

Do Gozo, do Bem e da Satisfação no Mal: a Psicanálise como Contradepressor ¹

Orlando Coser ²

Resumo

Das diversas dificuldades, queixas e sintomas que levam as pessoas a demandarem um tratamento psíquico – designação que aqui inclui o tratamento psicanalítico, psiquiátrico e psicoterápico – destacam-se nos últimos anos os quadros de ‘pânico’ e ‘depressão’. A relevância que esta última categoria nosológica adquiriu pode ser evidenciada tanto de forma científica quanto leiga, através de indicadores diversos, desde os numerosos estudos atestando sua ocorrência nas mais diversas populações e situações – crianças, adolescentes, idosos, pacientes ambulatoriais, internados em clínicas psiquiátricas ou mesmo em internações e tratamentos por outras diversas especialidades médicas, quanto pesquisas de opinião. Outra forma de se verificar o interesse pela questão é assinalar sua presença constante em publicações (especializadas e leigas) e a expansão do uso de medicamentos antidepressivos pela população, o que alimenta inúmeras discussões. Ao lado de um triunfalismo midiático enaltecendo a neuroquímica e farmacologia, na prática assistencial verifica-se, tanto da parte da psiquiatria quanto da psicanálise, dificuldades no tratamento dos pacientes em quem é feito um diagnóstico de depressão.

Palavras-chave: Depressão, Masoquismo, Psicanálise.

Essas questões, diretamente ligadas à clínica, serão aqui examinadas com base nos ensinamentos da psicanálise e da psiquiatria, buscando-se uma leitura crítica, necessária na medida em que, sendo a formulação de queixas depressivas uma ocorrência cotidiana e disseminada, e os critérios para o diagnóstico de depressão heterogêneos e inespecíficos, facilmente se é levado a assimilar uma (a queixa) a outra (a patologia depressiva).

¹ Este texto se baseia, com algumas modificações, na apresentação e no capítulo 6 do meu livro *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

² Psicanalista e psiquiatra, membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP). Doutor pela PUC-SP. Professor da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, IFF/FIOCRUZ.

Como resultado, a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, regulada pela ética do consumo característica da economia de mercado vigente, permanentemente referendada pela ciência, é fomentada, o que possibilita criar tecnologias de ser e existir que muitas vezes asseguram estratégias de demissão subjetiva, surpreendentemente comuns. Com efeito, perante essas estratégias o diagnóstico de 'depressão' e sua 'solução farmacológica' chega a ser confortável, na medida da existência de um reconhecimento médico-social que contempla o sofrimento com um nome aceitável e científico e medicamentos supostamente eficazes a esses padecimentos.

A queixa de fadiga, tão comum na depressão, oferece um exemplo elucidativo. Embora se saiba que a fadiga muscular se manifesta como distinta da fadiga de ser si nem sempre clinicamente se consegue esclarecê-la e resolvê-la, principalmente quando a demanda de não sofrer e as queixas que emergem dizem respeito a algo que avalize uma posição de demissão subjetiva, de não fazer frente ao imperioso dever que a exigência de trabalho psíquico representa. Qualquer possibilidade de indagar à subjetividade se vê neste contexto obstaculizada, e o profissional confrontado muitas vezes a avalizar com seu saber tal situação, inteiramente desfavorável. Como conduzir um tratamento que é dissonante com relação a essa demanda?

Numerosos são os pacientes que, não obstante longamente medicados com antidepressivos não conseguem obter a melhora esperada, o que pode levá-los em direção à análise. À medida que o tratamento analítico avança, descobrem que a medicação pode ir sendo diminuída, até ser totalmente retirada. Pensar a complexidade desse processo com base numa comparação entre farmacologia e psicoterapia é limitado, não permitindo esclarecer a

peculiaridade do tratamento desses pacientes. Com eles o analista age não só como testemunha da perda que o dispositivo opera, mas também como continente desta, tornando-a possível, o que permite entrever o potente efeito ‘contradepressor’ que a entrada em análise possui para certos sujeitos que de um luto impossível de ser vivido fabricavam sua depressão. Conseqüentemente, podemos entender de forma distinta tanto o modo como o tratamento opera quanto o problema que ele trata.

A tradição freudiana faz da depressão um estado transitório caracterizado pela retração dos investimentos objetivos, que é o modelo do luto. Pode-se fazer do luto o denominador comum de todos os fenômenos depressivos, sejam quais forem? É certo que não. Isso levaria a erigir o luto patológico como base de todos esses padecimentos, tanto os de natureza psicótica quanto neurótica, uma impropriedade diante do que Freud estabelece, que é tomar o processo do luto como um *analogon* normal daquilo que na melancolia lhe faz enigma.

A tese freudiana sobre a melancolia implica a constatação de uma perda. Mas, perda de quê? A resposta varia: de libido, diz, em 1895; do objeto, em ‘Luto e melancolia’. Não é o mesmo, é preciso assinalar. “A libido é o que funda a apetência e o objeto, o que seria suscetível de satisfazê-la” (Soler, 1989:34). Guiado pela histeria, Freud foi levado a estabelecer que na clínica das neuroses o corpo fala; na melancolia, encontra um quadro radicalmente outro, fundamentalmente mudo. No ‘Manuscrito G’ explicita: “Inibição psíquica com empobrecimento pulsional, e dor por isso” (Freud, 1887-1902). Em ‘Luto e melancolia’, esse quadro se esclarece: o sujeito é levado a uma identificação ao objeto, identificação que se substitui à perda do objeto amoroso. O que organiza a produção clínica do melancólico é não mais a criação sintomática

pela via da formação de compromisso, mas a inibição. Esta decorre do fato de a sombra do objeto perdido ter tomado o ego pela via da regressão libidinal, o que é considerado a essência do padecimento melancólico. Tendo perdido o objeto, o melancólico perde também o Eu.

Qual a diferença entre a perda de um objeto pulsional e a perda do Eu como objeto narcísico? A verdadeira melancolia reside neste segundo caso. A perda de um objeto pulsional, quando motivada no Real, corresponde ao modelo do luto, mas a inibição dos investimentos do Eu pode se dar por outras razões. A perda de um objeto pulsional que alimenta o ego ideal tem a capacidade de induzir um dano narcísico que se traduz por um efeito depressivo, sem que haja um luto. É o caso do sujeito que evita o trabalho que a perda provocaria, esperando que um objeto se ofereça para ocupar o mesmo lugar do que foi perdido, mantendo assim o circuito pulsional em funcionamento inalterado.

A clínica mostra que à inibição acrescentam-se os golpes do superego e a culpa, o conceito de superego aqui aparecendo como fundamental e o campo do padecimento depressivo como o que mais fortemente deixa ver a ação desta figura obscena e feroz. A noção de gozo introduzida por Lacan é essencial para pensar a satisfação paradoxal que o sujeito obtém com seu sofrimento, satisfação que o mantém preso a algo que não lhe traz bem-estar. Conjugada com os conceitos de sentimento inconsciente de culpa, necessidade de punição, reação terapêutica negativa e masoquismo primordial, pode esclarecer os quadros mistos de angústia e depressão, tão comuns na clínica. Por não se considerar o superego desse modo, muitas vezes não se consegue compreender e, conseqüentemente, intervir adequadamente na

clínica psicanalítica. Pode-se aqui verificar o engano que as terapias ditas de reassseguramento e adaptação encontram. A tentativa de desculpabilizar o paciente redundante, na maior parte dos casos, no *acting*, e não no ato – o ‘Homem dos Miolos Frescos’ (Kris, 1987) talvez seja o caso em que mais claramente se podem ver no campo psicanalítico os resultados dessa estratégia –, perigo que por vezes atinge orientações terapêuticas calcadas no *holding* e na maternagem, fazendo-as presentificar o superego obscuro e feroz que pretendem afastar – paradoxo do superego que exige mais e mais renúncia, e que não acomete os degenerados ou moralmente desvalidos, mas os virtuosos. Quanto maior a renúncia, mais feroz o superego, maior a culpa.

O encontro com esse paradoxo, de obtenção de prazer na dor, obriga a ver quão pouco esclarecedora e indutora de erro é a suposição, amplamente compartilhada, feita por Aristóteles (1973) de que “a natureza parece no mais alto grau fugir da dor e tender ao prazer”.³ Se a natureza tende a esse movimento, o homem nele não se encaixa inteiramente, pois apenas em parte é natural. A subversão da natureza que há no humano permite-lhe produzir prazer na dor, o que, se não serve para desdizer Aristóteles (na medida em que os termos se mantêm), permite captar sua insuficiência e a necessidade crucial de considerar-se, no tratamento desses pacientes, essa paradoxal dimensão de satisfação. Conceptualizando certos tipos de depressão como alegoria dessa completude perdida, pode-se visualizar a satisfação que delas advém, não obstante a angústia e o sofrimento que ocasionam.

A angústia presentifica o real do objeto, do objeto ‘a’, noção fundamental para pensar a queixa de depressão. Em geral, não se consegue situar compreensivamente (no sentido de Jaspers) uma perda no sujeito deprimido.

E, aparentemente, não há sentido algum na sua depressão; ele muitas vezes é rico, bonito, bem-casado, bem empregado ... e deprimido. Mas isso acontece mesmo nas situações em que se consegue situar uma perda: por exemplo, a mulher o abandonou. O que, no entanto, ele perdeu perdendo a mulher não fica claro (Freud, 1917). Para que possa dizê-lo, terá que lançar mão do objeto imaginário, da fantasia.

A melancolia revela um impasse no trabalho do luto. Mais do que uma dificuldade, esse impasse denota uma impossibilidade de fazer uma mediação simbólica com o objeto perdido, o que o luto efetiva. Diante dessa impossibilidade, o melancólico se identifica ao objeto perdido, que é, portanto, a causa da melancolia. De acordo com o aporte conceitual que Lacan introduz, tal questão encontraria sua razão de ser num traço estrutural relacionado à forclusão, que a define e a especifica. Para que ela se esclareça é preciso partir de uma característica peculiar à linguagem, sua negatividade essencial.⁴ Essa negatividade acarreta, ao incluir a falta no real, uma subtração da vida, fórmula que tem a mesma importância do que Hegel, e em seguida Heidegger, designam como “o assassinato da Coisa”, o que condiciona para qualquer sujeito uma virtualidade melancólica. Castração é o nome freudiano dessa subtração. Além dessa virtualidade melancólica, característica do horizonte afetivo do humano, considere-se que, entre o *pathos* de existir e o sentimento de culpa, opera a incidência de uma posição subjetiva; ou seja, todo ser tem acesso a essa dor de existir, acesso mais ou menos matizado, temperado, pelo trabalho de simbolização.

³ Vide também CASSIN (1990).

⁴ Sigo aqui de perto o que SOLER (1989) estabelece em ‘Pérdida y culpa en la melancolia’.

Na melancolia, a perda se absolutiza, encontrando-se a “dor de existir em estado puro” (Lacan, 1962), isto é, não temperada pelo falo. Ao constituir uma mediação entre a falta do Outro e o ser do sujeito, o falo age ao mesmo tempo negativizando o gozo (atenuando a dor de existir), e positivando-o (o que condiciona a busca do objeto mais de gozar), permitindo o acesso ao gozo fálico. A função fálica tem, precisamente, o efeito de articular essa dupla série de efeitos, o que está na dependência do significante do Nome do Pai, que metaforiza o referente que falta. A fantasia fornece, pois, uma mediação a esse objeto não especularizável, não articulável na linguagem, o objeto ‘a’. Na falta do significante do Nome do Pai o sujeito fica sem ter como fazer frente ao que a perda impõe, o que pode ser tomado como específico da melancolia. Ao mesmo tempo, isso serve para esclarecer teórica e metapsicologicamente os quadros clínicos que aparecem como uma síndrome depressiva de natureza não melancólica e para melhor situá-los dentro do referencial freudiano.

O deprimido não melancólico faz da sua dor de existir uma melancolização, sem que nele opere essa falta do significante do Nome do Pai. O que levaria alguém a tal sofrimento? Diversas razões, que abrangem um leque que vai do horizonte da dor de existir inerente ao humano à elaboração do luto e à covardia moral. Como diferenciar uma depressão que é covardia moral de uma depressão que é elaboração de luto? Como estas se distinguirão da depressão melancólica ou da dor de existir? Cada caso deve ser indagado na sua particularidade. Não se pode pretender obter puramente através da magnitude dos estados afetivos uma orientação confiável. Os sentimentos são enganadores, não servindo de referência segura como guias para o real. Isoladamente, eles não são um bom índice para o diagnóstico. Não é

necessário supor a existência de uma estrutura dita ‘depressiva’. A inibição pode ser considerada como uma modalização da posição subjetiva frente ao Outro, o que se traduz afetivamente de modos diversos. Modalização é “a expressão da atitude do falante com relação ao conteúdo de seu enunciado” (Ferreira, 1999).

O importante, além de acompanhar o processo e dele participar, é considerar que, nessa modificação das atitudes do sujeito ante os conteúdos de seus enunciados, o que está em questão é a produção de novas formas de subjetivação daquilo de que ele se queixa, o que não é simples nem automático. Implica mudanças na posição do sujeito na fantasia e na criação de condições para fazer frente ao recalcado, o que significa abrir o capítulo censurado de sua vida, e isso não se faz sem angústia. A que grau esta chegará dependerá dos obstáculos a serem transpostos e dos recursos simbólicos de que se dispõe. A angústia evidencia signos de franqueamento, abertura de passagens.

Tal processo, fundamento da psicoterapia psicanalítica, pode ser tematizado de numerosas formas, uma das quais assinalada por Fédida ao dizer que o desafio terapêutico implica algo como refazer o processo de constituição da subjetividade – “afirmada, não como um retraimento monádico, mas como um movimento vindo do fundo e o jorro de um salto” (Fédida, 1999:30). Ou seja, há um salto do sujeito (por vir) em direção à subjetivação, ao processo constituinte da subjetivação. Salto que ele pode pretender não dar. Ou dar pela janela, numa passagem ao ato suicida, possibilidade sempre existente no tratamento desses pacientes. Para o analista, por sua vez, implica uma aposta: a de que será possível abrir caminho em direção a essa

subjetivação, possibilidade que supõe a vivência da perda. É esta que traz a necessidade do trabalho de rearranjo das representações e afetos em que consiste o tratamento. Instaurando um vazio ativo, a perda vivida subjetivamente possibilita, a partir da simbolização da ausência, criar, processo que demanda tempo, disposição, aposta, confiança. O abatimento, por outro lado, em vez de ser preâmbulo para a produção de um sintoma analiticamente tratável, pode se prolongar num 'sono de hibernação', uma 'glaciação' do movimento psíquico, que se opõe à capacidade de se deprimir do humano como potencialidade criativa (Fédida, 2002).

Um exame criterioso constata que longe de estarem vivendo um tormento do qual necessitariam ser salvos, esses pacientes deprimidos revelam um certo conforto. Não o conforto genérico, conceptualizado como benefício primário, que a neurose oferece, mas a depressão os protege, detalhe de importância que esclarece um traço comumente observado: eles, freqüentemente, demonstram estar bem instalados em sua depressão, chegando até a encontrar nela certo conforto, que ficará claro caso se considere que ela os protege da dor moral, o que permite entender o comentário de Lacan acerca do estatuto ético do sofrimento depressivo.

Esse conforto se ampara numa ilusão: a de que é possível renunciar ao desejo, à pressão do desejo. E de fato é! Mas ao preço da culpa, como Abraham estabelece, com clareza (Abraham, 1911:41). Torna-se evidente o problema que isso introduz com relação à terapêutica. Na medida em que o deprimido conserva a ilusão de que poderia alcançar a felicidade renunciando ao desejo, seu tratamento implicará a superação desse anseio, na travessia dessa ilusão, e conseqüentemente em sua quebra, o que não é simples, uma

vez que essa ilusão não é somente a de obter a completude, mas a de obtê-la completando o Outro. É aí que o tratamento encontra o desafio de superar esse impasse, inerente à neurose. “Aquilo frente ao que o neurótico retrocede não é sua castração, mas o fazer de sua castração o que falta ao Outro, fazer dela algo positivo que seja garantia da função do Outro” (Lacan, 1963 apud Rabinovich, 1993:84). Embora a ilusão seja constitutiva da realidade, isto é, não há realidade sem ilusão (exatamente porque toda realidade é realização de desejo através da ilusão que a fantasia viabiliza), não há como avançar no tratamento do deprimido sem a travessia desse anseio de onipotência narcísica que paralisa o sujeito. O estado depressivo revela, portanto, um eclipse da subjetividade, obscurecida pelo brilho das ilusões fálicas. É o que entrava o caminho desses sujeitos à felicidade que tanto desejam, felicidade que é um problema que concerne à economia política do gozo.

“A intenção de que o homem seja ‘feliz’ não se acha incluída nos planos da ‘Criação’” (Freud, 1930). Não existindo para a felicidade um caminho universal, temos que o acesso a ela é inteiramente singular. A singularidade desse caminho obriga a considerar que as condições de sua possibilidade são desiguais, ou desigualmente distribuídas. Conclusão: não há caminho pré-formado, nem no microcosmo nem no macrocosmo, que predisponha o sujeito a obtê-la. Uma escuta neurótica pode conferir a essa afirmação um tom melancólico, mas ela é apenas freudiana. E a bússola freudiana, ao indicar que a pulsão sempre se satisfaz, exigiria a conclusão de que o sujeito é feliz, paradoxo do gozo. Resta que, não estando a economia do gozo “na ponta dos nossos dedos” (Lacan, 1972-1973:159), conferir a essas observações um tom

maníaco, como se a psicanálise possuísse a chave da clínica, escamotearia toda a complexidade da aventura psicanalítica.

Se for verdade que a ilusão constitui “um universal no campo da experiência”,⁵ uma constante, portanto, do horizonte subjetivo do humano, alguns a transformam num ideal paralisante de suas vidas. É o caso de numerosos pacientes deprimidos, que ordenam seu sofrimento em torno da nostalgia de uma totalidade supostamente perdida. Suas queixas são uma maneira de conservar imaginariamente a ilusão de que a alcançariam. Para manter essa ilusão, desperdiçam o presente e imobilizam o futuro, na nostalgia de um passado em que a perda não se apresentava, e permanentemente buscam um objeto que permita que essa ilusão sobreviva – mesmo que para isso precisem morrer. Para se protegerem da perda, desperdiçam sem parar. Simulando a morte, dela se defendem (Fédida, 1999:39). Essa defesa não tem a dimensão de metaforização exigida na formulação freudiana, por isso a depressão não é uma estrutura clínica. Que a experiência nos coloque perante deprimidos, que estes exponham quadros similares em sua caracterização fenomênica, que tais quadros se diferenciem com maior ou menor nitidez do verdadeiro melancólico, tudo isso não é suficiente para fazer da depressão uma estrutura clínica equivalente à histeria e à neurose obsessiva. Portanto, o padecimento depressivo pode se mostrar numa pluralidade sintomatológica que, para ser convenientemente apreendida, não convém ser tomada como uma estrutura clínica.

⁵ “Em outras palavras, a questão da ilusão é assunto que concerne inerentemente aos seres humanos e que nenhum indivíduo soluciona de modo final para si mesmo, ainda que uma compreensão *teórica* dele possa permitir uma solução *teórica*”. Winnicott, D. W. “Objetos transicionais e fenômenos transicionais”. (WINNICOTT, 1978:404-5).

A psicanálise demonstra existir uma relação antinômica entre o eclipse da subjetividade que essa ilusão acarreta e a produção subjetiva. Para que os processos de subjetivação ocorram, é preciso que essa ilusão paralisante se atenuar, o que o dispositivo psicanalítico pode permitir operar. Cabe à psicanálise desmontar esses sistemas ilusórios, não na crença vã de que no seu lugar emergirá uma visada objetiva da realidade, mas buscando intervir na própria matéria-prima que produz as ilusões. Trata-se, portanto, não de transformar o sistema de crenças de um sujeito, e sim as modalidades de gozo às quais ele se aferra. Assim procedendo, engrandece sua capacidade de enfrentar e suportar a vida, primeiro dever de todo ser vivo segundo Freud (1915), e que a ilusão exatamente impedia.

Referências Bibliográficas

- ABRAHAM, K. (1911) Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maniaco-depressiva e estados afins. In: ____ *Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.
- ARISTÓTELES. *Metafísica* (livros I e II). São Paulo: Abril Cultural, 1973. Coleção Os Pensadores)
- CASSIN, B. *Ensaíos Sofísticos*. São Paulo: Siciliano, 1990.
- FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999.
- FÉDIDA, P. *Dos Benefícios da Depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2002.
- FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio*, versão 3.0, 1999.
- FREUD, S. (1887-1902) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. I.
- Freud, S. (1915) "Reflexões para os tempos de guerra e morte". In *Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIV.
- FREUD, S. (1917) Duelo y melancolía. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XIV.
- FREUD, S. (1930) El malestar en la cultura. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985. v. XXI.
- KRIS, E. A Psicologia do Ego e a Interpretação na Terapia Psicanalítica. *Falo Revista Brasileira do Campo Freudiano*, 1:125-134, 1987.
- LACAN, J. (1962) Kant avec Sade. In ____ *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.
- LACAN, J. (1963) *O Seminário, Livro 10: A angústia*. [inédito]
- LACAN, J. (1972-1973) *O Seminário, Livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.
- RABINOVICH, D. *La Angustia y el Deseo del Otro*. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- SOLER, C. Pérdida y culpa en la melancolia. In: *Estudios sobre las Psicosis*. Buenos Aires: Manantial, 1989.
- WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *Textos Seleccionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.