

A relativa legitimidade da depressão na atualidade: contribuições para uma ética psicanalítica do sujeito

Leandro Anselmo Todesqui Tavares
Francisco Hashimoto

88

O artigo propõe uma reflexão acerca da depressão na atualidade questionando seu rótulo psicopatológico. Com base em nossa prática clínica em saúde pública, questionamos a legitimidade da afirmativa da depressão enquanto categoria patológica e, ao mesmo tempo, quanto à legitimidade do reconhecimento do sofrer do sujeito como “mal-estar”, considerando-se a possibilidade de construção para uma “demanda de análise”. Por fim, o artigo aponta para uma contribuição com relação à ética da psicanálise voltada ao sujeito e suas possibilidades de subjetivar seu “mal-estar”.

Palavras-chave: Depressão, dor, sofrimento, ética psicanalítica

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

A depressão, então, tornou-se um dos mitos em saúde mental na contemporaneidade: estatísticas de levantamentos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam-na como uma das principais causas para o afastamento de toda natureza de atividades, incapacitando os indivíduos de realizarem seus afazeres profissionais, bem como de vivenciarem sua existência nas dimensões sociais e coletivas. A OMS define-a como um “transtorno mental comum” na medida em que afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Contudo, até mesmo por conta de levantamentos e apresentações estatísticas como essa, o problema das depressões na contemporaneidade chama à atenção, principalmente, por conta da dimensão dos delineamentos e formas – por vezes caricaturais – que tal problemática assume em nossos dias.

Assim, por meio da prática clínica e o contato com pacientes ditos “depressivos”, nos deparamos logo de saída com a indeterminação do conceito de depressão (evidente pelos diferentes discursos – Saberes/Práticas), bem como do ideal de saúde de uma forma geral que predomina na atualidade. Se nos deparamos com uma sociedade cada vez mais “depressiva”, isto se deve, sem dúvida, à pluralidade de fatores bem característicos que determinam e perpetuam a depressão como uma das grandes modalidades de “mal-estar” na contemporaneidade.

(Des)responsabilização sobre si

Nosso cenário social *pós-moderno e espetacular* (com tudo que isso implica o empobrecimento das subjetividades), este pano de fundo – palco

figurado e forjado por meio das (a)parências – ao mesmo tempo em que nos propicia vivências por entre o limiar da angústia e do gozo efêmero, em contrapartida nos oferta também receitas da mesma forma *espetaculares*, nas suas devidas proporções, para solucionarmos o problema de nossas dores e angústias. O mais impactante é percebermos que os discursos de Saberes predominantes sobre a depressão, especificamente, têm, é certo, a mesma ideologia espetacular implícita em suas práticas correspondentes, as quais refletem um ideal de saúde que obedece, por sua vez, a toda uma lógica consumista e mercadológica típica de nossa atualidade.

Primeiramente, considerando alguns dados da nossa prática profissional, podemos perceber com facilidade como a depressão se tornou objeto de uma total banalização conceitual. Uma banalização no sentido de que temos a sensação real, provinda de nossa prática profissional, de que “tudo nos dias de hoje é depressão”. E de fato assim o é, haja vista o número sempre ascendente de pessoas identificadas por este diagnóstico. Assim, progressivamente, tornou-se muito comum profissionais alheios ao campo psi, e sem qualquer especialidade em psicopatologia, formularem tais diagnósticos e prescreverem indiscriminadamente os psicofármacos como proposta (muitas vezes a única) de cura. Como sabemos, toda a tendência à medicalização justifica-se e encontra seus pressupostos explicativos nas concepções biologizantes da subjetividade, tão em voga nos dias de hoje.

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

Assim, vemos claramente que a medicalização exacerbada resulta numa apropriação dos corpos e das subjetividades na medida em que por este viés se concretiza o verdadeiro controle das individualidades. No entanto, o sujeito da atualidade é exatamente aquele que possui, como sua característica maior, a incapacidade de sofrer e, em contrapartida, demanda e deseja soluções rápidas; principalmente sem comprometimento subjetivo com a possível resolução de suas dificuldades. Nesta relação entre o sujeito e os discursos e práticas que lhe direcionam determinadas condutas e posicionamentos, o casamento perfeito em tempos pós-modernos é exatamente aquele entre a demanda (esta como desejo de

“apaziguamento instantâneo da dor”) e os “milagres psicofar-mágicos” das medicações psiquiátricas. Se de um lado temos todo um arsenal psicofarmacológico disponível ao enfrentamento dos sofrimentos psíquicos, de outro lado temos os próprios sujeitos que demandam tal saber e prática apaziguadora, uma oferta aparentemente definitiva e instantânea.

(...) assistimos um *conluio* curioso entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido. Sua impossibilidade de se abrir aos cenários e fantasmas e à denominação do que se passa nele (é esta, afinal, que indica uma atividade associativa) fixa-o num queixume

senhor me receitar um remédio...”. A ignorância de tudo que constitui a dimensão *não sensorial* da linguagem – do psíquico – une, portanto, o fenômeno depressivo com a parafernália nosográfica da psiquiatria. (Delouya, 2001, p. 28)

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

Como podemos constatar por meio da realidade de nossa prática profissional, muitas vezes a medicalização, que persiste como mecanismo principal na vida do paciente, por fim só resulta em um verdadeiro processo de *alienação subjetiva*, levando em consideração que os medicamentos não favorecem os processos de subjetivação e elaborações psíquicas, e que, apesar de proporcionarem certo alívio relativo em relação aos sintomas manifestos, por outro lado, produzem determinadas sensações físicas e psicológicas desconfortáveis como consequências do seu uso prolongado. Ademais, sabemos, por meio dos estudos psicanalíticos, que enquanto o sintoma é genuinamente um representante deformado de determinados conteúdos psíquicos do sujeito, na impossibilidade de se simbolizar tais conteúdos, e ainda, em vez disso, proporcionando-lhe a sua supressão abrupta, conseqüentemente o que temos na vida do indivíduo, em um futuro próximo, é uma outra readaptação da expressão destes sintomas, uma verdadeira reconfiguração simbólica no sentido destes se viabilizarem por caminhos outros, forjando de alguma maneira a *satisfação* que o sintoma intenta realizar.

Contudo, convém nos lembrarmos que a oferta das “pílulas mágicas” vem em consonância com a demanda de cura caricatural típica de nossa atualidade, ou seja, as individualidades que *desaprenderam a sofrer* necessitam destas fórmulas apaziguadoras dos humores, pois se o sofrimento não é mais algo suportável em nossos dias, estes então devem ser suprimidos com toda urgência e imediatismo. Por este viés é possível compreendermos como a dimensão do *sofrimento* humano foi transmutada em seus atributos de valoração, relegando este a categoria de *dor* nos dias de hoje. Este deslocamento valorativo pressupõe não só uma compreensão de natureza distinta sobre o sofrimento, como também prescinde de que tal “mal-estar” compreendido desta maneira seja instantaneamente medicado, como se faz com uma dor de cabeça, por exemplo.

Assim, sem querer tergiversar e indo direto ao ponto, gostaria de dizer que o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como *dor* e não como *sofrimento*. Vale dizer, a subjetividade contemporânea não consegue mais transformar dor em sofrimento, estando aqui a sua marca diferencial. Ao lado disso, formularia que, se o sofrimento era a marca específica pela qual a subjetividade metabolizava o mal-estar na modernidade, a dor passou a ser o traço inconfundível pelo qual aquela se confronta com o mal-estar na pós-modernidade. (Birman, 2006, p. 190-191)

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

Dor, sofrimento, e a depressão como “mal-estar” contemporâneo

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

Especificamente, as camadas mais carentes da população (em termos de recursos financeiros) compõem a grande maioria dos usuários efetivos dos serviços públicos de saúde – os quais são alicerçados e assegurados pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, esta coletividade,

devido ao já posto estado de alienação cultural (fruto das condições de miserabilidade), está mais exposta potencialmente aos mecanismos que capturam e controlam os indivíduos na atualidade. As condições desfavoráveis de existência, como a miserabilidade e a precariedade de condições de vida, atuam como verdadeiros dispositivos disparadores de sentimentos de “mal-estar”. Neste sentido, a maior parte dos usuários do SUS (por ter este perfil) já se encontra em um solo existencial profícuo para sentimentos de impotência e, por vezes, de depressão.

A ruptura das fronteiras entre o *público* e o *privado*, uma das notáveis características da *pós-modernidade*, resulta numa transposição que reproduz tal inversão na mesma medida com relação à concepção e ideais de saúde e doença na atualidade, e, assim, o que é fruto direto de condições desfavoráveis de vida é automaticamente atribuído às esferas individuais. Por exemplo, as condições de miserabilidade financeiras e sociais são, dessa forma, relegadas à exclusiva responsabilidade do indivíduo, ocultando assim a origem social destes infortúnios, bem como a omissão e articulação dos mecanismos perversos do Estado com relação à perpetuação e re-produção do contingente de excluídos e marginalizados ou simplesmente “discriminados”.

“As sociedades que evitam encarar a tensão onde ela se manifesta – no seio da cidade – veem deslocar-se a questão ao plano do indivíduo” (Hassoun, 2002, p. 37).

Então, em uma sociedade narcisista e espetacular – onde o “sofrer” está fora de moda –, o sujeito é culpabilizado por representar o “fracasso” ante o palco social espetacular. Sofre-se por fim duas vezes: pelas próprias condições subjetivas e pelo fracasso ante às exigências espetaculares deste Outro social. “O sujeito moderno sofre de sua culpa neurótica, *acrescida da culpa por estar sofrendo*” (Kehl, 2002, p. 81-82).

Com relação às depressões especificamente, podemos constatar clinicamente essa dimensão da culpa e/ou vergonha, em virtude do sofrimento, sempre presente na fala dos pacientes. Pensamentos do tipo: “Será que tudo isso é frescura mesmo como todo mundo diz?” evidenciam como a manifestação de qualquer sofrimento psíquico é ridicularizada pelo senso comum na atualidade. Os imperativos do Superego individual fazem ressoar o discurso social vigente, ao passo que os sentimentos de culpa individuais encarnam-se na figura deste grande Outro; ditador dos modos de ser individuais e coletivos característicos da presente época. A crueldade sádica do superego (social), incorporada pelos ideais de saúde e “bem-estar”, que não admitem a dimensão do sofrimento como condição básica existencial do ser humano, delinea os imperativos e ordens desmedidas (como é característico da instância superegoica), oprimindo o sujeito e assim relegando-o ao sentimento de culpa individualizado – por encontrar-se em situação de

sofrimento psíquico. Avalizado por este discurso tipicamente pós-moderno, onde o *espetáculo* é estimulado e priorizado a todo custo, os indivíduos envergonham-se em qualquer situação, dando sinais de suas fraquezas e limites *humanos, demasiadamente humanos*,¹ não podendo mais suportar qualquer indício de sofrimento.

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

Toda a medicalização da dor implica necessariamente que o sujeito abdique de todos os laços sociais no que tange ao seu sofrimento, pois uma vez medicado não se caracteriza a necessidade de formular demandas a um outro sobre o seu próprio sofrer. É notável como esse dinamismo próprio do sujeito contemporâneo isola-o em seu sofrimento, fazendo-o, além de total e “único responsável por seus males”, também um sujeito amesquinhado em toda a sua “covardia subjetiva existencial” legitimada por toda a lógica dominante: esta que dita as maneiras e estratégias de promover o “bem-estar” próprio na atualidade.

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

Amesquinhadados como sujeitos, as individualidades enclausuram-se no seu si mesmo a fim de preservarem e cultivarem seu valioso narcisismo exacerbado, extinguindo assim as possibilidades de veiculação dos laços sociais e, em última instância, cultivando uma existência alicerçada sobre o tédio e a depressão.

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

Legitimidade relativa do sofrer: a ética em psicanálise

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

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

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

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

Estes, infelizmente, se tornam pessoas que, ainda que vivam plena e satisfatoriamente (não sem a ajuda contínua de medicamentos!), não são capazes

de desfrutar da possibilidade de enfim tornarem-se Sujeitos propriamente dito. Sujeito de sua própria história e dos avatares de seu existir implicando a capacidade de desejar como sujeito, subjetivando a própria castração e incompletude; em suma, deslocando-se para o lugar de *causa* de si, reconhecendo-se como ser de desejo e, por isso, faltante. Na fortaleza de suas certezas, erguida com anos de sintomas e repetições, estes permanecerão sempre assujeitados ao saber do Outro, podendo então no máximo continuar a sempre *demandar*, o que significa que se espera sempre, deste grande Outro, este “saber que não se sabe sobre si”.

A *demanda* está sempre aquém do desejo, ou seja, à medida que é insatisfeita gera angústia e, em nossos dias, também a “depressão”, e, se satisfeita, suprime o desejo. Especificamente, a “demanda de cura”, à qual nos endereça o paciente, deve ser redirecionada ao sujeito no sentido de localizá-lo em sua própria trama de significações – esta é nossa tarefa inicial. A “demanda de Saber” – que obtém facilmente aquilo que quer, ou seja, um “saber sobre si”, porém como uma satisfação que o Outro me dá numa relação transferencial (como no caso das consultas médicas e psicoterápicas), e que muitas vezes confirma a intenção própria de se julgar doente – resulta apenas na perpetuação do indivíduo como assujeitado. Particularmente, a confirmação diagnóstica de “depressão”, seguida das prescrições medicamentosas que reforçam o imaginário desta constatação, esvazia a possibilidade de o indivíduo fazer-se sentido, bem como suprime qualquer demanda de análise.

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

Diante da angústia do desamparo, facilmente as individualidades têm predileção por encontrar um nome que identifique sua fraqueza, e que, de preferência, seja uma dessas “patologias da moda”, pois assim é garantia certa de que sua dor e insuficiências podem ser tratadas pelo arsenal medicamentoso disponível. Somado ao alívio imediato e imaginário explícito no pensamento muito comum de que “ainda bem que se tem remédio pra isso hoje em dia”, tem-se ainda a “vantagem” de se poder evitar o trabalho psicoterápico, pois “pega mal” hoje em dia precisar do outro. Levando-se em consideração que as psicoterapias baseiam-se no encontro entre duas pessoas que se entregam nesta relação de confiança, e que se subentende que o paciente venha sempre demandar este

“saber” do psicólogo, nota-se como é custoso aos indivíduos rebaixarem seu narcisismo exacerbado ao se implicarem em um processo de psicoterapia.

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

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

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

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

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

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

Referências

- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- _____. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira (Sujeito e História), 2006.
- BOLGUESE, M. S. *Depressão & doença nervosa moderna*. São Paulo: Via Lettera/Fapesp, 2004.
- DEBÓRD, G. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DELOUYA, D. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- FÉDIDA, P. *Depressão*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- _____. (1914-1916). Sobre a transitoriedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- _____. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1992. v. XXI.
- _____. HASSOUN, J. *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.
- LACAN, J. *O seminário. Livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- LASCH, C. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

- MAURANO, D. *Para que serve a psicanálise?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- NASIO, J.-D. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- NIETZSCHE, F. W. *Genealogia da moral: uma polêmica*. Tradução, notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (Coord.). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: direções clínicas e diretrizes diagnósticas*.

Resumos

This article is based on the author's clinical practice in the area of public health, and discusses depression as it is known today. Essentially, the author questions the practice of labeling depression as a psychopathological condition. The author also questions today's trend of seeing a subject's suffering as a "malaise," or a "disorder." The possibility is brought up of understanding it as a "demand for analysis." Finally, the article is meant as a contribution to the ethics of psychoanalysis focused on the subject and the possibilities of psychoanalysis in subjectivating this "malaise."

Key words: Depression, pain, suffering, psychoanalytic ethics

L'article propose une réflexion sur la dépression dans l'actualité qui remet en question sa classification psychopathologique. En nous basant sur notre pratique clinique dans le domaine de la santé publique, nous questionnons la légitimité de la catégorisation pathologique de la dépression, ainsi que la légitimité de la reconnaissance de la souffrance du sujet en tant que "malaise", considérant la possibilité de construction pour une "demande d'analyse". Enfin, l'article signale une contribution par rapport à l'éthique de la psychanalyse tournée vers le sujet et ses possibilités de subjectiver son "malaise".

Mots clés: Dépression, douleur, souffrance, éthique psychanalytique

El presente artículo propone una reflexión sobre depresión y cuestiona el rótulo de psicopatología que lleva en la actualidad. Nos basamos en nuestra práctica clínica en salud pública y rechazamos como legítima la afirmación de depresión como categoría patológica, y a la vez, rechazamos la visión validada del reconocimiento del sufrimiento del sujeto como "mal estar", consideramos la posibilidad de construcción para un "pedido de análisis". Por último, el artículo otorga una contribución a la ética del psicoanálisis dirigido al sujeto y sus posibilidades de subjetivar su "mal estar".

Palabras claves: Depresión, dolor, sufrimiento, ética psicoanalítica

Citação/Citation: TAVARES, L. A. T.; HASHIMOTO, F. A relativa legitimidade da depressão na atualidade: contribuições para uma ética psicanalítica do sujeito. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 88-100, maio de 2010.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro, Profa. Dra. Junia de Vilhena e Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz.

Recebido/Received: 07.01.2010/01.07.2010 **Aceito/Accepted:** 10.04.2010/04.10.2010

Copyright: © 2010 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/The authors have no support of funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesse/The authors declares that they have no conflict of interest.

LEANDRO ANSELMO TODESQUI TAVARES

Mestrando em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Assis (Assis, SP, Brasil). Grupo de pesquisa: figuras e modos de subjetivação no contemporâneo.

Rua Luiz Pereira Barreto Filho, 43 – Centro
19780-000 Quatá, SP, Brasil
e-mail: leandro_anselmo@hotmail.com

FRANCISCO HASHIMOTO

Professor Adjunto do curso de graduação e pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Assis (Assis, SP, Brasil).

Rua Eros Guerreiro Tangerino, 531
19801-010 Assis, SP, Brasil
e-mail: francisohashimoto@yahoo.com.br