que era isso, de tão ruim que é.

Nesse fragmento chama nossa atenção o fato de ele dizer que o medo de parar de tomar a medicação, assim como o medo de parar de fumar, é "*psicológico*", a partir do que podemos inferir a atribuição de uma causalidade psíquica para o medo, enquanto que o mesmo não acontece em relação à depressão. O remédio, por sua vez, como vimos em outros relatos, torna-se um objeto capaz de proporcionar segurança diante da imprevisibilidade do futuro – "*o que eu vou fazer amanhã?*" – bem como diante do medo de retornar ao estado anterior, de depressão, assim como o emplastro em relação ao medo de parar de fumar. Deste modo, o medicamento representa o ideal de controle do sofrimento; e, portanto, podemos perceber, no discurso da depressão, que ele sintetiza e reifica esse ideal, a despeito do enunciado do fragmento precedente, segundo o qual "*foi o grupo que me fez sair da depressão*".

Em seguida o entrevistado contrapõe a medicação atual às anteriores, prescritas inicialmente pela psiquiatra; e que, supostamente, provocam impotência sexual, além de uma

espécie de anestesia em relação aos afetos, de anedonia. No fragmento seguinte, ele discorre sobre a impossibilidade de que esse tipo de droga o ajude:

> Eu acho que apenas o remédio sozinho, pode ser Rivotril, pode ser o que for... nenhum remédio faz o serviço sozinho. Uma parte do tratamento é o remédio. O problema do remédio da psiquiatra, esses remédios que ela me deu, é que eles são inibidores de uma série de outras coisas que fazem você melhorar de um lado, mas piorar de outro. Então causa impotência, abaixa a libido, coisa que não é normal. Então eu comecei a tomar aqueles remédios e passei a não viver, porque você não sente nada. Então você toma o remédio, sente um bem-estar, mas o resto, você não sente mais nada. Você não sente vontade de sair. "Ah, eu vou conhecer alguém". Vai conhecer alguém, e aí? Vai fazer o que? Você pode fingir, eu não posso fingir. Então, como é que eu vou sair com alguém e fingir? Como? Não funciona. Entendeu? Não é uma coisa que eu posso esconder. Que é uma coisa temporária, então vou esconder. Não tem como esconder. Então não tem como ter relacionamento. E o relacionamento afetivo é uma das coisas que faz você sarar. Então, como é que eu posso sarar? Não dá para sarar! E o "velafaxina", não. Eu não vou dizer o contrário porque eu não tenho provas. Mas ele não inibe nada. Então, é isso (...) Sensação de bem-estar. A dor no peito passa. A dor que eu tinha era muito forte, passou. Parou de ter esse aperto e ele me faz sentir bem. Uma bolinha, como se fosse uma bolinha. Então, ele faz alguma coisa no cérebro, que faz você se sentir melhor; ele levanta a moral. Mas só o fato de eu estar contente não faz eu tomar banho, me vestir, pegar minha moto e ir para um bar. Depende também de mim. Tem que fazer terapia, tem uma série de coisas juntas.

Destacamos aqui a repetição do significante "*sozinho*" no início desta passagem, empregado no sentido de dizer que o uso da medicação, somente, não seria o bastante para a obtenção de um efeito de melhora. Todavia, "*sozinho*" também se contrapõe a "*relacionamento*", apontado por ele como "*uma das coisas que faz sarar*" e que, por sua vez, se equipara a "*coisas juntas*", ambas situadas discursivamente como aquilo que trata a depressão – e nesse caso, por que não?, a solidão, a ausência de relacionamento a ela associada. Esses enunciados evocam, novamente, a ideia do grupo, do laço social como possibilidade de cura. Chama nossa atenção, também, a passagem que remete não apenas à possibilidade, como também à importância de fingir perante o outro – e, portanto, a depressão como ruptura do semblante. Notamos, também, que o remédio utilizado aparece, nesse fragmento, como algo que "*levanta a moral*", em contraposição a outros que "*inibem*", "*causam impotência*", "*abaixam a libido*" e, portanto, não podem tratar. Nesse caso, o tratamento está vinculado à possibilidade de sentir-se potente e desinibido no laço social. Nota-se, também, um dos enunciados frequentes nos discursos sobre a depressão, que aponta para o fato de que a recuperação depende da própria pessoa, o que também se expressa na passagem seguinte:

> Agora não tem mais volta. Mas também não vou ficar mais deprimido, nunca mais. Eu não deixo. Porque eu acho que muito da depressão a gente deixa, não é? Porque eu acho que quando a gente fica deprimido é porque a gente está com baixa estima. E a gente não se gosta o suficiente. E aí a gente começa a achar que a gente não tem o valor que a gente realmente tem. E quando você não está em depressão, quando você está bem, é porque você gosta muito mais de você. E para você se gostar, você precisa querer. Você não pode abrir mão. Não é tão complicado, mas é uma questão de ter vontade de falar: "Eu sou mais importante". Então, é por isso que eu digo que eu não vou voltar mais para a depressão. Eu não vou dar chance, não é?

No desfecho dessa segunda sequência narrativa, bem como da entrevista, ele discorreu acerca de uma nova compreensão da depressão, formulada após a experiência de sofrimento relatada – atrelada à segunda separação conjugal –, um diagnóstico psiquiátrico, um tratamento medicamentoso e psicológico, e a intervenção de uma amiga que, por sua vez, teve como desdobramento a demanda de modificação do esquema medicamentoso prescrito pela psiquiatra, bem como a sua inserção em um grupo de relacionamentos. A despeito das considerações que ele teceu ao longo dessa sequência narrativa sobre os efeitos terapêuticos tanto da medicação – dentre as quais não incluiu aquelas referentes ao 5HTP, realizadas em ocasião anterior à essa entrevista, a partir da qual tive conhecimento de sua experiência de depressão – quanto dos novos laços sociais, notamos a reincidência de um enunciado que remete à "*vontade de falar*", traço que se repete nesse relato. Observa-se, também, a formulação de uma nova compreensão acerca da depressão, que passa a ser relacionada ao fato de "*não se gostar o suficiente*" e de não atribuir a si mesmo "*o valor que a gente realmente tem*".

Nessa passagem ele retomou o uso dos pronomes "*você*", "*a gente*" – ou seja, a terceira pessoa do discurso –, o que causa, novamente, o efeito de distanciamento em relação ao enunciado. Não podemos mensurar o quanto essa nova compreensão decorre da psicoterapia, pois houve poucas menções, no relato, a respeito das intervenções terapêuticas realizadas nesse contexto, bem como das reflexões dele advindas. Há algumas em que o entrevistado falou que "*aprendeu muito*" com a psicóloga que o atendeu – que, por sinal, também era sua amiga, e com quem pôde "*economizar*" por não precisar contar as histórias já conhecidas por ela –, mas não diz explicitamente o que foi aprendido. Todavia, notamos que as ideias transmitidas nessa passagem retomam, de certa forma, a dialética observada anteriormente entre ser, ter e fazer que está em jogo na sua posição perante o outro: é necessário ter "*valor*", considerar-se "*mais importante*" e "*gostar mais*" de si mesmo do que do outro; "*não deixar*" a depressão "*voltar*"; não ter "*baixa estima*" etc.. Observamos,

portanto, a intersecção dos discursos psicológico, econômico e moral-religioso na compreensão que se formula nesse desfecho, através das noções de "*autoestima*", de "*valor*" do sujeito; além da ideia, enunciada com frequência no discurso da depressão, de que tanto ela quanto a sua cura dependem da própria "*atitude proativa*", ou seja, de si mesmo.

Entrevista 5

Este relato é de uma jovem universitária de 21 anos que faz tratamento psiquiátrico medicamentoso há seis anos e psicanalítico há três, aproximadamente. Quando entrei em contato para convidá-la a participar da pesquisa, ela se mostrou bastante disponível, dizendo que "seria bom", pois "gosta de falar". Sua atitude durante a entrevista foi condizente com a afirmação e mostrou-se estar à vontade para discorrer sobre sua experiência de depressão. De partida, essa afirmação, corroborada pela atitude, evoca uma espécie de elogio às palavras e se contrapõe à clássica imagem do deprimido cujo discurso exíguo não se constitui como via privilegiada de expressão, mesmo que do próprio sofrimento. Neste caso, "depressão" não coincide com "introversão".

Outra observação que nos surpreende, desde o princípio, é a intimidade com que se articulam sofrimento e medicação no discurso. Ela é inserido e sustentado discursivamente como uma resposta quase que imediata ao sofrimento psíquico da entrevistada. Nota-se isso desde o primeiro enunciado, que sucede à pergunta inicial, a respeito de como ela chegou ao diagnóstico de depressão e ao tratamento: "*Foram dois remédios que eu tomei na minha vida*". Em seguida, ela prossegue com a narrativa do primeiro ato diagnóstico, realizado pela tia, com a participação da mãe, ambas profissionais da saúde, como podemos observar neste fragmento:

> Primeiro não foi nem num psiquiatra. Foi a minha tia, que é médica... Porque a primeira vez que eu tive um episódio, digamos assim, a minha mãe ligou para minha tia... em 2008. Eu tinha 15 anos. Minha tia pegou o que a minha mãe falou, os sintomas etc., presumiu que podia ser síndrome do pânico e receitou fluoxetina. Eu tomei fluoxetina durante um ano, mais ou menos. Só que não me fazia muito bem, eu ficava meio histérica com a fluoxetina. Era estranho, eu não gostava. A minha mãe até tentou tomar para emagrecer, porque quando eu comecei a tomar fluoxetina eu emagreci. Ela corta um pouco o apetite e eu emagreci um pouco. Só que depois eu não melhorava, minha mãe viu que eu não melhorava... eu tive outros episódios menores... porque o primeiro episódio foi bem difícil.

Nesse ato diagnóstico em família houve uma descrição dos sintomas observados pela mãe, por telefone, à tia, médica reumatologista, que os atribuiu à síndrome do pânico e, em seguida, prescreveu como tratamento um inibidor seletivo da recaptação da serotonina, o cloridrato de fluoxetina. Esta foi a resposta dada ao seu sofrimento psíquico: classificação e medicação, aos moldes de uma pseudopsiquiatria baseada no emprego acrítico da racionalidade diagnóstica veiculada através dos manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais. Ao diagnóstico em família soma-se a automedicação da mãe, que também passou a fazer uso da droga prescrita à filha com o objetivo de obter um de seus possíveis efeitos colaterais e, deste modo, tratar de forma passiva e desimplicada uma outra modalidade de sofrimento: a relação com o peso corporal. Podemos notar, também, uma curiosa inversão – na passagem em que a entrevistada afirma que a medicação a deixava "*histérica*" –, segundo a qual o tratamento parece anteceder o sofrimento.

Tanto no ato diagnóstico relatado quanto na automedicação da mãe não se questiona ou discute a respeito do que estaria em jogo nessas formas de sofrimento – o que poderia levar à construção de um saber, a respostas diversas para as questões que o sofrimento veicula e, ainda, à possibilidade de transformação da posição subjetiva, bem como dos modos de vida de cada uma delas. Isso fica mais evidente quando observamos o trecho seguinte, em que a entrevistada descreve aquilo que chamou de "*primeiro episódio*":

> Fiquei uma semana meio surtada em casa, com medo de tudo, num canto do meu quarto. Eu não fazia nada do que eu gostava. Foi isso que deixou a minha mãe preocupada. Eu ouço música direto, mas eu não conseguia nem ver o meu iPod; eu ficava com medo de acontecer alguma coisa com a minha mãe, com o meu irmão, com o meu pai. Eu pedia para todo mundo ficar comigo cem por cento do tempo, tinha medo de ficar sozinha, tinha medo de ficar no escuro... e isso foi uma semana. E eu não melhorava, não melhorava, não melhorava... Aí um dia minha mãe tentou me tirar um pouco de casa, me levou na livraria e eu não consegui ficar lá porque eu achei que ia enfartar. Isso quando eu tinha 15 anos. Foi o pior de todos, eu nunca tive isso de novo.

Nota-se que, a princípio, o sofrimento era percebido e nomeado pelo significante "*medo*", que se repete diversas vezes nesse fragmento. Medo de ficar sozinha, medo do escuro, medo de que algo ruim acontecesse aos familiares, medo de morrer. Todavia, os sintomas descritos foram logo classificados e medicados, como vimos no fragmento antecedente, em detrimento de uma possível investigação acerca desse medo. Nota-se, também, nessa passagem, uma característica bastante frequente no discurso da depressão: a referência à falta de ação; ao estado em que não se consegue fazer o que se gosta, costuma ou precisa fazer; e, ainda, o estabelecimento de um eixo discursivo de caráter judicativo, que tem

como desdobramento enunciados acerca da "melhora" ou da "piora" do quadro. No fragmento seguinte observamos a atribuição de um efeito de melhora ao uso da medicação, única resposta oferecida pelo outro perante o seu sofrimento, mas que, entretanto, claudica:

> É que eu já sou meio... exagerada. Eu falo alto... quando eu chego, eu estou lá, entendeu? Com a fluoxetina era um pouco pior. Potencializava isso... e eu saía berrando pela rua, não pensava no que eu falava. Era horrível, eu não gostava! Era meio que uns picos e depois parava e eu ficava tipo: "Ai, meu deus, que vergonha!" Aí depois, tipo, eu não melhorei... assim, eu melhorei, eu nunca mais tive aquilo de novo. Mas ainda tinha dias que eu ficava mal, ficava deprimida, triste, chorava rios e sem motivo aparente, era uma coisa que estourava.

Podemos observar, nessa passagem, a fragilidade da resposta exclusivamente medicamentosa ao sofrimento psíquico, tanto através da repetição dessa inversão discursiva em que o tratamento aparentemente antecede o sofrimento quanto na contradição entre "melhora" e "não melhora" que aqui se estabelece no eixo judicativo. A "melhora" aparece relacionada a "*não ter mais aquilo de novo*", enquanto que a "não melhora" se refere ao sofrimento que insiste e – no último enunciado desse fragmento – aparece no deslizamento metonímico, característico do discurso da depressão, que aqui se expressa através das expressões "*ficar mal*", "*ficar deprimida*", "*triste*", "*uma coisa que estourava*". Notamos o emprego do significante "deprimida" na acepção do senso comum, semelhante à descrição de um afeto, e que se equipara à tristeza. Observamos, ainda, outra característica bastante frequente no discurso da depressão, bem como nas entrevistas realizadas: a desconexão causal do sofrimento, a ausência de um "*motivo aparente*" que pudesse ser atribuído ao sofrimento descrito e que o justificasse, ainda que o interlocutor seja levado a perceber a existência dessas relações.

Podemos delimitar, nesse ponto o relato, o desfecho de uma primeira sequência narrativa, na qual se sucederam uma experiência de sofrimento, um ato diagnóstico, um tratamento e uma melhora relativa na qual persistem os sintomas. A sequência seguinte gira em torno de um segundo ato diagnóstico que, por sua vez, decorre da iniciativa da mãe da entrevistada em levá-la ao psiquiatra responsável pelo tratamento de outra familiar, diagnosticada com depressão. Conforme o relato, tanto o diagnóstico – que passou a ser de depressão – quanto o tratamento prescrito pelo psiquiatra se deram de modo semelhante aos procedimentos realizados anteriormente, no que se refere à racionalidade clínica que os embasou: classificação do "transtorno" a partir da identificação dos sintomas, seguida de medicação. Vejamos:

> E aí a minha mãe pegou o psiquiatra da minha tia, que também tem depressão – somos nós duas na família que temos essa coisa de ter que tomar remédio – e me levou nele. Só que esse psiquiatra é meio "a jato". Você senta com ele, fala o que sente, o que aconteceu. Dura 15 minutos a consulta, ele te dá o remédio e você vai embora, entendeu? (...) Ele só falou que eu tinha depressão. Falou que eu estava com um quadro depressivo e era isso aí, Brasil! Assim. E aí eu comecei a tomar Sertralina, que deu bem mais certo, mas não tinha aquele efeito do emagrecimento, droga! (...) A Sertralina não foi aquela... não foi uma coisa que... que era evidente a falta ou a presença, entendeu? Era uma coisa que foi me fazendo melhorar. E foi melhorando. Só que aí eu tenho aqueles gaps em que eu fico sem tomar; mas, agora, na verdade, eu acho que estou há uns 4 meses tomando direitinho (...) Eu fico tipo indo e voltando. Só que é aquela coisa, né? Eu nunca sei até que ponto sou só eu triste porque alguma coisa ruim aconteceu e até que ponto sou eu triste, sem motivo e por causa da falta do remédio, ou porque eu estou naquele quadro de novo etc.. Então eu nunca sei exatamente o que é. E aí quando a gente tá nesses momentos, a gente volta lá, conversa com ele, e aí ele passa de novo o remédio, e a gente tenta voltar a fazer. E por aí vai.

Notamos, novamente, o apelo ao outro, bem como uma demanda por palavras, frequente em nossos relatos, que aqui se frustra em parte na "*consulta a jato*", mas que se sustenta nos repetidos retornos ao psiquiatra, mesmo que não seja seguido o esquema medicamentoso por ele prescrito. Outra característica do discurso da depressão é a oscilação tensiva que se estabelece na expressão "*eu fico indo e voltando*" – que evoca o "entrar" e "sair" da depressão, encontrado em outros relatos –, bem como do tratamento medicamentoso, nesse caso. Aqui a grande metáfora que coordena esse discurso da depressão refere-se ao espaço e a casa, ao estar sozinho e ao estar com o outro. É a metáfora do lugar como experiência de pertinência, apropriação e partilha. Entrar e sair da depressão substitui, dessa maneira, a própria gramática de presença e ausência produtiva com o outro.

Se, por um lado, o sofrimento aparece no discurso como que desarticulado de uma causalidade apreensível; por outro, notamos o mesmo em relação à "melhora" relatada pela entrevistada. Tomando como referência esse fragmento, podemos supor diversas causas para a transformação relatada; e, ao mesmo tempo, não há como atribuir o mérito exclusivo a qualquer uma delas. Se, por um lado a entrevistada se refere à Sertralina como uma medicação que "*deu certo*", que fez com que ela melhorasse; por outro, ela mesma afirma que não foi possível perceber a sua ação. Esse fato nos permite questionar se os efeitos de "melhora" decorrem de alterações cerebrais produzidas pela medicação, de efeitos simbólicos da medicação – relacionados ao efeito placebo e ao significado atribuído à medicação, por exemplo –, de efeitos simbólicos da interação com o médico – que passam pelo reconhecimento e pela nomeação do sofrimento – ou, ainda, de alterações cerebrais relacionadas ao próprio efeito placebo – observado no estudo de Leuchter et al. (2002), citado

na introdução deste trabalho, segundo o qual 38% de um grupo de pessoas que tomaram apenas placebo tiveram o mesmo nível de melhora que os 52% que melhoraram fazendo uso de antidepressivos; e que, ainda, apresentaram alterações cerebrais semelhantes a esse segundo grupo.

Embora não possamos observar explicitamente os significados atribuídos à medicação nesse relato, percebemos que é feito dela um uso peculiar, que não corresponde à prescrição médica: trata-se de um uso intermitente, mas do qual não prescinde. A entrevistada chega a dizer que sente "*medo*" de parar de tomar a medicação, ao mesmo tempo que "*esquece*" dela, deixa de tomar. Quando sente algum mal-estar, ela se lembra e recorre, novamente, à medicação. O remédio se torna objeto de uma "*enrolação*", como ela afirma. É percebido como algo que, se tomar corretamente, por um período pré-determinado, ela poderá deixar de tomá-lo – mas permanece atrelada a ele por um tempo maior do que o previamente estipulado em decorrência desse "*vai e volta*". Essa forma de utilizar a medicação nos indica uma relação singular do sujeito com o objeto medicação e nos remete a uma política de regulação da intrusão e da extrusão de gozo, como podemos observar na passagem seguinte:

> É uma questão de esquecer, mesmo. Eu vou tocando as coisas, eu esqueço de comprar. Preciso ir na farmácia comprar e nunca lembro; tenho as coisas da faculdade pra fazer e esqueço. Quando eu vejo que estou ficando muito mal humorada, ou com muito sono, ou essas coisas meio assim... aí é uma coisa meio recorrente – que eu não sou assim, né? –, eu percebo que as vezes é quando eu não estou tomando remédio. Então é... o efeito existe, mas ele não é absoluto. Eu acho que, se eu realmente conseguir fazer tudo certinho, eu consigo parar de tomar isso e não precisar tomar de novo. Eu não acho que eu vou precisar tomar remédio para todo o sempre; apesar de que, às vezes, eu tenho medo de parar de tomar. Tem uma coisa que existe, que realmente ninguém quer se sentir deprimido de novo. Eu posso parar, mas não é uma coisa que tem cura; então, se eu voltar a ter crise, eu volto a tomar alguma coisa, volto no médico, vejo o que acontece, tento lidar... mas eu tenho medo de parar de tomar o remédio, sim. Mas eu sei que é uma coisa que eu consigo sobreviver sem. Não que eu vá ficar bem cem por cento do tempo, mas dá pra tocar. As duas vezes que eu tomei remédio eu, tipo, engoli a bula: eu li a bula inteira – assim, a parte que eu entendia; porque tem parte que eu simplesmente não entendo. E eu sempre vejo os efeitos. Alguns eu vejo acontecer em mim e tem alguns que não, entendeu? A Fluoxetina, por exemplo, tinha realmente a questão da diminuição do apetite, que foi uma coisa meio óbvia que aconteceu comigo realmente: emagreci muito depois que comecei a tomar remédio e não era que eu parava de comer, mas eu comia menos. E a Sertralia dá sono as vezes, entendeu? Quando eu comecei a tomar, tinha muito sono.

Observamos que, aqui, a medicação aparece atrelada à percepção de si mesma, aos momentos em que ela lembra de "*se sentir*". Assume, também, a função de um objeto protetor

contra essa "*coisa que existe*", contra a possibilidade de se sentir "*deprimia de novo*" contra a "*crise*". Outro enunciado que nos chama atenção, nesse fragmento, é aquele em que afirma "*eu não sou assim*", referindo-se ao excesso de sono e o mau humor, relacionando-os, por sua vez, aos períodos em que não está fazendo uso do antidepressivo. Nota-se uma inversão: os signos da depressão – sono, mau humor – correspondem a um objeto intrusivo que a torna diferente do que é, enquanto o remédio seria responsável, portanto, por garantir ser o que se é. O remédio garante a manutenção da identidade consigo mesma, prescindindo que se reconheça o estranho (*Unheimliche*), a alteridade que a constitui[26]. Instala-se, ainda, uma série de contradições acerca dos efeitos da medicação – como, por exemplo, no que se refere ao sono. Afinal, ele é signo da depressão ou efeito colateral da medicação? Novamente, somos levados pelo relato a constatar a desconexão causal no discurso da depressão, bem como a articulação da ideia de depressão a algo que difere de si mesmo.

Esse relato também nos leva à reflexão acerca da relação entre os efeitos de melhora e o próprio ato diagnóstico realizados – nesse caso, tanto o primeiro, de síndrome do pânico, realizado pela tia médica, quanto o segundo, de depressão, feito pelo psiquiatra. Ao nomear o sofrimento psíquico, os médicos transformam a realidade até então existente, aos moldes do que a tradição anglo-saxônica de filosofia da linguagem designou como atos performativos, a partir dos quais uma suposta dimensão de força ilocucionária atribuída aos atos de fala, dentro das condições apropriadas para sua realização, resultam em uma ação, dotada da intencionalidade daquele que o profere, bem como daqueles que escutam (DERRIDA, 1988), além de efeitos de realidade. Neste caso, o ato diagnóstico atribui uma identidade ao sujeito, tanto pelo nome, "deprimido", quanto pela inclusão no grupo ao qual o sujeito pode agora pertencer, o dos deprimidos, que tomam remédios – tal como a tia da nossa entrevistada pertence e ao qual ela também passa a pertencer. Podemos supor, ainda, que esse ato diagnóstico possibilita não apenas a identificação ao grupo dos deprimidos, como também ao grupo familiar, atestando uma filiação através do nome do sofrimento.

Se, por um lado, a nomeação do sofrimento, a identificação do sujeito a um grupo social, além dos efeitos da medicação – que podem ser tanto orgânicos quanto simbólicos – proporcionam a melhora dos sintomas; por outro, devemos considerar a advertência de Butler (1990/2003), de que existem ficções reguladoras na cultura, capazes de constituir efeitos de realidade, como se fossem decorrentes de uma "essência interna", mas que não passam do efeito performativo de um discurso politicamente orientado, de uma significação

[26] Freud escreve acerca dessa noção em 1919, no texto intitulado *O estranho*.

performativamente ordenada. A noção psiquiátrica de depressão enquanto doença, entidade e essência, desempenha, portanto, esse papel de ficção reguladora que incide na realidade do sujeito – assim como o gênero nas pesquisas dessa autora. Ao deslocar a origem discursiva e política de uma identidade para a suposta interioridade do sujeito, para um suposto núcleo psicológico, essa origem é subtraída à visão, enquanto se naturalizam e consolidam sistemas de poder.

Deste modo, identificamos aqui o potencial performativo de um diagnóstico, que tem como efeito a produção de verdades – no que se refere à posição do sujeito, e não a uma suposta essência da depressão – e identificações – ser deprimido; ser como a tia, neste caso –, além da continuidade e da repetição de um projeto cultural – para todo deprimido, antidepressivos – da reencenação de um conjunto de significações já estabelecidas socialmente – ser portador de uma doença que "*não tem cura*", de um "*desequilíbrio no cérebro*", como ela chegou a afirmar –, da produção de uma identidade constituída no tempo, por meio da repetição de atos pré-determinados – voltar ao psiquiatra sempre que "*estiver mal*" novamente, retomar o uso da medicação, melhorar, esquecer, piorar novamente, e assim por diante.

Essa entrevista também nos mostra, todavia, que, embora esse projeto cultural – regido pela ideia de que a depressão é uma doença do cérebro, responsável pelo desequilíbrio dos neurotransmissores – traga uma compreensão acerca do sofrimento e instale condutas para o seu tratamento – que, por sua vez, produzem efeitos de melhora dos sintomas –, o sujeito permanece desorientado não apenas em relação ao sofrimento e ao seu inconsciente – que é uma das formas de se compreender os estados depressivos do ponto de vista psicanalítico –, como também, consequentemente, em relação ao entendimento acerca da depressão. Vejamos isso na seguinte passagem:

> Eu sei o que é depressão muito por cima. Eu sei o que o meu médico explicou a primeira vez que eu fui lá, que a depressão é uma reação química; que é uma questão de química, mesmo, e que o remédio tentava estabilizar o que faltava para melhorar. É essa a noção que eu tenho. Uma coisa bem rudimentar. Mas realmente faz sentido! Só que às vezes eu fico confusa com isso, sabe? Porque é uma questão de neurotransmissores, é uma reação química, mas mexe muito com o emocional; porque o que desencadeia, às vezes, é coisa de fora, sabe? Sei lá! Quando a minha avó morreu, por exemplo, eu fiquei bem mal naquela semana, só que não teve crise. Fiquei mal, num nível normal de uma pessoa que fica mal quando perde alguém. A crise que eu tive foi duas semanas depois, por causa da minha faculdade. Ou não, entendeu? É uma coisa muito incerta. Eu não sei exatamente o que é. Mas o fato é que eu tomo remédio porque é uma questão dos neurotransmissores que eu preciso estabilizar pra conseguir ter o equilíbrio emocional, entendeu? Não é para ficar feliz o tempo inteiro, mas para equilibrar. Para ter o emocional de uma pessoa normal, entre aspas. Mas eu

> também quis fazer terapia. Eu estava numa fase meio esquisita, acho que era no final da Fluoxetina. Estava começando a perceber que tinha alguma coisa errada. Eu falava: "Mãe, eu não estou melhorando. Mãe, eu não estou melhorando. Mãe, eu preciso fazer terapia, eu preciso ir no psicólogo, porque eu não estou entendendo o que está acontecendo na minha cabeça". Eu sabia que eu tinha algum problema. Eu parei e falei: "Velho, preciso entender o que está acontecendo na minha cabeça". A minha mãe... a minha tia tinha noção. Tinha falado que, se eu conseguisse, ia ser legal; mas aquela coisa: a gente sempre teve dinheiro curto em casa; então quando a minha tia falou isso, não foi uma coisa que a gente conseguiu fazer, entendeu? Mas eu ficava batendo nessa tecla. Eu queria fazer terapia porque eu achava que precisava de uma visão externa dentro da minha cabeça, entendeu? Era muita coisa que eu tinha dentro da minha mente que eu não conseguia entender, sabe? Que eu não conseguia organizar e eu achava que era isso que me fazia ficar mal na verdade, sabe? Era esse turbilhão de coisas que eu tinha, que eu não sabia como organizar. Não sabia o que estava acontecendo, e dava uma agonia e eu surtava, entendeu? E aí a minha mãe conseguiu uma vaga para mim no hospital onde ela trabalha. E aí eu comecei. E melhorou bastante. Faz dois anos e meio, 3 anos. Eu tinha 18.

Observamos, nesse fragmento, a ideia de oscilação associada à doença, em oposição à ideia de equilíbrio enquanto cura. No início, vemos a depressão sendo designada metaforicamente como "*reação química*", como "*questão de neurotransmissores*" que, por sua vez, "*mexe muito com o emocional*" e precisa ser "*estabilizada pelo remédio*". Já no final, uma nova metáfora passa a designar a depressão, a do "*turbilhão*" que "*acontece na cabeça*", que "*faz ficar mal*", o qual "*não sabia organizar*", que "*dava agonia*" e "*fazia surtar*". A ideia de um turbilhão que acontece na cabeça é sobreposta, portanto, à ideia do desequilíbrio das reações químicas. Se, por um lado, a metáfora farmacoquímica da depressão – retomando a expressão de Coser (2010) – faz sentido dentro de todo o projeto cultural que a sustenta discursivamente; nesse caso, há também algo que insiste em não melhorar, que reivindica um "*olhar externo*"; o olhar do outro para o sofrimento do sujeito, para aquilo que se passa com ele para além de seu suposto desequilíbrio cerebral.

Observamos, também, nessa passagem, o quanto a psicanálise – ou mesmo as chamadas psicoterapias – permanecem como um tratamento acessório para a depressão, praticamente um luxo adicional destinado àqueles que podem pagar, ou para os que têm acesso privilegiado a uma instituição de saúde de grande porte. Algo que "*seria legal*", mas que está longe do alcance, enquanto a medicação é distribuída em abundância seja gratuitamente nas instituições de saúde da rede pública, seja por um preço acessível nas farmácias, como podemos ver na tabela abaixo[27]:

---

[27] Optamos por inserir, nessa tabela, a título de ilustração, os cinco antidepressivos disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde e que constam na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), além daqueles antidepressivo comumente utilizados e citados em

FÁRMACO	CLASSE	DISPONÍVEL NO SUS	MEDICAMENTO GENÉRICO	MEDICAMENTO REFERÊNCIA
Cloridrato de Clorimipramina	Tricíclico	X	R$17,05 25mg 20cp	Anafranil R$68,55 l 75mg - 20cp (é isso mesmo?)
Cloridrato de Nortriptilina	Tricíclico	X	R$9,25 25mg - 30cp	Pamelor R$31,40 25mg - 30cp
Cloridrato de Amitriptilina	Tricíclico	X	R$3,85 25mg - 20cp	Tryptanol R$16,81 25mg - 20cp
Cloridrato de Fluoxetina	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina	X	R$9,60 20mg - 30cp	Prozac R$101 20mg - 30cp
Cloridrato de Sertralina	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina	-	R$14.65 50mg - 30cp	Zoloft - R$64,95 50mg - 30cp
Cloridrato de Paroxetina	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina	-	R$16,71 20mg - 30cp	Pondera R$102 20mg - 30cp
Cloridrato de Bupropiona	Inibidor Seletivo da Recaptação de Dopamina	X	R$37,17 150mg - 30cp	Wellbutrin SR R$124,64 150mg - 30cp
Venlafaxina	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina/noradrenalina	-	R$36,71 75mg - 30cp	Efexor XR R$224,64 75mg - 30cp

Tabela 1: Preços de antidepressivos disponíveis no Brasil e disponibilidade no Sistema Único de Saúde.

Retomando o relato, a passagem seguinte nos aponta para a insistência do sofrimento, para além dos efeitos do tratamento medicamentoso, o que abre a possibilidade de outras nomeações e ideias acerca do mesmo. Vejamos:

> Na verdade, eu acho que o remédio trabalha na questão dos neurotransmissores, entendeu? Eu entendo esse remédio como fazendo isso. Mas o que desencadeia esse desequilíbrio eu acho que é a minha cabeça, e aí que entrou a terapia. Eu consegui organizar melhor as coisas, tanto que eu mudei pra caramba desde que eu comecei a fazer. Então, o que me deixava mal, colapsada, eu consegui organizar, depois que eu comecei a fazer. Era aquele monte de pensamento que ficava berrando na minha cabeça e eu não conseguia organizar, e o remédio não organizava isso também, entendeu? Não tinha como um remédio organizar isso, que é literalmente coisa da cabeça; é coisa que acontece e eu não sei como fazer. Então eu acho que me ajudou muito a amadurecer fazer esses três anos de terapia. E a minha mãe concorda também, na verdade (...) Meu pai, por exemplo, acha besteira, mas eu vejo que ele devia fazer terapia, também. Ele tem o mesmo problema que eu, na verdade, só que ele nunca foi no médico e se tratou. Mas acho que, talvez, se realmente tiver esse negócio de predisposição na família, eu peguei

nossos relatos. Alguns dos fármacos enumerados possuem mais de um medicamento de referência, bem como outras dosagens, mas selecionamos aleatoriamente apenas um de cada para que a tabela não ficasse muito extensa, bem como para facilitar a comparação de preços com os medicamentos genéricos.

> esse negócio do meu pai. Porque o meu pai é doido. Eu vejo que o que ele faz é exatamente o que eu passei, só que na versão pai. O stress dele, a irritação dele, o jeito, sabe? Eu sei que tem coisa aí. Só que ele é muito conservador e não teve essa abertura (...) Então ajuda muito, muito, muito. Eu não sei se eu teria melhorado tanto se eu não fizesse terapia. Eu acho que eu não teria melhorado nem um quarto.

Percebe-se que essa experiência de terapia possibilitou a existência de outros nomes para o sofrimento: "*aquele monte de pensamento que ficava berrando na minha cabeça*", "*coisa que acontece e não sei como fazer*". E também, a partir deles, outros caminhos para investigação como, por exemplo, a identificação com alguns traços paternos: "*ser doido*", o "*stress*", a "*irritação*". Notamos, portanto, que, nesse relato, depressão se constitui como objeto discursivo através de relações de oposição entre "*desequilíbrio*" e "*equilíbrio*", entre "*estar mal*" e "*estar melhor*", entre "*uma reação química*" e "*coisa da minha cabeça*". Oposições que se articulam tanto no eixo judicativo quanto intensivo do discurso. Outro achado significativo da análise dessa entrevista é a importante transformação na forma como a depressão é descrita: o discurso que antes evocava apenas a esfera individual do sofrimento, bem como do tratamento, passou a evocar a esfera relacional dos mesmos. Identificamos isso tanto na referência à ideia de que o seu sofrimento tem a ver com o do seu pai – cujo enunciado nos permite inferir o atravessamento do discurso psiquiátrico e da sua respectiva noção de herança genética, como também a percepção, decorrente do trabalho de análise, de que algo da forma de sofrer do pai se repete nela – quanto na ideia de que o tratamento da depressão pode se dar na relação com o outro, através da "*organização do pensamento*". Observamos que o trabalho psicanalítico possibilitou o início da desconstrução de representações genéricas acerca do sofrimento depressivo e da construção de um saber singular acerca dele, capaz de encontrar algo a se fazer com o grito que o remédio, felizmente, nesse caso, não silenciou.

Entrevista 6

Este relato decorre do interesse manifestado pela entrevistada na ocasião em que tomou conhecimento do tema desta pesquisa e da minha intensão em analisar o discurso da depressão. Nessa ocasião, ela demonstrou sua disponibilidade para conceder uma entrevista e discorreu espontaneamente sobre suas ideias acerca da relação entre depressão e o modo de vida atual, sobretudo das mulheres – que, por sua vez, acumulam tarefas, responsabilidades e

cobranças. Durante a entrevista, todavia, sua fala foi mais formal e contida, houve uma certa tensão ao falar a partir do momento em que a conversa passou a ser gravada. Ao finalizarmos a entrevista e desligarmos o gravador, houve novamente uma fala mais espontânea e fluida, num tom de desabafo. Esse aspecto formal de seu comportamento nos aponta para os seus ideais de desempenho e performance, que se tornaram mais evidentes no decorrer da entrevista.

A análise desse relato nos permite distinguir duas sequências narrativas caracterizadas por uma experiência de sofrimento, um diagnóstico, um tratamento e uma compreensão acerca do sofrimento. Na primeira delas, este era reconhecido como um problema físico através de sinais como taquicardia e dores na região torácica. A princípio, a entrevistada acreditava que estava com problemas cardíacos, cujos sintomas a conduziram, repetidas vezes, ao serviço de pronto-atendimento hospitalar. Em uma dessas ocasiões, a médica que a atendeu falou sobre a hipótese de que, possivelmente, aqueles seriam sintomas de "*síndrome do pânico*" e que, portanto, ela deveria solicitar a avaliação de um psiquiatra:

> Bom, eu demorei bastante para saber que era depressão, ser diagnosticado como depressão. Eu comecei passando mal: tinha taquicardia, uma série de coisas; ia parar no hospital. Achei que tinha algum problema cardíaco. Fiz uma série de exames, nunca dava nada. Só que aí comecei a ir várias vezes para o pronto socorro, e numa dessas muitas idas, a médica que estava de plantão e que me atendeu falou que era melhor eu procurar um psiquiatra, que talvez eu estivesse sofrendo de síndrome de pânico (...). Já tinha feito consulta com a cardiologista. Já tinha feito todos os exames possíveis, não tinha dado nada e ela até tinha me dado um calmante fraquinho – sei lá, acho que um fitoterápico, nem me lembro mais. Só que não resolvia nada.

Após ter sido verificada a inexistência de qualquer problema cardiológico, a despeito dos sintomas relatados, através de diversos exames – que "*não davam nada*" – e consultas à cardiologista, observamos, nesse fragmento, um primeiro ato de nomeação do sofrimento psíquico e, portanto, também de reconhecimento – diferente do "*nada*" ao qual se chegou nos exames anteriores – através da formulação da hipótese de "*síndrome do pânico*". Essa nomeação, por sua vez, se deu em conformidade com a gramática diagnóstica e o discurso psiquiátricos, como poderíamos supor nesse contexto hospitalar. No DSM, o transtorno de pânico é classificado como um dos transtornos de ansiedade, cujos critérios diagnósticos são constituídos, sobretudo, por sintomas corporais – palpitações ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar e sufocamento; sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou

enlouquecer; medo de morrer; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); calafrio ou ondas de calor – ao qual se atribui a prevalência de 60% dos pacientes nos consultórios cardiológicos. Segundo esse manual, a comorbidade e a sobreposição de sintomas com a hipocondria são comuns, enquanto as taxas de transtorno depressivo comórbido variam muito, indo de 10 a 65% em indivíduos com transtorno de pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com ambos os transtornos, a depressão precede o transtorno de pânico, enquanto nos dois terços restantes a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do transtorno de pânico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Observamos, todavia, que mesmo perante o resultado dos exames, a prescrição, feia pela cardiologista, de uma medicação "*calmante*" – ou seja, que visa ao tratamento de um estado psicológico – e, ainda, a hipótese diagnóstica seguida da sugestão de encaminhamento ao psiquiatra feita no pronto-atendimento, a entrevistada permaneceu com a ideação de um problema físico, como veremos enunciado explicitamente mais adiante. Houve um intervalo de tempo até que essa sugestão fosse acatada, o que nos aponta para a manutenção da determinação discursiva dos sintomas enquanto problema "*físico*", corroborada, por sua vez, pela evidente manifestação corporal dos mesmos e, também, pela desconexão causal do sofrimento psíquico – cujas marcas discursivas são observadas nesse relato e, com frequência, no discurso da depressão. Deste modo, observamos que o ato diagnóstico aparentemente não logrou a transformação esperada num primeiro momento, ou seja, a de que o sofrimento passasse a ser reconhecido com "*psíquico*", bem como a procura de um "*especialista*" para lidar com o mesmo. Vejamos:

> Eu ainda demorei mais um tanto para fazer isso, só que nesse meio tempo comecei a ter outros sintomas, né? E aí comecei a ficar cada vez mais... mais para baixo, mais desanimada, sem vontade de fazer nada. E até que a situação foi ficando muito complicada e eu acabei procurando um... um especialista.

Verificamos, nessa passagem, a formação de um espaço tensivo através do qual ela articula o aumento da intensidade do sofrimento e a diversificação dos sintomas, que passam a ser descritos não apenas como dores e sensações corporais, mas através de uma das típicas figuras do discurso da depressão, a de "*estar para baixo*", associada ao deslizamento metonímico para o "*desânimo*" e a ausência de "*vontade de fazer*" o que quer que seja, também bastante comum nesse discurso. Delimitamos, portanto, o início de uma segunda sequência narrativa a partir dessa nova forma de reconhecer e descrever o sofrimento, ou seja, como sofrimento psíquico. Podemos atribuir essa transformação não apenas à insistência do

sofrimento e ao aumento de sua intensidade, mas, sobretudo, aos efeitos subjetivos do ato de nomeação e de reconhecimento do sofrimento realizado anteriormente pela médica. Supomos, portanto, um efeito subjetivo que se deu não imediatamente após o ato diagnóstico, mas *a posteriori*, perante uma nova experiência de sofrimento, além do efeito pragmático, compreendido pela procura por um "*especialista*". Vejamos:

> Eu tinha dores fortíssimas, era físico. Tanto que eu não achava que fosse nada, né... eu cheguei assim... aquela... fui procurar um psiquiatra... foi o extremo do extremo. Porque acho que não só eu, mas muita gente fica: "Ai, psiquiatra é coisa de... tem que estar muito maluco pra procurar", né? E eu não achava que eu tinha nada, só esse problema cardíaco que não existia. Problema cardíaco e uma dor nas costas horrorosa. Aí quando eu cheguei lá, disse: "Ó, não sei muito bem o que eu estou fazendo aqui, mas, enfim, eu vim, né?". Foi aí que ele falou: "Isso é estresse pós-traumático". Começou a medicar e foi assim, super alívio. Porque saiu aquele mal-estar horroroso, comecei a respirar de novo, comecei a viver. Porque, que nem eu falei antes, quando eu cheguei lá eu já estava super mal mesmo, né? Além de ter as crises de ansiedade, eu já sentia um aperto no peito, sentia... não sentia muita... assim, a sensação que eu descrevi para ele: doer, quero dizer, viver doía. Respirar doía. Eu não aguentava mais. Era uma coisa assim, muito difícil. E aí, bom, primeiro a gente teve uma longa conversa e eu tinha acabado meu doutorado; tinha sido um período muito difícil, quer dizer, tinha passado por um monte de problemas, mas o final do doutorado – que acho que foi uma coisa que me segurou durante uns anos, né?, eu fiquei presa naquilo. A hora que eu terminei, que eu defendi, depois da defesa, que veio assim um... meio que... desabou tudo. E então ele falou da crise... como é que chama? Estresse, uma crise de estresse pós-traumático. E aí que ele falou: "Ó, vai ter que medicar". (...) Então ele continuou: "Bom, o que desencadeou a depressão foi essa crise de estresse pós-traumático". Só que quando eu cheguei no psiquiatra, essa crise já tinha atingido seu auge e já tinha mudado de configuração, sei lá como é que se pode chamar. Mas aí eu já estava num outro estágio. Tinha passado todo aquele... eu não tinha mais só as crises de pânico. Aí eu comecei a afundar mesmo. Aí eu não tinha mais vontade de fazer nada. É assim, eu só levantava e ia fazer alguma coisa na vida porque eu tinha dois filhos pequenos. E aí eu era obrigada a fazer as coisas, né? Porque daí eu olhava para eles e ia. Senão eu não fazia mas nada da minha vida, ficava coberta até... E aí, assim foi... deu um super alívio, de imediato.

A partir de então sua percepção deixou de ser apenas a de um problema cardíaco e de um corpo dolorido: passou a evocar a dor de viver. Nessa passagem, observamos a metáfora do "*afundar*" que se equipara semanticamente à anterior, "*estar para baixo*", ambas comumente encontradas no discurso da depressão e que evocam o plano de significação relacionado diretamente à origem etiológica do significante – que, como vimos anteriormente, nos remete aos efeitos de uma pressão para baixo. Aqui, a metáfora aparece novamente associada a este que parece ser um dos principais signos do discurso da depressão: a referência à falta de vontade de agir, ou mesmo de viver. Outro signo que nos chama a

atenção nessa passagem, semelhante ao encontrado em outros relatos, é a referência à experiência de fala com o outro através do enunciado "*a gente teve uma longa conversa*" – a partir da qual ela e o psiquiatra puderam construir algumas conexões causais entre o sofrimento e aquilo que se passava em sua vida. Ela se refere aqui a "*um monte de problemas*" e ao fato de que o trabalho acadêmico a havia "*segurado*" durante um tempo. A partir disso, o psiquiatra atribuiu um caráter traumático à experiência relatada que, por sua vez, seria responsável pelo quadro de "*estresse*" subsequente e seu desdobramento em "*depressão*".

Desse modo, a consulta possibilitou o reconhecimento do seu sofrimento pelo outro através da gramática diagnóstica psiquiátrica, além da nomeação desse sofrimento e sua medicação. Esse conjunto de atos médicos teve como efeitos o "*alívio imediato*" e a "*saída daquele mal-estar horroroso*". Notamos, também, a ideia de "*entrar*" e "*sair*" do sofrimento, que se repete com frequência no discurso da depressão. Notamos, ainda, que os efeitos de "*melhora*", de "*alívio*", de "*saída do mal-estar*" foram atribuídos por ela, sobretudo, à medicação, como poderemos ver mais claramente nos fragmentos subsequentes. Esse pode ser considerado um dos desdobramentos subjetivos do ato diagnóstico, a despeito de que a consulta médica tenha inserido a experiência de sofrimento no campo da relação com o outro, deixando de limitar-se à esfera individual, e permitido o reconhecimento do sofrimento em si mesma, desfazendo a implicação entre recorrer a um "*especialista*" e "*estar maluco*". Como vimos, o tratamento medicamentoso prescrito pelo psiquiatra, uma combinação de antidepressivo e ansiolítico, passou a ocupar um lugar privilegiado em relação ao sofrimento; e assim se mantém desde então, ou seja, há 11 anos, tal como observamos na passagem seguinte:

> Eu sei que para mim é um pouquinho complicado pensar em tirar a medicação, porque foi uma diferença tão grande do antes e do depois que eu hoje... assim: eu virei dependente do.... Faço consultas constantes; vou duas, três vezes por ano. Tudo bem que às vezes ainda eu entro numas baita crises. Quando eu acho que já está tudo bem, aí eu começo a relaxar do... em tudo; aí, de repente, acontece alguma coisa e eu fico mal de novo; aí dá uma aumentadinha na dose; aí passa, estabiliza, e aí continuo. Mas assim: já tive várias crises. Os intervalos no começo eram menores, depois foram ficando maiores. A última crise que eu tive – assim, que eu fiquei bem mal – faz um ano.

Novamente nos deparamos como uma referência ao medo de interromper o uso da medicação, tal como encontramos em outras de nossas entrevistas, pois ela se torna, se não a única, a principal resposta ao sofrimento. Ela assume a função de um objeto estabilizador,

uma espécie de porto seguro perante a "*montanha-russa*" que é a vida. Entretanto, passa desapercebido nesse tipo de tratamento a posição do sujeito, cujo vestígio se nota em alguns enunciados – como, por exemplo: "*quando acho que já está tudo bem, eu começo a relaxar do... em tudo*" – e nos evocam questionamentos. O que estaria em jogo nesse "*relaxamento*"? Há um ideal de ausência de problemas e de felicidade perante o qual se frustra? O medicamento, nesse caso, se mantém como resposta em detrimento de uma possível abertura para o inconsciente. O próprio entendimento que fez da depressão nos remete ao raciocínio que a deduz do efeito da medicação. Observamos isso na passagem seguinte, em que ela responde à minha pergunta a respeito desse entendimento:

> Bem, aí eu comecei a ler um milhão de coisas. É claro, né? Fui atrás, ouvi tudo quanto é coisa também a respeito, assim: de profissionais da saúde que eu conhecia olharem para mim e falarem que era frescura, que uma pessoa que tem esse tipo de coisa merece uns tapas porque é uma crise de histeria... Não, é sério! Sabe, assim, coisas do gênero? Assustador. Tem gente que... né? Bom... Que remédio não faz nada... Então já li de tudo a respeito: que remédio pra depressão não funciona; outros, que funciona pra caramba; que... ah, bom, já ouvi de tudo um pouco. Mas o que eu posso afirmar, com toda certeza é que eu estava super mal; eu não tinha mais vontade de viver, não tinha mais nada; inclusive algumas vezes eu... pensei em desistir de viver, mesmo. E eu melhorei tomando remédio. Então eu acho que, para mim, pelo menos – pode não fazer efeito pra um monte de gente, talvez –; pra mim fez muito efeito. Fez e faz. Aí o Frontal, eu uso ainda como... assim, às vezes eu fico muito... eu era uma pessoa extremamente estressada, nervosíssima, irritadíssima, e aí eu fui me acalmando. Então, às vezes, eu uso o Frontal como uma forma de me acalmar. Porque ele realmente abaixa um pouquinho a frequência cardíaca e tal. Você fica mais... É claro que antes eu tomava bastante, aí eu ficava meio dopada e não fazia nada mesmo, agora eu já... muito raramente eu faço... só quando tem assim alguma coisa que me deixa completamente descontrolada. Mas, em geral, não. Eu uso mais para dormir, porque eu acho que eu tenho que dormir bem. Se eu não durmo bem, no dia seguinte eu estou imprestável, mal-humorada e tal.

"*Depressão*", portanto, não é "*frescura*" e nem "*crise de histeria*", mas aquilo que melhora com o uso de antidepressivos. Se, por um lado, o discurso psiquiátrico confere legitimidade ao sofrimento psíquico em contraponto ao caráter pejorativo a ele atribuído, pelo discurso moral; por outro, ele possibilita formações discursivas que, como essa, comprimem e generalizam as experiências de sofrimento, suas relações causais, bem como a diversidade de significações e as possibilidades de tratamento. A expressão "*coisas do gênero*", empregada conscientemente pela entrevistada no sentido apontar para um tipo específico de afirmações, podemos tomá-la ao pé da letra, como algo que diz respeito ao gênero feminino. E, assim, nos remetermos ao julgamento moral com o qual se costuma abordar ao longo da história, não apenas o sofrimento psíquico – nesse caso, a depressão –, como também o sofrimento da

mulher; mas, ao mesmo tempo considerando que as mulheres são mais afetadas pela depressão do que os homens. Discursivamente, "*depressão*" se contrapõe à "*frescura*" e "*histeria*", termo aqui empregado como pejorativo, como índice de deslegitimação do sofrimento feminino. Todavia, o saber que se produz a partir dele, e que se verifica nessa passagem, não por acaso assemelha-se ao de um manual no qual poderíamos ler: em caso de descontrole, abaixe seus batimentos cardíacos com ansiolítico; se ficar mal, aumente a dose do antidepressivo; não perca o sono, a produtividade e a vontade de viver, mantenha-se medicado. Nossa ironia não pretende desmerecer os benefícios obtidos através da medicação, mas apontar para o reducionismo decorrente de seu uso como única ferramenta de um modelo mecanicista e acrítico de tratamento, sob o risco de perda da singularidade e de silenciamento. Nesse fragmento, os termos "*estressada*", "*nervosíssima*", "*irritadíssima*", bem como a ideia de "*descontrole*" contrapõem-se à "*calma*" e a o "*controle*" proporcionados pelo ansiolítico. A referência à experiência de fala como possibilidade de tratamento, por sua vez, evocada por ela algumas vezes perante o médico, conforme o relato, passou a ser equiparada aos eventos "*traumáticos*", como podemos verificar no fragmento seguinte:

> Não cheguei a procurar outro tipo de tratamento. Falei muito isso com ele. Confesso que eu tinha uma certa relutância, pois eu tinha feito análise uns anos antes e não tinha sido a experiência mais... mais feliz. Tinha sido acho que meio traumática a situação. Aí eu não quis mesmo, não procurei. Toda vez eu conversava com o psiquiatra, né? Falava: "E aí, será que se eu procurar alguém...?" Aí ele sempre me questionava: "Mas você quer mesmo, você está afim de procurar e tal...?" Aí eu sempre relutava. Não fui, enfim, foi uma... uma escolha. Não sei se acertada ou não, mas que, enfim, eu não estava me sentindo...

Notamos, nesse fragmento, bem como em outras de nossas entrevistas, uma opção pelo conforto mais imediato do silêncio em detrimento do ruído das palavras e de uma experiência que não é "*das mais felizes*", a despeito dos efeitos significativos desse tipo de intervenção. Uma opção corroborada pelo psiquiatra que, podemos supor, percebe esse tipo de tratamento como prescindível – à medida que não incentiva sua paciente a buscar, novamente, uma psicoterapia, mesmo quando ela cogita diante dele, repetidas vezes, a pertinência dessa possibilidade. O que está em jogo aqui parece ser a dignidade "ontolológica" da própria experiência depressiva, ou seja: se ela corresponde a algo mental ou corporal; se ela possui legitimidade moral ou médica; se ela se produz em relações ou é um dado de natureza. Isso converge com outra propriedade discursiva recorrente da depressão, ou seja, o fato de que ela levanta uma espécie de indagação existencial sobre o lugar de alguém no mundo, sobre o

sentido da vida e sobre os destinos da comunidade a qual pertencemos, o que explica sua incidência histórica recorrente no discurso filosófico.

Inferimos, portanto, a adoção de uma estratégia de enfrentamento do sofrimento baseada na sua evitação cuja fragilidade é perceptível a partir do ponto de vista psicanalítico – que, por sua vez, aponta para a possibilidade de que o sujeito, ao recuar perante toda possibilidade de risco, de conflito, de descontrole e demais fontes de sofrimento, recue também perante o próprio desejo, além de evadir-se do laço social. Teremos oportunidade de verificar um desdobramento dessa natureza num fragmento mais adiante. Antes, todavia, vejamos como ela passou a discorrer sobre a percepção de outros aspectos em jogo no próprio sofrimento, bem como a forma singular como passou a lidar com os mesmos. Esta parte do relato decorre da minha decisão em retomar nossa conversa anterior, na qual ela havia falado a respeito de uma relação entre depressão e um modo de vida marcado por um excesso de tarefas e responsabilidades:

> É, eu acho que tudo aconteceu foi aí... Foi assim: meu marido perdeu o emprego; eu que trabalhava; ele estava nervoso; eu tinha filhos pequenos; eu tinha cobrança no trabalho; eu tinha que terminar meu doutorado; acho que foi um acúmulo de... de obrigações, né? Eu tinha que cuidar da casa; teve empregada que foi embora, que pediu demissão – aí até achar outra, com as crianças pequenas, escola... Meu filho mudou de escola, aí chorava todo dia; não podia falar para pai porque o pai ficava irritado... Aí sabe quando você começa a querer abraçar o mundo sozinha, você quer fazer tudo ao mesmo tempo e não falar nada para ninguém? Então, foi um acúmulo de muitas coisas, em todas as áreas: na área familiar, na área profissional, né? Então pegou assim: como mãe, como dona de casa, como filha, como... tudo. E eu fui fazendo tudo quieta. Fui fazendo, fui fazendo, fui fazendo até que a bolha, puft, estourou. Era um balão que foi se enchendo, enchendo, enchendo e estourou. Então eu acho que, no meu caso pelo menos, foi um acúmulo de responsabilidades que eu quis assumir sozinha, sem falar nada para ninguém; e foi indo, foi indo, foi indo, até que eu não dei conta. Deu um tilt.

Nota-se aqui o seu comprometimento com a pretensão de "*abraçar o mundo sozinha*", de dar conta de todas as tarefas e quaisquer problemas sem precisar recorrer ao outro, ou mesmo "*falar*" com ele – e, portanto, incomodá-lo. Observamos, portanto – tanto nesse relato quanto no nosso conjunto de entrevistas – a repetição dessa alusão à experiência de fala, bem como à possibilidade de, através dela, estar com o outro, dividir, trocar etc., mesmo que, como se verifica nessa passagem, através da menção à sua impossibilidade – ou, mesmo, inexistência. Encontramos diversos enunciados dessa natureza, como, por exemplo: "*não podia falar para o pai*"; "*fazer tudo ao mesmo tempo e não falar nada para ninguém*"; "*fui fazendo tudo quieta*"; "*quis assumir sozinha, sem falar nada para ninguém*". Repetem-se,

também, os enunciados que se referem ao "*fazer*": trabalhar; cuidar da casa, dos filhos, do marido; procurar uma nova empregada; "*querer abraçar o mundo*"; "*fazer tudo ao mesmo tempo*"; *"fui fazendo, fazendo, fazendo*". Observamos, portanto, que "*depressão*", aqui, passou a ser caracterizada através de uma sucessão de acontecimentos e por esse "*acúmulo de responsabilidades*", de um processo praticamente autônomo, separado de si mesma. Produz-se, por exemplo, um efeito de distanciamento no enunciado "*sabe quando você começa a querer abraçar o mundo sozinha, você quer fazer tudo ao mesmo tempo e não falar nada para ninguém?*", no qual ela utilizou o pronome "*você*" e, desta forma, generalizou o desejo então mencionado.

Observamos, nesse fragmento, a criação de um espaço tensivo, no qual se articulam as ideias de ação e de silêncio, através de um aumento progressivo da quantidade, bem como da intensidade de ambos no transcorrer do tempo, até que nos deparamos com duas novas metáforas: a de uma "*bolha*" e a de um "*balão*" que "*foi enchendo, enchendo, enchendo até estourar*". A ideia da explosão nos remete à delimitação de um tempo anterior e outro posterior a um evento de ruptura, a partir do qual não se pode mais conter o gás que define a própria bolha ou sustenta o balão. Essa metáfora nos permite evocar, pela sua semelhança, às metáforas da "pilha vazia", bem como da "fumacinha", que encontramos no nosso primeiro relato. Ambas evocam a importância de um elemento amorfo, volátil cuja perda resulta na falta de ação e de vontade. Aqui, a imagem da explosão também delimita a atividade, o fazer – anterior à depressão – e a tendência à imobilidade, a falta de vontade de agir – a partir da depressão, dois extremos que também caracterizam esse tipo de discurso. Outro aspecto relevante que esse fragmento nos permite observar é a oposição entre "*depressão*" e os ideais relacionados à própria identidade, o que nos remete à ideia de que essa patologia seja um efeito – ou mesmo uma forma de resistência – do sujeito ao culto da performance, à necessidade de ser o empreendedor de si mesmo, ao imperativo do consumo, bem como ao ideal de felicidade (EHRENBERG 1991/2010; 1998/2000). No desfecho dessa segunda sequência narrativa – que, por sua vez, coincide com o final da entrevista –, ela discorreu sobre a compreensão acerca do sofrimento, decorrente dessa experiência de onze anos de tratamento:

> Eu tento ver a vida um pouquinho diferente, né? Mas, assim: não foi de cara. Mas, ao longo desses quase onze anos de medicamento e tal, do diagnóstico em si, eu tento enxergar a vida de uma forma menos... pesada. Aí, assim, foi um longo aprendizado de começar a me desvencilhar desses pesos todos, né? Mas muito lento. Aí eu fui soltando as coisas pelo caminho, né? E tudo que eu achava que não existiria, que nada iria acontecer se eu não estivesse

> presente, eu fui abandonando uma a uma e hoje acho que estou super desapegada de um monte de coisas. Fui soltando ao longo do tempo e hoje eu sei que eu estou mais leve, por conta dessa atitude de não achar mais que tudo depende de mim, né? É claro, eu levei milhões de tombos, milhões de puxada de tapete, caí de novo, fiquei em depressão – que nem estou falando, faz um ano da minha última crise. Você sempre... a vida é uma montanha-russa, ela não para. E trabalhar aqui na universidade não é fácil, as pessoas são terríveis, a briga pelo saber é uma coisa assim... dificílima. Você não tem noção do tipo de coisas que as pessoas são capazes de fazer pra... para puxar o seu tapete, pra ficar no seu lugar, enfim. Aí eu comecei, quer saber: "Ah, você quer o meu lugar? Pode ficar à vontade". Não é isso que vai me deixar nem mais rica nem mais pobre de conhecimento, de... de nada, na verdade, né?, como ser humano. Tudo bem, então eu comecei a soltar sem querer me agarrar às coisas, ou achar que era tão necessária a minha presença. E aí fui indo, fui soltado, fui soltando... Às vezes eu acho que soltei dem... Às vezes eu questiono se isso também foi legal. Porque às vezes eu acho que talvez eu tenha me desapegado demais das coisas. E aí, de vez em quando, não tem muito sentido. Porque, né, você vai largando tudo e aí começa a faltar. Mas, por outro lado, eu sei que eu sofro muito menos. Bom, eu fazia parte de tudo quanto era grupo, comissão de condomínio, de bairro, do trabalho, de tudo... da escola das crianças. Quer dizer, eu participava de absolutamente tudo. Era uma pessoa super atuante em tudo. Só que isso também vai desgastando pra caramba. Você acaba assumindo... é.... responsabilidade dos outros, inclusive, né? E aí, isso tudo eu fui aos poucos soltando. Isso foi um alívio da vida.

Nesse fragmento, ela se refere à tentativa de "*enxergar a vida de uma forma mais leve*" e, portanto, à atitude de se "*desvencilhar*" daquilo que pesa. Nesse sentido, ela contrapõe os "*pesos*", os "*tombos*", as "*quedas*", as "*puxadas de tapete*", as "*brigas*" – que são, aqui, equivalentes semânticos da depressão – a "*soltar*", "*desapegar*", "*ir*" e "*largar*", como formas que ela encontrou para diminuir, ou mesmo evitar, o sofrimento. Se, por um lado, há uma espécie de esvaziamento dos seus ideais fálicos – que, por sua vez, identificamos nos enunciados em que ela expressa, por exemplo, a expectativa de "*participar de absolutamente tudo*", ou de "*dar conta de tudo sozinha*" etc. – e, deste modo, obtém-se um efeito um alívio, de melhora em relação ao sofrimento; por outro, somos conduzidos pela própria entrevistada a perceber que "a criança é jogada fora junto com a água do banho", justamente nesse ato de se desvencilhar de tudo que lhe pesa sob os ombros. Ao desapegar de toda e qualquer fonte de problema e ao recuar perante cada possibilidade de conflito, ela recua também perante seu desejo, resultando no que identifica como uma experiência de perda de sentido e, possivelmente, em novas "*crises*" de depressão.

Entrevista 7

O entrevistado se dispôs a participar da pesquisa a partir da indicação de uma amiga em comum. Ele chegou atrasado e se justificou, logo que nos encontramos, discorrendo sobre a falência de sua empresa e os problemas que têm enfrentado em decorrência disso – como, por exemplo, o processo judicial movido por alguns dos antigos funcionários. Após escutá-lo, falei a respeito do que se tratava a pesquisa, disse que gostaria de saber como ele chegou ao diagnóstico de depressão e, em seguida, ele deu início ao seu relato. Desde os primeiros enunciados, o termo "depressão" teve uma significação ambígua, evocando tanto o discurso psiquiátrico, no qual corresponde à psicopatologia, quanto o discurso econômico, no qual corresponde à crise financeira, como podemos observar:

> Eu acho que a depressão é uma coisa que é do mundo moderno. É uma coisa que é montada, é uma coisa que é do nosso dia a dia. Porque é que eu entendo que é assim? Houve uma crise em 2008 nos Estados Unidos, que está sendo postergada, e que vai acontecer agora em 2018, de novo, nos Estados Unidos. É uma coisa do mundo moderno. É uma crise econômica. Pelos acontecimentos que aconteceram com a minha família, comigo, com tudo, eu entendo isso hoje. Eu fui procurar mais sobre o assunto. Li. Tem um livro que chama A grande depressão – depois eu posso até mandar para você ler –, que é de uma coluna de economia, que eu assino... e, assim: a depressão é uma coisa do mundo moderno. Ela acontece. Porque as pessoas têm visões de vida, elas almejam alguma coisa que, no fim, elas não conseguem porque o sistema é assim. O sistema é assim. As crises são cíclicas, elas vão acontecer sempre e a gente tem que estar preparado para que elas aconteçam. Não foi o que aconteceu com a minha mãe, ela tinha câncer; mas ela teve um boom da doença por causa da crise.

"Depressão" é predicada, inicialmente, como "*coisa do mundo moderno*", "*coisa montada*", "*coisa do nosso dia a dia*", "*é uma crise econômica*", *ela acontece*". Somos remetidos, portanto, não apenas à noção de que "depressão" é uma forma comum de sofrimento nos dias de hoje – como apontam os dados epidemiológicos e, ainda, um frequente deslizamento metonímico decorrente desse tipo de dado, que a designa como "*a doença do século*" –, como também à noção que se refere aos períodos em que o assolamento da economia assumiu proporções globais, tal como mencionamos anteriormente neste trabalho.

É produzido, nesse fragmento, um efeito de distanciamento do enunciador em relação ao enunciado, bem como de autoridade daquele perante o enunciatário. "Depressão" se constitui, aqui, como acontecimento independente e alheio a si mesmo e, ainda, como um objeto de explanação pedagógica acerca do qual são tecidas explicações embasadas em conhecimentos teóricos, bibliografias e na própria experiência familiar. Há um enunciado em

que o entrevistado evoca o sentimento de frustração; todavia, o mesmo efeito de distanciamento e generalidade é mantido quando esse sentimento é atribuído às "*pessoas*" que não "*conseguem*" aquilo que elas "*almejam*", como consequência das caraterísticas inerentes ao "*sistema*". Deste modo, observamos que o entrevistado se empenha no estabelecimento de relações causais que, todavia, não o implicam discursivamente e remetem à "depressão" como um processo autônomo, inevitável e alheio a si mesmo.

Logo em seguida ele discorreu sobre o adoecimento da mãe, que culminou em seu recente falecimento, e sobre os problemas decorrentes do relacionamento com os irmãos, de onde extraiu uma segunda ilação causal enunciada, agora, em primeira pessoa: "*então, é por isso que eu cheguei na depressão*". Aqui, o termo adquire uma conotação que nos remete à sua gramática eu-outro e permite que ele comece a se implicar um pouco mais no tema abordado. O relato prosseguiu, então, com a referência a outros contextos da sua história, nos quais identificou experiências da ordem da "depressão". Vejamos:

> Eu já tive outros picos, assim, de depressão pela vida... por, enfim, fazer uma escolha de faculdade errada, com que eu não me identifiquei; por ter uma condição física – que antes eu era gordo, enfim... emagreci. Tive algumas situações na vida que me levaram a me sentir deslocado do mundo. E, assim, hoje em dia eu entendo que, se eu entender mais sobre determinado assunto, eu não vou ficar tão deslocado sobre aquele assunto. Eu acho que é a ignorância que leva a pessoa a se sentir desconfortável, na minha opinião. Isso eu entendo hoje, que eu tenho quase 30 anos, passei tudo que eu passei, enfim, minha família toda mora em outro estado, então, assim, uma série de acontecimentos que me levaram a fases... Só que essa depressão última que eu tive foi a pior. Foi a pior de todas. De enxergar minha mãe na situação que ela estava, com sede de viver, e as pessoas não queriam que ela estivesse viva. Foi bem difícil acompanhar (...) Só que, assim, a gente tem que se preparar espiritualmente, psicologicamente, intelectualmente, para não ter depressão. E fisicamente também, fazer exercício. Entender as limitações das pessoas, que as pessoas têm essas limitações. Só que isso eu entendo hoje, depois que eu tive, depois que eu passei pela depressão. Porque a gente sempre acha que o ruim já chegou, que não vai ter pior, e sempre tem.

Nesse fragmento, notamos uma curiosa inversão em relação ao anterior. "Depressão" deixa de ser referida como "*uma coisa do mundo*", "*do dia a dia*", e passa a ser designada como um "*deslocamento*" de si em relação ao "*mundo*". Ele também a apresenta como uma sucessão de acontecimentos nos quais a história de vida e a história dos sintomas se enovelam, a ponto de não se distinguirem uma da outra, como também observamos em outros relatos. Embora a narrativa nos remeta à reflexão a respeito do luto vivido, bem como do descompasso entre as escolhas e o desejo, entre a percepção de si e os ideias fálicos, entre as expectativas perante o outro e a frustração, desde um ponto de vista psicanalítico, os

enunciados exprimem uma noção de sofrimento enquanto "*desconforto*" relacionado à "*ignorância*", cujo antídoto estaria relacionado ao "*entendimento*" acerca das "*limitações das pessoas*", adquirido, por sua vez, a partir da própria experiência de sofrimento, como uma imunização. Outra ideia apresentada é a de "*preparação*" espiritual, intelectual, psicológica e física "*para não ter depressão*", como um atleta, um sacerdote, ou mesmo um profissional contemporâneo, empreendedor de si mesmo, à mercê da própria sorte, que conta apenas com os recursos individuais para o enfrentamento da vida – e, neste caso, da perspectiva de que haja sempre algo "*pior*" mais adiante. Em seguida, continuou descrevendo a experiência mais recente e, segundo ele, mais intensa de "depressão":

> Chegou um dia que eu não tinha vontade de fazer nada. Nada. Não sentia vontade de fazer absolutamente nada. Chegava no escritório, eu chorava; eu não conseguia me relacionar com as pessoas. Tem algumas pessoas com quem eu ainda não consigo me relacionar, dessa época, do ano passado para cá. Não consigo porque eu cortei relação; e até eu curar a ferida, não quero conviver, entendeu? Posso ajudar, posso conversar, mas conviver não é o caminho. Porque, que nem eu falei no começo, o problema são as pessoas, mesmo. Acho que as pessoas têm que entender que o sistema em que a gente vive é errado. Não é certo, não é justo, você não é recompensado pelo seu esforço. Não é. É muito injusto. Muito injusto, tudo. Muito injusto.

Notamos, nessa passagem, o típico deslizamento metonímico desencadeado a partir do significante "depressão", ao qual se sucedem referências à ausência da "*vontade de fazer*" o que quer que seja, o choro, a dificuldade de se sustentar no laço social. Repete-se, também, a ideia de que "*o problema são as pessoas*", o que causa, novamente, o efeito de generalidade e de afastamento do enunciador em relação ao enunciado, bem como o efeito de ambiguidade das suas ilações causais. O enunciado nos evoca tanto a dimensão do laço social – incluindo os impasses e conflitos inerentes a ele – quanto a noção expressa no fragmento anterior, bem como no enunciado subsequente, nos quais a "depressão" se articula à uma certa condição de "*ignorância*" em relação ao "*sistema*". Em seguida, cria-se um espaço tensivo no qual se articulam as noções de que "*o sistema é errado*" e de que nele não há "*recompensa pelo seu esforço*"; e, ainda, no qual a repetição do significante "*injustiça*" produz o efeito de um aumento progressivo da intensidade relacionada à frustração que se infere a partir dela. Observamos, também, nesse fragmento, a produção de uma metáfora – a da "*ferida*" que ainda não foi "*curada*" – e que pode ser considerada, nesse relato, como uma figura da depressão.

Ele prosseguiu discorrendo a respeito do processo jurídico que a ex-funcionária está movendo contra ele, sobre as dificuldades vividas com a mãe doente, a conduta do banco na

iminência da crise econômica e da falência de sua empresa – que, por sua vez, garantiu o próprio lucro e fez dele "*o grande prejudicado*". Nesse ponto ele retomou a questão do "*entendimento*" perante os fatos, e recorreu à ideia de que "*a crise vem lá de trás, não é de agora*". O enunciado se refere, explicitamente, à crise econômica e política que atinge o país, mas que também nos evoca os fatos narrados anteriormente, referentes ao seu próprio passado, bem como à sensação de "*deslocamento do mundo*" experimentada. Em seguida, ele falou sobre o tratamento:

> Aí eu resolvi procurar um psiquiatra. Ele me tratou na época, me deu alguns remédios para eu melhorar. E, por fim, eu também procurei alguns tratamentos, porque eu sou da área da saúde, então a gente acaba estudando um pouco sobre o assunto também. E o meu médico, ele é muito humano. Ele entende o que a pessoa está passando, ele até falou que a pena de morte tinha que voltar [risos]. Ele é muito... Ele é muito humano, sabe? Que, realmente, o que fizeram comigo não foi legal, em todos os sentidos. Os meus irmãos... Então, eu tomei alguns antidepressivos naturais, como o 5HTP, como erva de São João, que são antidepressivos naturais. Eu tinha muito problema intestinal, muito problema no estômago por conta da depressão, e até hoje eu tomo probiótico e enzima digestiva. O 5HTP eu parei porque estou fazendo bastante esporte, então não sinto vontade de tomar, mas na época ele me deu acho que Clonazepam, alguma coisa assim – antidepressivo mesmo, ansiolítico. Só que eu sei que antidepressivo não é uma coisa que você pode tomar para o resto da vida, não pode tomar sempre. Isso eu sei porque eu estudo e acabei procurando essas alternativas, tão boas quanto os alopáticos. Os fitoterápicos têm funcionado. Tanto é que eu ligo para ele, ele fala: "Ah, vamos marcar alguma coisa na semana que vem". E ele nem me liga, sabe? Porque ele sabe que eu não preciso. Porque eu estou me tratando sozinho, né?, também. Tem que ter essas coisas, tem que ter apoio. Ele me indicou uma numeróloga, para você ter noção, quando a gente estava com alguns problemas no começo da empresa também.

Nesse fragmento, ele nos aponta para algumas intervenções terapêuticas do psiquiatra – como a medicação, a numerologia, o reconhecimento da injustiça do mundo e a empatia perante o sofrimento –; mas, discursivamente, não há uma referência explicita ao ato diagnóstico, bem como aos efeitos do tratamento prescrito por ele. Notamos, todavia, os efeitos subjetivo do ato de reconhecimento do seu sofrimento, evocados a partir dos enunciados em que explicita ter sido "*entendido*", bem como a reiteração da sua posição de "*injustiçado*" perante o outro.

Ao mesmo tempo, nos chama a atenção a passagem na qual ele se refere a uma suposta contradição do médico: em que ele propõe o agendamento de uma consulta, mas "*não liga*" depois para fazer isso. Podemos questionar se seria mesmo o médico responsável por essa ligação, ou se esse enunciado revela vestígios de sua posição perante o outro, ou seja, uma posição solitária, a partir da qual não se pode contar com ninguém – seja o médico, seja

os familiares, os funcionários do banco, os ex-funcionários da sua empresa etc.. Notamos que ele supõe um saber ao psiquiatra, de que este é prescindível para o seu tratamento, quando afirma que "*ele sabe que eu não preciso*". Deste modo, o entrevistado assume a responsabilidade pelo próprio tratamento a partir dos seus próprios conhecimentos bioquímicos, prescindindo do médico, prescindindo das medicações alopáticas que "*causam dependência*", fazendo jus aos ideais de independência e de gestão de si mesmo, inerentes à noção contemporânea de indivíduo. Se, por um lado, ele afirma que "*tem que ter apoio*", por outro, posiciona-se como quem não depende do outro, bem como de quaisquer objetos, para cuidar de si mesmo. O relato prossegue em uma passagem em que ele formula um entendimento acerca da "depressão". Vejamos:

> A gente sempre tem alguns momentos em que a gente pensa em parar a vida, né? Eu acho. Só que "ter depressão" foi agora. A diferença, eu acho, está na força de vontade de resolver o problema. Porque, se você tem a depressão, às vezes, você fica sem a força de vontade de resolver aquele determinado problema, entendeu? Porque problemas na vida acontecem. Uns maiores e outros menores. Que nem eu te falei, hoje eu entendo que a depressão é uma coisa que... tanto é que o livro é *A grande depressão*, né? Que eu li e que eu entendi isso. Então, é uma coisa do mundo moderno e que vai acontecer. As crises associadas à depressão. Porque, querendo ou não, a gente é muito ligado às coisas materiais, hoje em dia. E eu aprendi também que a gente não pode ser assim, depois disso que eu tive, entendeu? Porque as coisas materiais são consequências das emocionais, eu acho. Hoje em dia eu entendo isso, pelo que eu passei, né? Pelo que minha mãe também, de a doença ter acometido ela num momento de crise.

Aqui ele fala sobre o que entende ser um traço distintivo da depressão em relação a outros momentos em que se sente vontade de "*parar a vida*", que seria a "*força de vontade*" para superar os problemas inerentes ela. Essa ideia de "*força de vontade*" – que nos remete aos discursos de ordem moral-religiosa, e que bem se aplica ao indivíduo empreendedor de si mesmo – reenvia sua fala às reflexões acerca da depressão econômica, o que se desdobra em outra ideia: a relação entre "depressão", no sentido psicopatológico, e perdas materiais, segundo a qual o universo material é uma consequência do universo emocional do sujeito. Caímos, portanto, em um curioso raciocínio circular, a partir do qual se deduz que é necessário "*desligar-se*" dos bens materiais para manter-se bem, sem depressão, para que se possa prosperar e adquirir bens materiais; de modo que, havendo esse tipo de perda, não se deva senti-la, para que não resulte em mais perdas materiais. Nos deparamos, portanto, com possíveis efeitos subjetivos decorrentes da interseção do discurso moral com o capitalista, que põe em jogo e articula o poder de aquisição e consumo com ideais de performance e felicidade.

Em seguida, ele afirma que "*dinheiro não é tudo na vida*". Se lembrarmos das considerações freudianas a respeito das negações[28] – ou seja, de que podem ser tomadas como afirmações em grande parte dos enunciados em que aparecem –, somos levados a questionar onde mais a existência de uma afirmação como essa faria algum sentido, a não ser em um contexto em que o dinheiro possui, de fato, uma importância primordial. Para defender essa ideia, de que o dinheiro não é tudo, ele se apropria do que se passou com a mãe: aos 60 anos, portadora de um patrimônio considerável, mantinha-se trabalhando e ganhando dinheiro, mesmo doente. Isso foi interpretado por ele como suicídio: ela "*se matou*" por não ter parado de trabalhar, ou mudado para uma atividade profissional "*menos desgastante*". Todavia, o "*pico de doença*" que ela teve foi num "*momento de crise*" no trabalho, a partir do que ele extraiu novas conclusões:

> Eu aprendi muito com a minha mãe, com a doença dela, com ela ter ficado assim. Eu aprendi muito. Eu aprendi que chega um momento da vida em que você tem que dar um basta, falar: "Não, eu não quero isso para mim; eu não quero ter essa condição física para mim". Porque eu acho que o câncer também é isto: é você se autodestruir internamente, por um problema do cotidiano. Entendeu? Que se talvez a minha mãe tivesse procurado ajuda na época que ela estava doente, quando começou tudo, a doença não teria evoluído e não teria nem começado, talvez, porque é muito emocional. Hoje em dia se entende que é, o câncer é uma doença muito emocional. Lógico que tem os fatores físicos, externos, mas é nítido que ela teve câncer por problemas do cotidiano. Ela é uma pessoa que se alimentava bem, que fazia muito esporte, que fazia tudo, que não fumava, que não bebia... e teve. Morreu de câncer.

Continua em jogo, aqui, a ideia já dita de que o universo material, agora referido ao corpo, é decorrente do que se vive em termos de "*emoção*". Ao mesmo tempo, é estabelecida uma correlação entre depressão e crise, entre câncer e crise e, mesmo que indiretamente, entre depressão e câncer. Tanto através do nexo causal quanto pelo fato de serem consideradas por ele – ambas, depressão e câncer – "*condições físicas*", às quais se "*deve dar um basta*". A depressão como "*condição física*", decorrente do discurso psiquiátrico, adequa-se, portanto, à terapêutica adotada, ou seja: medicação, exercícios físicos e suplementos alimentares. Vejamos:

> Por conta própria, eu acabei trocando o remédio alopático por esse natural, que tomei por mais seis meses e aí parei. Porque acabou e eu preciso comprar mais, mas eu não sinto mais vontade. Apesar de ter acontecido tudo isso ontem, eu entendo que é um momento, que tudo vai se resolver, e acabou. Não precisa. Hoje em dia eu entendo isso. Talvez, se eu não tivesse tido, eu não entenderia. Exercício eu sempre fiz bastante. Só que quando

[28] Desenvolvidas por Freud (1925a), em seu texto *A negativa*.

> teve a época da crise, era muito estresse e eu não conseguia fazer. Não conseguia. Chegava à noite, eu estava tão estafado... Ontem, por exemplo, eu até tentei, mas não consegui. Eu fui no parque para correr, mas não consegui. Estava tão cansado, tão estressado... Você acaba não conseguindo fazer o exercício físico. Com o remédio eu conseguia fazer. Acabava esquecendo um pouco o assunto, tomava remédio para dormir, acabava descansando. Ontem, talvez, se eu tivesse tomado, eu teria dormido melhor. Enfim... Sempre quando tem um acompanhamento médico fica mais fácil de você identificar que você precisa de alguma coisa, mas você não consegue falar com o médico todo dia, então você acaba se conhecendo. Ontem talvez, se eu tivesse tomado a erva de São João ou o 5HTP, enfim, eu teria esquecido o assunto e teria feito meu exercício normal, entendeu? Acho que é para isso que o remédio serve. Para esquecer. Esquecer aquele determinado assunto. Para ter uma sensação de bem-estar artificial, que às vezes é forte demais, que nem eu te falei, que passa do limite um pouco. Às vezes tem antidepressivo que demora para fazer efeito, né? Esses naturais, não: no mesmo momento eu sentia uma sensação de bem-estar. Os naturais, né? Os que o psiquiatra passava, não. Demorava um pouco. Por isso até que eu parei de tomar, porque ele é cumulativo, né? Você toma e ele demora um pouco para fazer efeito no sistema nervoso. E os naturais, não: eles são mais rápidos. Só que eu não viciei, não. Que nem eu falei: acabou, eu não comprei, não tenho sentido falta. Ontem eu tive problema de intestino também, por causa do estresse – coisa que eu não tive mais quando eu tomava o probiótico e a enzima digestiva (...) O estresse acaba alterando a flora intestinal e os probióticos ajudam a você se recuperar. Ontem, talvez, se eu tivesse tomado o probiótico, eu teria conseguido fazer exercício. E aí não precisava de um antidepressivo artificial – simplesmente faria o exercício e já me sentiria bem.

Nesse fragmento observamos que é atribuída à medicação, tanto alopática quanto natural – e mesmo ao suplemento alimentar –, a função de "*esquecimento*", como se a sensação de "*bem-estar artificial*" se sobrepusesse ao mal-estar, bem como ao problema a ele relacionado, produzindo um apagamento deles para o sujeito. É uma das ideias que se veicula através do discurso publicitário dos medicamentos antidepressivos, como pudemos observar na propaganda apresentada anteriormente, na introdução deste trabalho, na qual o termo "depressão" que aparece na parede ao lado do jovem casal, está prestes a ser apagada pelo rolo de tinta – que, por sua vez, representa o medicamento. Outra ideia veiculada nessa propaganda e, de modo geral, neste tipo de discurso, e que também observamos nessa passagem da entrevista, é a ideia de velocidade associada ao efeito da medicação. Mediante a pressa para se obter o bem-estar, a impossibilidade de esperar até mesmo para falar com o médico, não apenas se faz uso de uma medicação, como se encontra outra, natural, capaz de agir, supostamente, com maior rapidez. E, ainda, a ideia da medicação – alopática ou natural – como única possibilidade de descanso num contexto social que impele constantemente à ação, destinada não apenas ao trabalho e à produção, como também à descontração e ao lazer. Tudo isso mantendo-se isento de qualquer dependência em relação aos remédios e ao outro.

Podemos, na passagem seguinte, observar essas noções corroboradas por um determinado discurso psicológico:

> A gente está fazendo essa entrevista exatamente no momento certo, porque acho que é um momento de convergência. Que tudo ficou muito claro na minha cabeça, que hoje eu entendo tudo. Eu vou te mandar um texto para você ler também, que eu recebi por e-mail: que em momentos assim, a gente não tem que se cansar mais, a gente tem que descansar. Que a gente não tem que pensar, a gente tem que esquecer. É de uma psicóloga, ela é coach, e ela fala tudo ao contrário do que a gente imagina que tem que ter de reação num momento difícil. E eu li, também, há umas três semanas atrás, um texto falando que chega um momento da vida em que você perde a vontade de fazer tudo, que você acha que está tudo fora do lugar, mas não está tudo fora do lugar. É aí que as coisas estão no lugar. Quando você compara lá atrás, a experiência de vida que eu tenho hoje e a experiência de vida que ficou lá atrás, para mim hoje é muito melhor. Então, você não tem que pensar que está tudo fora do lugar. Está tudo no lugar certo, como tem que estar.

As atitudes sugeridas, no referido texto, parecem ser correlatas aos efeitos atribuídos à medicação: descansar, esquecer os problemas, negá-los, praticamente, ao considerar que "*tudo está no lugar certo, como tem que estar*". Essa última – que também evoca o discursivo religioso através do traço da aceitação da própria sorte – nos permite uma comparação, bem como um contraponto com a direção do tratamento psicanalítico – que, por sua vez, opera uma a passagem do sujeito da posição de impotência para a constatação da impossibilidade radical perante a castração. Todavia, enquanto uma se presta a maquiar o mal-estar, a outra aponta para a dimensão trágica da existência. Vemos que essa crença de que "*tudo está como tem que estar*", ao invés de representar uma posição subjetiva perante a castração, constitui um artifício de distanciamento, ou mesmo de negação dessa condição, como podemos observar na passagem seguinte:

> Esse momento é um que eu poderia entrar num momento, enfim, ruim; e depende de mim isso não acontecer, de mais ninguém. Depende de mim, não depende de mais ninguém. A gente entrar em depressão não depende dos outros. Depende da gente também, entendeu? É você se blindar disso que eu te falei. Quando as pessoas entenderem isso, vai ficar mais fácil, entendeu? Acho que tinha que ter uma conscientização, mesmo. De que nem tudo que acontece é controlável. Eu não tenho como controlar cinco anos da minha vida. Eu não tenho uma bolinha de cristal dentro de casa que vai me dizer assim: "Amanhã vai dar certo". Não tenho, não tenho.

A estratégia aqui é de "blindar-se" contra a depressão; algo que, novamente, nos remete ao indivíduo à mercê da própria sorte e dos próprios recursos de sobrevivência. Através da blindagem é possível seguir, a despeito das intempéries, a despeito das agruras da relação eu-outro. Entretanto, nota-se, como efeito, a experiência radical da individualização

do sofrimento. Vemos, neste caso, como as trocas econômicas e suas vicissitudes – como a dívida, a aposta, a indeterminação do mercado e os balanços e contabilidades – são capturadas pelo discurso da depressão. São as trocas, enquanto experiência compartilhada com o outro, também como troca de palavras e reconhecimento intersubjetivo, que são tematizados metaforicamente.

Capítulo 4 – Considerações Finais

A depressão é a categoria psicopatológica que expressa, de forma privilegiada, o sofrimento psíquico na atualidade da virada dos séculos XX para o XXI, adquirindo estatuto de epidemia, sendo diagnosticada e medicalizada de forma crescente a cada dia. Todavia, a forma como a depressão é compreendida, estudada, debatida e tratada nos dias de hoje – nos mais diversos âmbitos da cultura e da clínica – reflete a hegemonia do discurso da psiquiatria, onde vem sendo forjada através de diversas redefinições e ajustes conceituais, desde o século XIX.

Embora o termo depressão já fosse utilizado no sentido de abatimento, de "depressão dos espíritos" desde o século XVII (SIMPSON; WEINER, 1989), ele adentra o terreno da psicopatologia somente no século XIX, passando a representar um sinal de desordem psiquiátrica. A noção psiquiátrica atual de "depressão" deriva da antiga noção grega de "melancolia", referente a um transtorno mental que incluía fenômenos bastante diversos, cujo denominador comum era a presença de delírios. A medicina grega, fundamentada na "teoria dos humores", considerava a influência dos quatro fluidos corporais no pensamento: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra (*melaina chole*). Nesse contexto, acreditava-se que a melancolia era consequência de um excesso de bile negra no corpo; e embora esse agente etiológico fundamental não exista, a complexidade das teorias sobre ela aumentou nos 1.500 anos seguintes (SOLOMON, 2001/2014). Ademais, o contraste com a sua interpretação contemporânea é notável, uma vez que já não ocorre a ninguém que a depressão possa ser excesso de algo, como a bile negra. Ela deverá ser necessariamente uma figura da falta e do déficit, reunindo assim a hipótese química com a semântica moral – casamento celebrado, aparentemente, com a anuência do discurso econômico.

O termo melancolia chegou ao século XIX, período em que o interesse dos alienistas voltou-se para as funções intelectuais e seus transtornos, designando, sobretudo, uma patologia da razão. Conforme Berrios (1996), esse seria o legado do período clássico, no qual as "paixões" eram consideradas aspectos obscuros e inferiores do homem. Mesmo após o Romantismo, quando se atribuiu um importante papel às emoções na definição do homem, os alienistas ainda se viam limitados em sua capacidade de lidar com os construtos afetivos, considerando também o fato de que as paixões e seus correlatos – sentimentos, emoções, humores e afetos – frustram definições, ou seja, o fato de que há uma obscuridade inerente ao próprio objeto. Como consequência, a semiologia da afetividade permaneceu subdesenvolvida

até se tornar objeto de interesse crescente, observada nos trabalhos de Brentano, dos hipnotizadores e, posteriormente, de Janet e Freud. A partir deles, houve um empenho na medicina em incorporar as paixões ao conceito de patologia, indicando a possibilidade de predominância do afeto sobre o meramente intelectual. Deste modo, as condições conceituais e ideológicas para o estabelecimento de uma categoria de transtornos do humor já existiam no início do século XX. Nesse sentido, a melancolia já não podia mais ser considerada um subtipo da mania, um transtorno primário do intelecto, ou mesmo irreversível. Deveria ser uma patologia primária do afeto, ter uma psicopatologia estável, possuir representação cerebral, ter natureza periódica e origem genética, manifestar-se em pessoas com predisposição de personalidade e ter natureza endógena. Essas mudanças acarretam a possibilidade de uma forma de insanidade parcial definida como um transtorno primário das emoções, cujas características clínicas e etiológicas refletem perda, inibição, redução e declínio. Constituída dessa forma, a melancolia pôde ser substituída pela depressão.

Neste contexto, o termo "depressão", comporta o apelo científico e a aspiração a uma explicação fisiológica, coerente com as teorias mais recentes sobre o funcionamento cerebral, e coloca em jogo a pressuposição de um transtorno de base do humor. Cabe também dizer da concomitância dessa substituição da melancolia pela depressão com o descobrimento dos efeitos antidepressivos do carbonato de lítio, em meados do século XX. Enquanto o nome "melancolia" tem como referente causal a bile negra, "depressão" faz alusão a um novo modelo etiológico pautado nos neurotransmissores. Em resumo, "depressão" passou de signo secundário da melancolia e da acídia a transtorno autônomo e epidêmico, categoria psicopatológica de natureza biológica, diagnosticável a partir da manifestação dos diversos sintomas – descritos e quantificados por manuais (DSM-V e CID-10).

Alguns impasses que se colocam a partir dessa racionalidade diagnóstica, bem como dos dados epidemiológicos dela decorrentes, vêm sendo debatidos por diversos pesquisadores: um deles diz respeito à própria classificação da depressão enquanto "doença" ou "transtorno" que tem como fundamento a "perturbação do humor". A noção de doença, em si, nos aponta Sonenreich (1991), é um construto médico que conceitualiza e unifica uma constelação de sinais e sintomas em relação a uma etiologia biológica (química, genética, cerebral), mecanismo motivador ou causa subjacente. Corresponde, portanto, a uma espécie de fórmula geral da versão médica sobre o sofrimento do paciente; e, assim, constitui um instrumento de mediação e classificação no trato dos doentes. Disso se deduz que o sofrimento pode ser abordado, definido e nomeado a partir de distintos pontos de vista e no

interior de jogos específicos de linguagem. Ou seja, o sofrimento psíquico é abordado a partir de um – ou diversos – campos discursivos.

Watters (2011), por sua vez, critica a universalização da racionalidade diagnóstica no campo da psiquiatria através da qual são exportadas formas de sofrimento e codificações sintomáticas por meio de categorias psicopatológicas que se destacam como denominações normativas e reducionistas em relação ao domínio de experiência que elas comprimem e generalizam. Deste modo, verifica-se uma crescente homogeneização da forma como o mundo sofre, em detrimento da diversidade encontrada nas várias épocas e culturas. Nesse cenário, "depressão" figura como um dos principais nomes atribuídos ao sofrimento psíquico de nossa época e cultura, condensando uma ampla gama de estados que envolvem, sobretudo: tristeza, desânimo, abatimento, fadiga, desesperança, morosidade, entre outros. Podemos supor que isso ocorre também porque a depressão opera uma convergência e uma conexão entre discursos que permanecem, de outra forma, lidos como independentes entre si. Ora, essa independência ou fragmentação é parte importante da ideologia do capitalismo financeiro, que torna diferentes aspectos de nossa vida desligados entre si, para determinados propósitos, e unidos entre si, para outras finalidades.

Deste modo, visamos empreender uma investigação na qual se busca analisar como a depressão se constitui enquanto objeto de discurso em nossa cultura, a partir de diversas ordens discursivas heterogêneas – por exemplo: as ordens médica, religiosa, econômica, psicanalítica, socioantropológica, dentre outras –; e, ainda, como esses discursos se singularizam e produzem efeitos naqueles que, a seu modo, o reproduzem. O sofrimento acaba por reunir o que os diferentes discursos, em suas inflexões produtivas e reprodutivas, separam. Ele faz a função que a neurose desempenhava, nos modelos de racionalidade diagnóstica anteriores à segunda guerra mundial, a saber: integrar sintomas em uma narrativa que os articula a uma forma de vida.

Partimos da hipótese de que o discurso constitui, condiciona, altera e determina a própria experiência de sofrimento, uma vez que na psicanálise – sobretudo no ensino de Lacan – a própria noção de sujeito se define a partir da linguagem e está imbricada na noção de discurso: o sujeito pode ser definido, nesse campo, como uma posição no discurso; e este, por sua vez, como um nível intermediário da linguagem entre a fala individual e a história coletiva. Deste modo, o discurso constitui uma modalidade de memória compartilhada e de mediação para os atos de reconhecimento nos processos de comunicação. Nesse sentido, nos referimos à psicanálise, nesta pesquisa, não apenas como um dos campos discursivos no qual

a “depressão” é abordada; também nos valemos dela como método de investigação, considerando ela própria um tipo específico de análise de discurso.

Nosso intuito foi o de desnaturalizar a forma genérica e corriqueira com a qual o termo “depressão” é repetido – não apenas no cotidiano da clínica psicanalítica e das instituições de saúde, como também nos mais diversos contextos sociais, em detrimento da diversidade e da singularidade de experiências que ele comporta. Buscamos, ainda, investigar os efeitos pragmáticos e subjetivos da nomeação do sofrimento psíquico, ou seja, do ato diagnóstico, bem como da articulação com as respectivas ordens discursivas evocadas pelo termo “depressão” – ou seja, remetemos esse significante à sua própria história, bem como às significações atreladas a ele em nossa cultura.

Para isso, constituímos um conjunto de sete relatos de experiências de sofrimento, obtidos através de entrevistas semidirigidas, cujo princípio fundamental de escolha foi a presença do significante “depressão” e sua utilização na designação do sofrimento – independentemente da existência, ou não, de uma confirmação profissional do diagnóstico –, visando empreender uma análise das diversas formações discursivas acerca desse significante.

Nossos achados apontaram para a existência de marcas no discurso da depressão que se repetem nos relatos analisados, a despeito da diversidade e heterogeneidade de experiências compreendidas em cada um deles. Verificamos, por exemplo, a configuração de uma temporalidade discursiva dividida, radicalmente, entre um “antes” e um “depois” da experiência de sofrimento, bem como uma espacialidade da qual se “entra” e “sai”. Tais descontinuidades colocam em marcha uma operação judicativa na qual o enunciador passa a considerar-se “melhor” ou “pior”, conforme a circunstância; e, ainda, idêntico a si mesmo antes da depressão – e, consequentemente, estranho a si mesmo depois desta.

Observamos, ainda, a permanência de uma indeterminação discursiva na designação da depressão, para a qual costumam ser empregadas metáforas como, por exemplo: a do “buraco”; do “afundar”, “cair”; a da “pilha vazia”; da “reação química”; da “fumacinha”; da “falta de gás”, do “balão” ou “bolha que estoura”, a da “ferida”, entre outras. Essas figuras evocam tanto estados de abatimento – de imobilidade, de anedonia, de dor, de ruptura – quanto o corpo biológico como suporte material, químico desses estados; além das formações geográficas e processos físicos também designadas pelo termo “depressão”. Essas metáforas, por sua vez, são acompanhadas do deslizamento metonímico compreendido pelos atributos que as acompanham: falta de vontade, medo, tristeza, desânimo, dentre outros.

Notamos que “depressão” tende a ser descrita como um sofrimento “irreal”, “intangível”, “amorfo”, perante o qual não há muito o que se possa fazer além de sucumbir ao

abatimento. Essa acepção do termo “depressão” tende a ter, como contraponto, a ideia dos “problemas reais”, com os quais se pode lidar, e que podem ser superados pelo sujeito. Verificamos, também, que a história de vida narrada tende a se confundir com a história dos sintomas, tal como acometem cada sujeito; e que, ainda, a depressão tende a ser determinada discursivamente por uma série de e acontecimentos que se sucedem, se sobrepõem e se “acumulam”. Essa sobreposição nem sempre é estabilizada nos diferentes discursos e opera como um indutor de incerteza e indeterminação: onde termina a depressão e começa a vida parece ser um litoral móvel que recorrentemente pode ser posto em dúvida, ou compensado por esforços de confirmação pragmática da crença que se desenvolve em torno da teoria do adoecimento que o sujeito desenvolve no curso da depressão. Observamos, também, a formação de um espaço tensivo através do qual se expressa a variação da intensidade do sofrimento.

Diante do caráter intangível – bem como imprevisível – atribuído à depressão, identificamos que os medicamentos “antidepressivos” são caracterizados discursivamente como objetos capazes de fazer jus às aspirações de controle e segurança do sujeito perante a “depressão”. Nesse sentido, a operação judicativa que aponta para a “melhora” ou a “piora” do sofrimento, ou as oscilações no espaço tensivo em que ele se revela mais ou menos intenso, articulam-se à administração do medicamento – que, por sua vez, compreende sua introdução, retirada ou interrupção –, ao aumento e à diminuição das dosagens, ao acréscimo ou substituição dos medicamentos e, mesmo, à mera perspectiva de poder contar com eles em caso de depressão.

Nota-se, repetidas vezes, uma desconexão causal do sofrimento que ora se manifesta através de ilações segundo as quais ele aparece “do nada” e invade o sujeito, ora através da proliferação de “pseudocausalidades” que não decorrem de um saber acerca do inconsciente e da castração constitutiva do sujeito, mas de um imaginário que confere consistência à sua posição de impotência. Aqui a discussão etiológica e a teoria da depressão como processo orgânico disparado por “gatilhos” mostram-se não apenas sujeitas ao escrutínio científico da prova e da confirmação hipotética, mas parecem representar um fato iatrogênico para os depressivos. Ou seja, a teoria da desimplicação relacional pode ser um forte fator de desimplicação subjetiva – e, portanto, de piora ou cronificação do quadro por adesão discursiva.

Outro achado se refere à repetição de menções às experiências de fala, nas quais se verifica um apelo ao outro, mesmo que pela sua precariedade ou impossibilidade – como, por exemplo, nas referências às “consultas à jato”, a ter ou não ter “papo” com o outro, a pedir ou

recusar psicoterapia, a dizer ao outro que “não está bem”, ao médico que “não liga” etc.. Aqui surge uma inquietação com os parâmetros de desempenho pelos quais a vida crescentemente se vê avaliada no contexto laboral e relacional. Se tais parâmetros são sancionados pela racionalidade diagnostica hegemônica sob forma de critérios diagnósticos, produz-se um reforço discursivo do discurso depressivo que não concorre para sua transformação, mas para sua fixação.

Verificamos, ainda, os *efeitos pragmáticos* do auto ou heterodiagnóstico – a saber, a adoção de um esquema medicamentoso, dietas, exercícios físicos, atividades e condutas em relação ao outro –, e os *efeitos subjetivos* do mesmo – como, por exemplo, a compreensão que o sujeito elaborou acerca do sofrimento e dos modos de tratá-lo, a identificação a um grupo maior de sujeitos (a família, os “deprimidos” etc.), além da própria configuração dos sintomas e intensidade do sofrimento.

Se, por um lado, observamos a singularidade de cada relato na forma como o significante “depressão” se articula e se caracteriza *intradiscursivamente* como objeto, ao longo das diversas sequências narrativas identificadas em cada entrevista; por outro, observamos traços que se repetem no nosso conjunto de relatos e apontam para a *interdiscursividade* do discurso da depressão. Estes, por sua vez, remetem às diversas ordens na qual o termo “depressão” é abordado, como vimos anteriormente, ou seja, à história heterogênea e descontínua pela qual nos conduz esse significante, desde a nossa cultura. Conforma-se, assim, a hipótese da prevalência autoperformativa da depressão.

Por fim, retomamos nossa hipótese e reiteramos que os discursos direcionam os modos de perceber, identificar, nomear e expressar o sofrimento psíquico, além das formas de queixar-se e demandar tratamento para o mesmo, de se endereçar ao outro e constituir laços sociais, ainda que pelo próprio isolamento. Verificamos que o discurso da depressão se presta à uma apropriação identificatória em nossa cultura, passando a constituir, ele mesmo, uma catacrese – ou seja, uma metáfora já absorvida no uso comum da língua, de emprego tão corrente que não é mais tomado como tal. Nesse sentido, “depressão” é o termo que praticamente supre a falta de uma ou várias palavras específicas que designem o que Lacan apontou como a posição do sujeito perante a castração ou, ainda, como a dor de existir no campo da linguagem.

Deste modo, torna-se possível refletir sobre o estatuto criacionista do significante, bem como o estatuto performativo do ato diagnóstico; além de observar, na própria fala de pacientes, os seus efeitos, a saber: a produção de verdades e identificações; a continuidade e a repetição de um projeto cultural; a reencenação de um conjunto de significações já

estabelecidas socialmente; a produção de uma identidade constituída no tempo, por meio da repetição de atos pré-determinados.

Desse mecanismo de produção de subjetividade, todavia, também se deduz a possibilidade de sua desconstrução e, portanto, a relevância dessas noções para o campo da clínica. Ele nos permite, ainda, formular novas perguntas a partir dessa dialética entre generalização e singularidade que observamos no discurso da depressão, por exemplo: que semelhanças e diferenças poderíamos observar a partir de uma comparação entre o discurso da depressão e o de outras psicopatologias? Quais seriam os achados de uma análise do discurso da depressão levada a cabo a partir de outros recortes referentes aos *sujeitos* – distinguindo, isolando e comparando classes sociais, gênero, idade, populações de regiões distintas etc. –, ao material escolhido para a formação do *corpus* de pesquisa – relatos disponíveis nos meios de comunicação, em prontuários médicos, na literatura etc. –, além da articulação com outros recortes teóricos, condizentes aos respectivos sujeitos e objetos de pesquisa?

Referências

ALMEIDA, C. P.; MOURA, J. M. (Org.). **A dor de existir e suas formas clínicas:** tristeza, depressão, melancolia. Rio de Janeiro: Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise, 1997.

ANDRADE, L. H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **Plos One,** San Francisco, v. 7, n. 2, pp. 1-11, 14 fev. 2012. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279422/>. Acesso em: 15 maio 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **DSM-V:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

AUSTIN, J. L. [1962]. **Quando dizer é fazer**. Trad. Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BERRIOS, G. E. **The history of mental symptoms**: descriptive psychopathology since the nineteenth century. New York: Cambridge University Press, 1996.

BÍBLIA. Segunda Epístola de São Paulo aos Coríntios. In: BÍBLIA. Português. **Bíblia King James Atualizada**. São Paulo: Sociedade Bíblica Ibero-Americana / Abba Press, 2012.

BURTON, R. [1621] **A anatomia da melancolia.** Volumes I a IV. Trad. Pedro Maia Soares. Curitiba: Ed. UFPR, 2011-2012.

BUTLER, J. [1990] **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CIVITA, R. (Ed.). **Atlas National Geographic:** América do Norte e Central. Vol VI. São Paulo: Abril, 2008a.

_____. **Atlas National Geographic:** África e Oriente Médio. Vol XVI. São Paulo: Abril, 2008b.

COGGIOLA, O. **As grandes depressões (1873-1896 e 1929-1939)**: fundamentos econômicos, consequências geopolíticas e lições para o presente. São Paulo: Alameda 2009.

CONTÉ, C. Metáfora Paterna. In: KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise:** o legado de Freud e Lacan. Trad. Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. pp. 334-338.

COSER, O. **Depressão**: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

_____. **As metáforas farmacoquímicas com as quais vivemos**: ensaios de metapsicofarmacologia. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

DERRIDA, J. **Limited Inc**. Evanston: Northwestwrn University Press, 1998.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011a.

_____. Lacan e análise de discurso. In: **Discurso e sujeito: trama de significantes** / organizadores: Baldini, L. J. e Sousa, L. M. A e. São Carlos: EdUFSCAR, 2014.

_____. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. **A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria**: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**, São Paulo, v.8, n.2, Dec. 2011b. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2014.

DUNKER, C. I. L.; PAULON, C. P.; RAMOS, J. G. M. **Introdução à análise dos discursos**: a perspectiva de Lacan. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016. No prelo.

DUTRA, L. M. M. **Ciclones Tropicais sobre o Atlântico Sul:** Análise da Estrutura Dinâmica de Eventos. 2012. 144f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Meteorologia, Ciências Atmosféricas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

EHRENBERG, A. [1991] **O culto da performance**: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Trad. Pedro F. Bendassolli. Aparecida: Ideias & Letras, 2010.

_____. [1998] **La fatigue d'être soi**: depression et société. Paris: Odile Jacob: 2000.

FOUCAULT, M. [1966] **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. [1969]. **A arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. [1973] **História da Sexualidade Volume III**: A Vontade de Saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, S. [1982] Rascunho A. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.1).

_____. [1893] Rascunho B: a etiologia das neuroses. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.1).

_____. [1895] Rascunho G: melancolia. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.1).

_____. [1915] Luto e melancolia. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.14).

_____. [1919] O estranho. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.17).

_____. [1925a] A negativa. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.19).

_____. [1925b] Inibição, sintoma e angústia. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.20).

FUENTES, M. J. S. **Depressão**: da psiquiatria à psicanálise. Tese de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

GINZBURG, C. [1986]. **Mitos, emblemas, sinais**: morfologia e história. Trad. Federico Carotti. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

JACKSON, S. W. **Melancholia and depression:** from Hippocratic times to modern times. New Haven and London: Yale University Press, 1986. 441 p.

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

_____. [1953] Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. [1953-54] **O seminário, livro I**: os escritos técnicos de Freud. Trad. Betty Milan. Rio de Janeiro, Zahar, 1998.

_____. [1956-57] **O seminário, livro IV**: a relação de objeto. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

_____. [1959-60] **O seminário, livro VII**: a ética da psicanálise. Trad. Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1960] A subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. [1974] Televisão. In: **Outros escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LEADER, D. [2009] **Além da depressão**: novas maneiras de se entender o luto e a melancolia. Trad. Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

LEUCHTER, A. F. et al. Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. **American Journal Of Psychiatry,** v. 159, n. 1, p.122-129, jan. 2002.

MACHADO, L. V.; FERREIRA, R. R. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 19, n. 1, p.135-144, jan/mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 228 p. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/RENAME2014ed2015.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – Décima revisão. São Paulo: Edusp, 2008.

OURY, J. Hipocondria. In: KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise:** o legado de Freud e Lacan. Trad. Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 237-245.

PARKER, I. Lacanian Discourse Analysis in Psychology: Seven Theoretical Elements. **Theory & Psychology,** [s.l.], v. 15, n. 2, p.163-182, 1 abr. 2005. SAGE Publications. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1177/0959354305051361> Acesso em: 12 fev 2016.

PAULON, C. P. **Silenciar e calar**: manifestações do inconsciente no "Esquecimento de Signorelli". Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2013.

PIGNARRE, P. **Comment la dépression est devenue une épidemie.** Paris: La Decouverte, 2012.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009

RAI, D. et al. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. **The British Journal Of Psychiatry**, London, v. 202, n. 3, p.195-203, 24 jan. 2013. Royal College of Psychiatrists. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23349294>. Acesso em: 15 mai 2015.

RODRIGUES, J. T. Tavares. A medicação com única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 8, n. 1, p.13-22, jan/jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03.pdf> Acesso em 22 jun 2015.

ROSA, M. D.; DOMINGUES, E. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicol. Soc.,** [s.l.], v. 22, n. 1, p.180-188, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822010000100021> Acesso em: 15 fev 2016.

ROSS, J. L. S. *Relevo Brasileiro: Planaltos, Planícies e Depressões*. In: CARLOS, Anna Fanny (Org.). **Novos Caminhos da Geografia.** São Paulo: Contexto, 1999.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Trad. Cáudia Dornelles [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584 p.

SANDERSON, K.; ANDREWS, G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. **Canadian Journal Of Psychiatry,** Ottawa, v. 51, n. 251, p.63-75, fev. 2006. Disponível em: <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/february/cjp-feb-06-sanderson-IR.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

SENNETT, R. [2006] **A cultura do novo capitalismo**. Trad. Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SIMPSON, J. A.; WEINER, E. S. **The Oxford English Dictionary.** 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1989. p. 488-489. Volume IV.

SOLOMON, A. [2001] **O demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. Trad. Myriam Campello. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Rev. Bras. Psiquiatr.,** São Paulo, v. 36, n. 3, p.262-270, 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000300262&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 15 maio 2015.

SLOMP, M. et al. The distribution of mental health service costs for depression in the Alberta population. **Canadian Journal Of Psychiatry,** Ottawa, v. 57, n. 9, p.564-569, set. 2012. Disponível em: <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/february/cjp-feb-06-sanderson-IR.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

SONENREICH, C. **Debate sobre o conceito de doenças afetivas**. São Paulo: Manole, 1991.

WATTERS, E. **Crazy like us**: the globalization of the western mind. New York: Free Press, 2011.

WEISSMAN, M. M. et al. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. **Jama: The Journal of the American Medical Association,** Chicago, v. 276, n. 4, p. 293-299, 24 jul. 1996. American Medical Association (AMA). Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=405806>. Acesso em: 15 maio 2015.

WENZEL, S. **The sin of sloth:** acedia in medieval thougt and literature. Chapel Hill: The University of Caroline Press, 1960.

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. Depression: a global crisis. World Mental Health Day, 10 2012. Disponível em <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1> Acesso em 24/04/2015.

ZILBERBERG, C. Síntese da gramática tensiva. **Significação, Revista de Cultura Audiovisual,** [s.l.], v. 33, n. 25, p.163-204, 23 jun. 2006. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-7114.sig.2006.65626. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/significacao/article/view/65626>. Acesso em: 13 set. 2016.