

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

CAIO TSENG LEAL

**"Serotonina": um olhar psicanalítico**

**sobre a melancolia e a depressão**

SÃO PAULO

2022

CAIO TSENG LEAL

"SEROTONINA": UM OLHAR PSICANALÍTICO

SOBRE A MELANCOLIA E A DEPRESSÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de psicologia da FACHS da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de psicólogo, sob a orientação da Prof.(a) Maria Cecilia de Moura

SÃO PAULO

2022

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, a mim; às duas grandes paixões da minha vida: a música e a literatura. Para além da obrigatoriedade e a formalidade deste projeto, me considero sortudo por tudo o que produzi ter ido de encontro com meu próprio prazer: ler e escrever sobre o que me diz respeito, o que me instiga. Este projeto teve início com a literatura, se manteve graças ao fascínio pela escrita e se nutriu intensamente da música, que acompanhou este trabalho desde a primeira frase até o último ponto final.

Há de se reconhecer toda a ajuda que tive, não só no período de produção do TCC, mas em toda a minha trajetória acadêmica. Nesse sentido, agradeço aos muitos professores que tive durante a graduação, especialmente ao Prof. Paulo Carvalho por sua potência e dedicação enquanto educador, pelo que aprendi nas diversas matérias que tivemos juntos e como seu monitor, e por prontamente aceitar ser o parecerista desde trabalho.

Dedico, também, meus agradecimentos àqueles que me orientaram no decorrer deste projeto: Sérgio Wajman, que acompanhou o início do que viria a ser este trabalho, sempre com muito otimismo e confiança. Espero vê-lo bem e agradecê-lo pessoalmente assim que possível; e Maria Cecília, que assumiu a difícil tarefa de me orientar no meio do processo, e, nessas circunstâncias, por ter feito um ótimo trabalho; por acreditar em mim e no meu conhecimento, pela simpatia, incentivo e apoio na reta final desta produção.

Reservo um espaço para agradecer todos os meus queridos amigos da graduação, que desde o início da minha trajetória na PUC são grande parte da minha alegria nesses 5 anos de faculdade.

Por fim, agradeço especialmente:

Rafael, que me ajudou tanto de maneira direta em meio a minha confusão e desorganização com a pesquisa, quanto por ser o grande amigo que sempre foi para mim. Você é minha inspiração como amigo, e agora também enquanto psicólogo.

Natália, pela feliz amizade que surgiu pelos meios mais inimagináveis, da qual sou muito grato por ter nesses últimos meses. Obrigado por todo o carinho, o suporte, e pela escuta atenciosa, mesmo a muitos quilômetros de distância.

Por fim, Raíssa, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis dos últimos meses, mas também nos mais alegres. Por tudo o que aprendi com você em todos esses anos e por ainda ser a pessoa com quem posso contar. Não seria quem sou hoje se não fosse por você.

Pois se Paul Auster diz que escrever é um produto da solidão, é porque não tive a experiência de escrever um TCC em cafés aconchegantes com a sua companhia.

*“A ciência é grosseira, a vida  
é sutil, e é para corrigir essa  
distância que a literatura nos  
importa”*

*Roland Barthes*

## RESUMO

Área do conhecimento: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Título: “Serotonina”: um olhar sobre a melancolia e a depressão

Orientando: Caio Tseng Leal

Orientador: Maria Cecília de Moura

A presente pesquisa teve como objetivo trazer reflexões acerca do tema da depressão e da melancolia por meio da psicanálise, tendo como base o romance “Serotonina”, de Michel Houellebecq. Assim, se propôs pensar as questões que emergem em torno do personagem principal, de modo a estabelecer relações entre os elementos do livro relacionados com o recorte temático, e a psicanálise. Para isso, buscou-se resgatar importantes intervenções de Winnicott acerca do campo da saúde, a fim de definir de qual noção de saúde estamos partindo. Isso posto, define-se o que a psiquiatria e o DSM entendem hoje por depressão, dando destaque à crescente relevância do transtorno nos dias de hoje, especialmente após os dois primeiros anos da pandemia do COVID-19. Resgatamos brevemente a história da depressão, nos levando ao antigo conceito de melancolia. Apresenta-se como Freud, se baseando no conceito de narcisismo, a descreveu enquanto neurose narcísica, categoria que criou para entender melhor suas especificidades e características. Aponta-se como, ao longo do tempo, o conceito de melancolia desapareceu e se dissolveu na atual depressão, reiterando, no entanto, a importância da descrição clínica da melancolia freudiana nos dias de hoje, reafirmando que é fundamental não se confundir a melancolia com a depressão. Finalmente, entrando no romance, introduzimos o personagem para então mergulharmos em suas falas, pensamentos e ações, questionando e colocando-as em análise, baseado nas ideias que foram expostas até este ponto. Ao final, a fins de conclusão, retoma-se o que foi exposto durante o trabalho para se propor uma discussão acerca da problemática da medicalização da depressão.

Palavras-chave: psicanálise; depressão; melancolia; literatura.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	7
<b>Objetivo</b> .....	10
<b>Metodologia</b> .....	10
<b>1. Saúde</b> .....	11
1.1. Conceito(s) de saúde .....	11
1.2. Saúde e criatividade.....	13
<b>2. Depressão e Melancolia</b> .....	18
2.1. A atual depressão .....	18
2.2. O conceito de melancolia .....	23
2.3. A depressão e a melancolia na psicanálise.....	25
<b>3. “Serotonina”</b> .....	29
3.1. Introdução.....	29
3.2. Sinopse longa .....	33
3.3. Desejo, futuro e passado. ....	36
3.4. A melancolia em Florent .....	38
3.5. Suicídio e pulsão de morte.....	40
<b>Conclusão</b> .....	45
<b>Referências</b> .....	48

## Introdução

Pode-se dizer que a trajetória até o tema da depressão e da melancolia foi indireta, visto que a curiosidade teve início na literatura. No decorrer da formação em psicologia, o pesquisador sempre esteve em contato com diversas obras literárias, o instigando a pensar relações entre a psicologia e o universo literário.

A psicanálise, também desde o início do curso, se mostrou como a linha teórica que mais desperta a curiosidade do pesquisador. O recorte teórico deste trabalho, portanto, diz respeito ao desejo de se aprofundar na psicanálise. No entanto, ressalta-se como o projeto partiu da própria obra para então chegar à teoria, numa oportunidade de mergulhar ainda mais no romance, agora enquanto objeto de estudo. A leitura e a releitura deste livro gerou inúmeras e ricas reflexões, das quais muitas tiveram que ficar de fora deste trabalho, em função do recorte que aqui se propõe.

Além da importância e do significado da literatura para o aluno, é válido reafirmar aqui a importância dela em geral. Nas palavras do escritor americano Paul Auster (2019), é praticamente impossível imaginar um mundo sem narrativas. Apesar de hoje não precisarmos tanto dos mitos para explicar o mundo e os fenômenos da natureza, as histórias ainda permeiam nossa vida a todo instante; em grande parte da vida estamos imersos em ficção, seja ao assistirmos uma série de televisão, um filme, uma peça ou ao ler um livro.

Para Auster, a literatura cria um canal de comunicação entre duas pessoas: o autor e o leitor. Ele acredita que “o romance é o único lugar no mundo onde dois estranhos podem se conhecer em intimidade absoluta” (AUSTER, 2021). Isso porque a leitura de um romance é uma conversa entre aquele que o escreveu e aquele que está lendo. Essa conversa, no entanto, é especialmente particular. Como alguém lê um livro é muito diferente de como uma outra pessoa lê esse mesmo livro. Isso porque é extremamente singular o modo como a narrativa nos atravessa, o que nos faz pensar, como ela ressoa com nossa história pessoal, nossas crenças e valores. Isso tudo faz com que cada indivíduo tenha uma conversa muito particular com o autor. Em suas palavras, “o livro não existe até que alguém o leia” (AUSTER, 2019).

Portanto, assim como na literatura, espera-se que a conversa entre este trabalho e o leitor que aqui se encontra seja proveitosa.

A preferência por "Serotonina" parte antes de tudo de uma admiração frente ao que foi lido. Trata-se de um livro que provoca e incomoda, nos levando a refletir sobre questões filosóficas, morais e existenciais. A leitura, contudo, pode se assemelhar à ingestão de um comprimido volumoso, grande e áspero, que dói ao descer a garganta. Ao mesmo tempo em que ilustra de forma admirável o tema da depressão, "Serotonina" não se reduz a isso; introduz à literatura um personagem complexo, imprevisível e sinistro, do qual tentaremos minimamente compreender a partir desta pesquisa.

Dito isso, o presente trabalho é dividido em três principais partes.

Num primeiro momento, questiona-se o conceito biomédico e hegemônico de saúde e, através de Winnicott, é introduzida uma concepção subversiva do que seria a saúde, ligando-a a noção winnicottiana de criatividade.

Em seguida, se introduz do tema da depressão e da melancolia, trazendo a relevância e a crescente prevalência dos transtornos mentais nos dias de hoje. Apresenta-se o que a psiquiatria atualmente entende por transtornos depressivos, voltando à história da doença e resgatando como a melancolia caminhou até se dissolver completamente no que hoje se entende por depressão. Entrando então na psicanálise, é apresentado de forma breve como alguns autores entendem a depressão, para que, a seguir, possa se diferenciar o luto da melancolia, de forma a apresentar sua compreensão a partir de Freud. Isso posto, passamos a demarcar a diferença entre a melancolia e a depressão.

Já na terceira e última parte do trabalho, é apresentado "Serotonina", tal como o personagem principal que se tomará em análise. Propõe-se então pensar o livro a partir da perspectiva psicanalítica da depressão e da melancolia, de modo a refletir sobre as ações e os pensamentos do personagem a partir do que foi exposto até então sobre a psicanálise.

Finalmente, na conclusão, retoma-se o que foi dito ao longo do trabalho a fim de se propor uma reflexão acerca da problemática do tratamento e da medicalização da depressão.

Além do interesse já mencionado do pesquisador na realização desta dissertação, a presente pesquisa se justifica pela prevalência significativa da depressão no mundo e pelos alarmantes índices de suicídio, principalmente no contexto atual do Brasil e do mundo da pandemia do COVID-19, no qual vivenciamos um número cada vez maior de pessoas que sofrem com transtornos mentais (OPAS, 2022).

Ao escrever sobre este tema, propõe-se a ampliar a discussão e produzir conhecimento acerca da depressão e do suicídio, que por vezes não recebem a devida atenção. Produzir conhecimento em cima disso significa aumentar a consciência sobre prevenção do suicídio e sobre o tratamento da depressão.

## **Objetivo**

O objetivo desta pesquisa é refletir sobre a depressão e a melancolia pela ótica da psicanálise tendo como base o romance “Serotonina”, de modo a estabelecer relações entre a teoria e os elementos narrativos dentro do recorte proposto, tal como aparecem no livro.

## **Metodologia**

O presente trabalho se baseou no método de pesquisa em psicanálise. Nas palavras de Neto (2006), pode-se dizer que pesquisa em psicanálise é quase um pleonasma, dado que, “quando praticamos psicanálise, estamos sempre fazendo pesquisa; caso contrário, não estamos praticando psicanálise” (NETO, 2006, p. 279).

Tendo isso em vista, neste trabalho se propôs um mergulho em algumas das teorias fundamentais de Freud e nas intervenções elaboradas por Winnicott, por meio de uma revisão bibliográfica, a fim de resgatar ideias e conceitos chave para o recorte temático escolhido. Utilizando a teoria psicanalítica como ferramenta de análise, tomou-se o romance “Serotonina” de modo a compreender as questões que emergem no livro, que de alguma forma giram em torno do tema da depressão, da melancolia e do suicídio.

Os acontecimentos da narrativa, as falas, pensamentos, e ações do personagem foram tomadas em reflexão, pensadas e discutidas a partir da ótica da psicanálise. Assim, este trabalho propôs um olhar minucioso acerca deste personagem ficcional e de seu sofrimento psíquico.

## 1. Saúde

### 1.1. Conceito(s) de saúde

Ao discutirmos saúde e doença, é importante identificar de qual referencial estamos partindo. No senso comum, a saúde é frequentemente definida como a simples ausência de doença; estar “bem” significa não estar doente, não estar mal. Essa noção de saúde, predominante e hegemônica, é importada da medicina “científica”, e carrega consigo uma perspectiva biomédica que enxerga o corpo humano como uma máquina, que de vez em quando necessita de “conserto” (MARTINS, 2004).

Contudo, ao se olhar para o ser humano desta forma, parte-se de um pressuposto de que existiria um estado de perfeição, quando na verdade tal estado não existe, se pensarmos que a vida é um constante equilíbrio entre saúde e doença. Trata-se de um ideal inalcançável, um “faz de conta” que domina o senso comum. Esse modelo “ignora ou menospreza o fato de que não há a tal máquina perfeita em relação à qual se saberia que outra estaria defeituosa” (MARTINS, 2004, p.27).

Em contraposição a essa perspectiva biomédica, autores das mais diversas áreas do conhecimento fizeram questão de redefinir o que seria a saúde. Um deles, o pediatra e psicanalista D.W. Winnicott, trouxe em sua obra uma postura crítica ao ideal comum na psicanálise e na psiquiatria vigente da saúde como a ausência da doença. “É muito mais difícil lidar com a saúde do que com a doença” (PHILLIPS, 1988, p. 21), diz ele. Winnicott enxergava e tentava explicar os fenômenos em termos de saúde, não se atendo ao viés da doença, como era muito comum na medicina na época. Para ele, “a saúde é um estado complexo, que tem suas próprias exigências e deve ser pensado em si mesmo” (DIAS, 2008, p. 197).

De início, Winnicott se preocupou em separar a noção de normalidade da noção de saúde. Defendia a ideia de que haveria um mal-estar normal vivido por toda criança (FRANCA; PASSOS; ROCHA, 2014). Às vezes, diz ele, “pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem” (WINNICOTT, [1931] 2000, p. 58)

Assim como Freud, Winnicott pensava que os sintomas tinham valor, um sentido a ser considerado (FRANCA; PASSOS; ROCHA, 2014). “Não é o sintoma, propõe Winnicott, mas o uso que a criança faz do sintoma que pode ser patológico” (PHILLIPS, 1988, p. 83). Dentro dessa perspectiva, ele não deve ser eliminado, mas

ouvido. O sintoma comunica algo, e o caráter patológico deste se dá justamente quando ele deixa de comunicar. Nesse sentido, é no próprio sintoma que está a cura (DURSO, 2018).

Bem como diz Christian Dunker (2021): “Todo sintoma exprime um trabalho subjetivo; portanto, além de um problema (que é), exprime ainda uma forma de “solução” criada pelo paciente” (p. 124). É perigoso, portanto, pensar que se pode erradicar o sintoma como algo supérfluo e desnecessário, sem consequências, como se faz quando se dá cabo numa febre com um antitérmico (DUNKER, 2021).

## 1.2. Saúde e criatividade

“[...] quando a pessoa tem sorte o suficiente de viver dentro de uma história, de viver dentro de um mundo imaginário, as dores deste mundo somem. Pelo tempo que durar a história, a realidade deixa de existir”

(AUSTER, 2005)

Desvarios no Brooklyn

Para Winnicott, “um dos principais critérios de saúde psíquica consiste na capacidade de ser criativo” (LEJARRAGA, 2012, p. 73). Tem-se aqui um conceito de criatividade muito diferente do que até então vinha sendo discutido na psicanálise, pois, de certa forma, ele rompe com a noção tradicional da época de criatividade como sublimação da pulsão. A criatividade de Winnicott é íntima da saúde, têm ligação com o brincar na infância, se expande e se faz presente em toda e qualquer atividade cultural humana. (LEJARRAGA, 2012).

Para entendermos a criatividade winnicottiana, temos que voltar à primeira infância, visto que o conceito está antes de tudo relacionado com o primeiro contato do bebê com o mundo. Segundo Ana Lila Lejarraga, “há uma longa jornada de uma realidade concebida subjetivamente até a percepção objetiva da realidade” (LEJARRAGA, 2012, p. 82). Nos primórdios da vida, o bebê ainda não tem a capacidade de reconhecer objetos externos a si. Por isso, ele tem uma experiência de onipotência, tendo a sensação de criar os objetos a partir das suas próprias necessidades: “Do ponto de vista do observador, o mundo é oferecido ao bebê, mas, do ponto de vista do bebê, ele é criado” (FULGENCIO, 2011, p.4). Essa experiência ilusória de criação só acontece com uma adaptação suficientemente boa do ambiente em relação às necessidades do bebê. Sua capacidade criativa coincide com a adaptação do ambiente; a mãe apresenta o seio no momento em que o bebê está pronto para criá-lo (WINNICOTT, [1971] 2019).

Assim, é através da ilusão que o bebê começa a se relacionar com a realidade; como desconhece o mundo ao seu redor e o ambiente que o sustenta, ele tem a experiência de criar aquilo que encontra. O contato com a realidade no início da vida é, portanto, a criatividade primária (LEJARRAGA, 2012).

Essa experiência ilusória de onipotência é aos poucos quebrada pela mãe, à medida em que o ego da criança é capaz de suportar angústia. No entanto, a sensação de criação do mundo, segundo Winnicott (1971), permanece conosco, mesmo após crescermos e descobirmos que o mundo é anterior a nós. É aqui que se encontra a origem a capacidade criativa, como uma expansão desses fenômenos da primeira infância: “A partir da criatividade primária, desenvolvem-se os objetos e fenômenos transicionais, marcados pelo paradoxo, que se continuam no brincar, na arte e na cultura” (LEJARRAGA, 2012, p.79).

A criatividade é definida por Winnicott como “uma coloração das atitudes em relação à realidade externa” (WINNICOTT, [1971] 2019, p. 108). Na vida adulta, a criatividade e o brincar fazem parte do viver saudável, e estão relacionadas a qualquer atividade cultural. Assim, ao contrário do que se pensa, o brincar não se restringe ao período infantil da vida; quando adulto, brincar é sinônimo de ter experiências na “terceira área”, entre a experiência subjetiva e aquilo que é objetivamente percebido: “Eis aqui dois lugares: dentro e fora do indivíduo: Mas será que isso é tudo?” (WINNICOTT, [1971] 2019, p. 168).

Winnicott tenta encontrar um meio termo entre esses dois extremos. Notou que, na maior parte do tempo, “não estamos envolvidos em algum comportamento nem em um estado de contemplação, mas em *algum outro lugar*” (WINNICOTT, [1971] 2019, p. 168, *itálico nosso*). A este lugar – entre a percepção e a apercepção, o dentro e o fora – ele dirá que é o espaço do brincar e da criatividade. Essa terceira área da experiência é onde teoricamente “estamos” quando nos vemos envolvidos em uma atividade cultural:

“É permitido ao indivíduo maduro perder-se em sua terceira área da experiência por alguns momentos quando por exemplo aprecia uma música, assiste a um espetáculo, visita um museu etc. Isso é ser criativo mesmo que pareça algo passivo, pois é o encontro entre o sujeito e o objeto artístico em uma relação que não se encontra no mundo interno ou no externo, mas no meio. Ao ouvir uma música criativamente a pessoa se sente criando aqueles sons que, assim como o seio ao bebê, parecem-se adaptar perfeitamente ao que ela buscava” (PIRES, 2010, p.70).

Portanto, quando investimos um tempo na literatura ou nas demais formas de arte, quando somos capazes de mergulhar na história, observamos que de alguma forma estamos “fora de nós mesmos”, mesmo que por alguns instantes. Em contrapartida, quando não somos capazes de nos concentrar em algo externo, é comum que estejamos em alguma situação de estresse ou conflito. Como quando, por exemplo, estamos fisicamente doentes e nossa atenção passa a se voltar inteiramente para o machucado ou o membro que dói.

Se pensarmos essa “atenção” a si mesmo como libido, tomando emprestado a noção freudiana de narcisismo, introduzida por ele em 1914, podemos afirmar que são nesses momentos narcísicos, quando experienciamos dor, por exemplo, que estamos mais voltados para nós mesmos e a libido está investida no eu, em vez de estar nos objetos (FREUD, 1914).

Nesse sentido, quando alguém está “doente”, ou seja, com a saúde psíquica de algum modo fragilizada, “sair de si” é uma tarefa difícil. Se voltar a uma outra narrativa, que não diz respeito ao eu, num momento em que o eu demanda atenção, se torna trabalhoso. Há de se cuidar de si, para poder então mergulhar num outro.

Diante disso, podemos concluir que saúde significa, além de outros aspectos, ter a capacidade de “sair de si”, mesmo que por algumas horas ou minutos enquanto mergulhamos na cultura. Isso nos mostra como, para Winnicott, a noção de saúde como a ausência de doença é insuficiente e precária. Na sua concepção, o indivíduo saudável é aquele que carrega consigo a capacidade de brincar, de imaginar e viver criativamente.

Em contraponto a isso, em termos de saúde, pode-se dizer que o viver criativo apresenta diversos graus de variação. De um lado, tem-se aqueles que se desligam completamente da realidade, absortos em seus devaneios. De outro, tem-se pessoas “firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que se tornam doentes no sentido oposto, uma vez que perdem contato com o mundo subjetivo e com formas criativas de abordar os fatos” (WINNICOTT, [1971] 2019, p. 111). A vida não criativa, portanto, seria aquela em que o indivíduo está submisso à realidade, sem possibilidade de expressão, e isto, dirá Winnicott, “é uma base doentia para a vida”. ([1971] 2019, p. 109).

Se a criatividade possui uma relação direta com a saúde, o viver não criativo se aproxima daquilo que é patológico:

“Na vida sem criatividade o sentimento de futilidade é expressivo, um viver sem sentido, um viver que não vale a pena. Um viver não-criativo é uma vida sem liberdade, sem a possibilidade de expressar o si mesmo, uma vida em que impera a submissão, uma vida falsa” (CICCONE, 2013, p.112)

São evidentes as semelhanças entre a descrição acima e a depressão, mais especificamente o estado que o personagem de “Serotonina” descreve sobre si mesmo, como iremos ver adiante neste trabalho. Se mostra enquanto alguém aprisionado pela depressão; uma vida que não vale a pena ser vivida, fútil e sem sentido; cheia de sofrimento.

Nos cabe pensar, então, em que momento do desenvolvimento este indivíduo passa por um processo traumático que ameaça sua espontaneidade. Uma das possibilidades, na perspectiva winnicottiana, é considerar uma falha relativa à primeira infância, quando a adaptação do ambiente em relação ao bebê falha em prover as condições suficientes ao seu desenvolvimento sadio, e o bebê tem sua experiência de continuidade interrompida, sendo obrigado a reagir, ao invés de ser (GALVAN; MORAES, 2009)

A perda tardia da capacidade criativa, no entanto, ocorre com condições ambientais extremamente negativas, dado que na idade adulta tudo já está firmemente consolidado (PIRES, 2010). Essa segunda perspectiva é a que mais cabe no quadro do nosso personagem. Parece que as perdas em sua vida foram tantas que, aos poucos, sua capacidade criativa foi se limitando; as possibilidades de ser no mundo foram cada vez mais se esvaindo, à medida em que foi perdendo relações e vivências que considera significativas.

Winnicott diz que nesses casos a psicanálise busca recuperar a capacidade criativa (de brincar), dado que a análise se dá numa área de sobreposição do brincar do analista e do analisando: “quando essa brincadeira [a análise] não é possível, o trabalho do terapeuta consiste em retirar o paciente de um estado marcado pela

incapacidade de brincar e trazê-lo para um estado em que é capaz de fazê-lo” (WINNICOTT, [1971] 2019, p. 69).

## 2. Depressão e Melancolia

### 2.1. A atual depressão

Não é de hoje que a depressão tem chamado a atenção dos estudiosos da área de saúde; atualmente, a doença é considerada o “fenômeno clínico de maior incidência na população em geral” (MORAES, 2005, p. 4). No entanto, nos últimos dois anos em que o mundo viveu a pandemia de COVID-19, tanto a depressão quanto a ansiedade ganharam grande destaque nas mídias, e a saúde mental voltou a ser pauta de discussão recorrente. De acordo com um resumo científico divulgado em 2 de março de 2022 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no primeiro ano da pandemia a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% (OPAS, 2022).

Confinados em casa, muitos passaram a ter que conviver com a família numa frequência maior do que antes, tendo que encarar conflitos que antes eram de alguma forma contornados (MENON, 2022). Nesse período de quarentena, muitos correram em busca de ajuda psicológica, atravessados pela solidão, ansiedade e o medo de se infectar. Além disso, o luto pela perda de entes queridos e as preocupações financeiras nesse período também são considerados possíveis estressores que levaram à ansiedade e à depressão (OPAS, 2022).

Uma pesquisa da ABPS (Associação Brasileira de Psicologia da Saúde) aponta que “83,5% dos psicólogos ouvidos notaram um aumento de demanda de pacientes durante a pandemia. Além disso, 86% perceberam que os pacientes tiveram um aumento no sofrimento durante o período.” (MENON, 2022).

No campo da psicopatologia, a depressão é considerada um fenômeno clínico que engloba diversos transtornos que carregam características em comum entre si. Segundo o DSM-V (2014), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, os transtornos depressivos incluem:

“transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e

transtorno depressivo não especificado” (American Psychiatric Association, 2014, p. 155)

O que caracteriza a depressão, ou seja, as características em comum desses transtornos são principalmente quatro: o humor depressivo, desinteresse, anedonia e falta de energia (FORLENZA; MIGUEL, 2014). Fora os sintomas que compartilham, o que diferencia cada transtorno em específico é a “duração, momento ou a etiologia presumida” (FORLENZA; MIGUEL, 2014, p. 155).

Em geral, quando falamos popularmente sobre a depressão, estamos nos referindo ao transtorno depressivo maior, o representante clássico desse grupo de transtornos (American Psychiatric Association, 2014). Ainda segundo o DSM-V, o transtorno depressivo maior é caracterizado diagnosticamente por:

“Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante” (American Psychiatric Association, 2014, p. 162).

É de extrema importância enfatizar que a depressão é uma doença multifatorial e complexa. Diversos fatores estão envolvidos na etiopatogenia deste fenômeno. Apesar de se considerar a predisposição genética um fator importante, não se deve de maneira nenhuma reduzir o fenômeno ao aspecto hereditário: “um episódio depressivo resultaria da complexa interação de processos biológicos (resposta ao estresse, fatores neurotróficos), psicológicos (personalidade e relacionamentos pessoais), ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos) e genéticos.” (FORLENZA; MIGUEL, 2014, p. 213).

Outro fator muito marcante da etiopatogenia da depressão é a desregulação da neurotransmissão cerebral, mais especificamente dos neurotransmissores como a noradrenalina, serotonina e dopamina. Nessa hipótese entende-se que a depressão teria relação com uma diminuição desses neurotransmissores em uma área específica do cérebro (FORLENZA; MIGUEL, 2014).

Contudo, afirmar que existe uma correlação entre o desequilíbrio neuroquímico e a depressão, não implica em atribuir a este desequilíbrio uma função causal:

“Ficamos tristes porque há menos serotonina ou há menos serotonina porque ficamos tristes? [...] Ora, o problema não está em mostrar que a depressão é reversível por meio de intervenções no cérebro, mas em mostrar que ela *também* é reversível por meio de inúmeras práticas (psicoterápicas, narrativas, experienciais etc.)” (DUNKER, 2021, p. 124)

No fundo, diz Christian Dunker (2021), a hipótese serotoninérgica é descritiva, não causal, dado que se trata de uma descrição de um estado de funcionamento cerebral encontrado naqueles que apresentam a depressão, ou seja, pode ser apenas o efeito de um conjunto de experiências psíquicas, e não necessariamente a sua causa.

No que diz respeito à depressão, psicanálise e psiquiatria conversam entre si, porém podem divergir em alguns pontos. Nas palavras de Dunker, “não há nada de contrapsicanalítico ou antipsicanalítico na ideia de que a depressão corresponde a um desequilíbrio dos mecanismos de produção e recaptção de neurotransmissores como a serotonina, a dopamina ou a adrenalina” (DUNKER, 2021, p. 123). No entanto, dizer que a depressão é uma *doença* e, portanto, tratável, não deveria implicar em “endossar a disciplina higienista, a medicalização massiva e a recusa do detalhamento diagnóstico” (DUNKER, 2021, p. 124).

De fato, não há nada de avesso em admitir e entender a depressão enquanto uma doença. Tratá-la como tal, e não como simples tristeza, é crucial para a tomarmos com devida seriedade e a atenção que merece. A partir disso, no entanto, é comum se caminhar totalmente para o lado biológico da coisa, e conseqüentemente para a medicalização.

A ideia de “tratamento” logo de cara pode nos levar diretamente à perspectiva biomédica mencionada no capítulo introdutório deste trabalho, de modo a olhar para depressão como assim como para as demais doenças que nos afligem: como um estado de “mal-estar”, curável através da simples ingestão de um comprimido, para restabelecer o estado de “saúde perfeita” do qual estávamos antes de ficar doentes (MARTINS, 2004).

Nesse sentido, o surgimento de um sintoma é facilmente encaixado nessa lógica, merecendo um diagnóstico e uma prescrição médica. Hoje, o diagnóstico “vem abarcando qualquer queixa de tristeza, na medida em que toda e qualquer tristeza toma ares de ‘depressão’, devendo ser devidamente tratada e, na melhor das hipóteses, medicada” (SIQUEIRA, 2007, p. 76).

Ainda segundo Dunker (2021), “todo medicamento só é eficaz porque realiza, ‘por outras vias’, um trabalho (ou uma função) que o organismo (ou o sujeito) poderia fazer em condições normais” (DUNKER, 2021, p. 124). Assim, quando se introduz o medicamento sem fornecer as ferramentas para que o sujeito recupere a possibilidade de realizar esse trabalho, produzimos uma espécie de “atrofia”, pode-se dizer que a intervenção se torna ineficiente (DUNKER, 2021). Em outras palavras, quando se medica a depressão e não a trata pelos demais meios, como o tratamento psicoterápico, através da fala e da elaboração, o sujeito não caminha. Daí a importância de se trabalhar o sintoma de forma a escutá-lo e apenas se propor a eliminá-lo.

Nas palavras de Dunker, “Se entendermos por cura a completa erradicação do mal, sua exclusão permanente e indelével em todos os tipos e modalidades, espero sinceramente que nunca encontremos a cura para a depressão” (DUNKER, 2021, p. 128).

De acordo com Forlenza e Miguel (2014), os transtornos depressivos representam um problema de saúde pública, pois afetam mais de 20% da população geral. Considerando o que foi até agora exposto, se justifica a atenção em especial dada à doença nos últimos dois anos de pandemia, se considerarmos que uma das principais preocupações em relação à doença é a questão do suicídio:

“A depressão associa-se com elevadas taxas de morbidade e mortalidade por conta da natureza recorrente e da sintomatologia persistente, levando a

diferentes graus de incapacitação e risco de suicídio. Mundialmente, a depressão é a principal ou a segunda maior causa de anos perdidos por incapacitação e morte prematura” (FORLENZA; MIGUEL, 2014 p. 212).

A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2009) aponta uma correlação de mais de 90% entre o suicídio e transtornos mentais, com destaque para o transtorno depressivo maior (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Assim como a depressão, o suicídio é entendido como um fenômeno complexo e multifatorial, envolvendo aspectos psicológicos, sociais, biológicos, culturais e ambientais. É importante afirmar, embora pareça óbvio, que cada sujeito que tenta o suicídio o faz por motivos únicos e extremamente pessoais, ou seja, não há uma explicação universal, dado que cada um vivencia o sofrimento psíquico de forma singular (STELLET; CAMPISTA, 2020).

## 2.2. O conceito de melancolia

Falar sobre a depressão implica em revisitar brevemente a sua história enquanto conceito, e como este foi se transformando ao longo do tempo.

Em 1860, o termo “depressão” já era usado em dicionários médicos, referindo-se ao “fenômeno de diminuição de ânimo que acometia pessoas sofrendo de uma doença” (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011). No entanto, antes do surgimento da depressão, falava-se em “melancolia”, termo que ao longo da história foi usado em diferentes contextos, com os mais diversos sentidos:

“Fala-se da melancolia como sinônima do furor dos alienados, da acedia dos monges, da genialidade na Renascença, da tristeza no Romantismo e da depressão tratada atualmente por psiquiatras e psicólogos” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 424)

É a partir do século XIX, com a instauração do saber psiquiátrico, que a melancolia adquire um caráter clínico. Esquirol (1838) e Pinel (1856), dois médicos da época, definiram a melancolia como uma mania, “uma loucura caracterizada por um delírio parcial com uma tendência triste ou opressiva” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 425). A melancolia, portanto, perde sua concepção romântica, e passa a carregar a conotação de doença mental: “Segundo Esquirol (1838), a palavra melancolia, consagrada na linguagem vulgar para exprimir o estado de tristeza de qualquer indivíduo, deve ser deixada aos moralistas e aos poetas, que em suas expressões não são obrigados a tanta seriedade quanto os médicos” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 425).

De acordo com Mendes, Viana e Bara (2014), esse fato marca o início da substituição, e conseqüentemente, confusão dos termos melancolia e depressão, da qual voltaremos a falar depois.

Já no século XX, Freud elabora “Luto e Melancolia”, obra que constitui um marco para o estudo da depressão. Nesse artigo, publicado em 1917, Freud relaciona a melancolia ao luto, tanto pelas semelhanças sintomáticas, quanto pelo fato de serem desencadeadas por circunstâncias de vida parecidas (MENDES; VIANA; BARA,

2014). Freud define o luto como: “a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal etc.” (FREUD, [1917] 2012, p. 29).

Segundo Mendes, Viana e Bara (2014), tanto na melancolia quanto no luto existe a perda real de um objeto amado. O sofrimento do enlutado diz respeito ao desejo de algo que não está mais em seu alcance. Na melancolia, observa-se as mesmas características do luto profundo, no qual de fato houve uma perda, porém há uma espécie negação:

“[...] na elaboração normal do luto, espera-se que a pessoa enlutada retire todo o seu investimento libidinal do objeto perdido. Isso demanda do enlutado um grande dispêndio de tempo e energia. No caso da melancolia é como se houvesse uma negação da realidade exterior e a pessoa se agarrasse ao objeto por meio de uma psicose alucinatória de desejo. A melancolia pode ser uma reação à perda de um objeto amado, mas pode ser também uma reação a uma perda idealizada, na qual o objeto de amor não morreu, mas foi perdido enquanto objeto de amor”. (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 425)

Se o luto implica um trabalho de elaboração frente a uma perda significativa, o que ocorre na melancolia é a incapacidade de simbolizar essa perda (SIQUEIRA, 2007). Enquanto no luto há uma perda consciente e nomeada, na melancolia: “a ‘perda desconhecida’ resultará num trabalho de elaboração semelhante ao do luto, e da mesma forma que este, haverá uma inibição (melancólica), com a diferença de que não é possível observar o que tanto absorve o melancólico” (MORAES, 2005, p. 47).

### 2.3. A depressão e a melancolia na psicanálise

Segundo Christian Dunker (2021), do ponto de vista psicanalítico, fala-se em depressão enquanto “um *estado psicológico* que exagera, intensifica ou prolonga a resposta esperada para a perda, a ausência ou a indisponibilidade de algo ou alguém (...) como um *luto patológico*” (DUNKER, 2021, p. 143)

Embora no século XX não tenha existido uma preocupação tão forte com a depressão como se tem hoje, alguns psicanalistas fizeram observações importantes acerca do tema.

A primeira psicanalista a perceber que a depressão estava sendo sub-reconhecida foi Melanie Klein. De forma inovadora, propôs entender a depressão não apenas enquanto desvio ou perda de função, mas como uma maneira de integrar e simbolizar objetos (DUNKER, 2021). A grande novidade apresentada por ela foi “colocar a depressividade não apenas como um problema ou um sintoma, mas como uma experiência central para nos tornarmos sujeitos” (DUNKER, 2021, p. 42).

De forma parecida, Winnicott também percebia na depressão um certo valor. Apesar de não negar o sofrimento da depressão enquanto patologia, a enxergava como uma conquista, uma capacidade adquirida com o desenvolvimento do indivíduo. Poder deprimir seria uma qualidade própria da saúde, pois exige determinado grau de integração, dado que implica em existir um “eu”. Portanto, Winnicott coloca que a depressão seria, de certa forma, “saudável”, dado que faz parte do processo de maturação do indivíduo (DURSO, 2021).

Retomando a concepção de saúde apresentada no primeiro capítulo deste trabalho, podemos pensar que, assim como é no próprio sintoma que está a cura (DURSO, 2018), Winnicott diz que: “a depressão traz dentro de si mesma o germe da recuperação” ([1963] 1999, p. 60).

Apesar de demarcarmos a diferença entre a melancolia descrita por Freud em 1917 da atual depressão, suas observações sobre ela continuam relevantes ainda hoje, como se iremos constatar no decorrer deste trabalho.

Atualmente, é comum que tomemos a melancolia e a depressão como sinônimos. Nas palavras de Maria Rita Kehl: “é importante não confundir depressão e melancolia. Muito menos imaginar que a diferença entre uma e outra seja de grau, sendo a melancolia uma forma mais grave de depressão” (KEHL, 2009, p. 20).

Embora inicialmente Freud tenha usado os dois termos como sinônimos, posteriormente os diferenciou. Para ele, a melancolia entraria na categoria das neuroses narcísicas, enquanto a depressão seria mais próxima da neurose de angústia (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

O que caracteriza as neuroses narcísicas é uma falha na própria constituição do sujeito, em termos de narcisismo. O bebê, nos primeiros contatos com o mundo, precisa de algo que o sustente, de modo a garantir o desenvolvimento saudável e a constituição do eu: “Os primeiros contatos da mãe com o bebê possibilitam a erogeneização do seu corpo. Assim, o eu se constitui a partir da relação com o outro” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 425). A falha então ocorreria nesse momento narcísico inicial onde o bebê depende completamente do outro.

Em “Introdução ao Narcisismo” (1914), Freud introduz a ideia de que narcisismo não seria uma perversão, mas sim algo necessário, de ordem universal e constitutivo da vida humana. Freud define narcisismo como libido voltada ao eu. Analogamente à uma gangorra, pode-se dizer que a libido está hora nos objetos, hora no eu. Assim, quanto maior o investimento no objeto, menor o investimento em si. As neuroses narcísicas, segundo ele, seriam causadas pelo “represamento” da libido no eu. O indivíduo tira a libido do mundo externo, e concentra no próprio corpo; assim, se torna o centro das atenções, tudo dói, se lamenta o tempo todo sobre as injustiças da vida com ele (ALMEIDA, 2021).

É justamente para explicar a melancolia que Freud cria a categoria das neuroses narcísicas. No caso da melancolia, “parece ter havido uma fixação no estágio infantil do narcisismo devido a uma situação sucedida no início do desenvolvimento libidinal” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 426).

“[...] o mecanismo fundamental para a predisposição à melancolia é a fixação da libido no estágio do narcisismo. Ao se deparar com a perda, real ou ideal, o melancólico regride a um estágio anterior no seu desenvolvimento, no qual houve uma ferida narcísica, ficando paralisado, impossibilitado de realizar o luto, uma vez que há uma retração da libido de volta ao eu. O melancólico se identifica com o objeto perdido.” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 426).

A questão da identificação com o objeto perdido é crucial para entendermos a melancolia e assim a diferenciarmos da depressão. Há, na melancolia, uma espécie de confusão entre o eu e o objeto:

“[...] o melancólico não perdeu o objeto, mas perdeu-se no objeto. Quando o depressivo fala do que perdeu, refere-se a uma perda do que ele foi um dia, uma perda de si mesmo. Na depressão também há uma perda, mas uma perda da imagem de si, uma perda que se deu num tempo que não volta mais” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 428).

Nesse sentido, é possível afirmarmos que na melancolia há uma perda relativa ao eu, principalmente se levarmos em conta características como as autoacusações, a desvalorização de si mesmo e a constante expectativa de punição (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

Freud pensava a neurose narcísica enquanto um conflito entre o eu e o supereu, a diferenciando das neuroses “comuns” e a psicose. Considerando isso, um dos fatores que diferencia a melancolia da depressão é a problemática do supereu: “a culpa e o conflito são elementos diferenciadores da melancolia. Na depressão o conflito não se dá entre o ego e o superego, daí a ausência de culpa” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 428).

Assim como Maria Rita Kehl, Mendes, Viana e Bara (2014) também entendem que hoje existe uma indiferenciação entre a melancolia e a depressão: “as palavras melancolia e depressão têm sido empregadas corriqueiramente sem uma preocupação com um diagnóstico diferencial. Atualmente, a palavra melancolia tem sido substituída pela palavra depressão, causando, no nosso entendimento, uma grande confusão.” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 424).

Confusão esta que não deixa de ter consequências teóricas e clínicas, uma vez que: “faz desaparecer traços distintivos da própria dinâmica psíquica dos pacientes melancólicos [...] Essa indiferenciação entre melancolia e depressão traz inclusive problemas no estabelecimento da direção do tratamento.” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 428).

A indiferenciação entre os dois quadros, além de outros fatores, diz respeito à lógica da psiquiatria em relação aos transtornos mentais. O DSM parte de uma necessidade da psiquiatria de catalogar os transtornos, isto é, não vai exatamente de encontro à perspectiva da psicanálise, pois não pretende compreendê-los, mas apenas descrevê-los. Além disso, para a farmacologia, pouco importa se o fenômeno observado é melancolia ou depressão, pois o tratamento medicamentoso não varia.

O fato é que, com a quarta edição do DSM, o termo melancolia desapareceu, se dissolvendo no conceito de depressão e resultando nos variados transtornos depressivos que hoje são descritos no manual (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

Marcar a diferença e compreender o que é próprio de cada quadro é fundamental para o tratamento. Tendo isso em vista, percebemos a falta desse cuidado ao nos voltarmos ao personagem principal de “Serotonina”, questão a que voltaremos mais adiante.

### 3. “Serotonina”

#### 3.1. Introdução

“Serotonina” (2019) é um romance de Michel Houellebecq, ensaísta, poeta e um dos escritores contemporâneos franceses mais traduzidos no mundo todo. No livro, acompanhamos a narrativa em primeira pessoa de Florent-Claude Labrouste, um homem de meia idade que se encontra em um estado de profunda decadência. Através de suas memórias e do momento presente, conhecemos seu profundo desgosto pela vida e o modo como enxerga sua própria depressão.

O romance carrega uma leitura pesada e difícil; mas não pela linguagem rebuscada, muito pelo contrário, nele as palavras de Houellebecq estão tão simples quanto nos seus trabalhos anteriores: cruas, sinceras e que escancaram os pensamentos do personagem com uma clareza impressionante. O tom pesado do livro se justifica no seu cerne: a depressão. Trata-se de um romance, no fundo, sobre a depressão. A narrativa de Florent é intrínseca à doença; a narrativa gira em torno da sua vida, que, neste ponto, é pura e completa depressão. O romance caminha com a percepção do próprio personagem da sua condição de depressivo, sob um ponto de vista irônico e totalmente desesperançoso. Não se poderia ter outro resultado senão um livro completamente deprimente, porém instigante, provocante e em alguns momentos, aterrorizante.

Outro ponto importante que se traduz numa leitura talvez um pouco penosa são as opiniões controversas e polêmicas do personagem, que podem ser ligadas ao próprio Houellebecq. O autor é conhecido por criar personagens que nos incomodam, por conta de pensamentos polêmicos e ações desprezíveis. Em “Serotonina” isso não é diferente: mergulhamos nas opiniões e nos pensamentos sombrios do personagem, que mostra ser um crítico ácido não só da sociedade francesa contemporânea como também de todo o ocidente.

No livro, Florent faz uso de um antidepressivo ficcional que tem como efeito colateral, dentre outras coisas, a falta de libido e a impotência. Aqui se inicia o mote do livro, a “falência” da sua sexualidade, como efeito do remédio. A narrativa começa com seu lamento acerca do rumo que sua vida tomou:

“[...] se agora minha vida termina com tristeza e sofrimento, não posso culpá-los [seus pais] por isso,

mas sim uma fatídica série de circunstâncias das quais voltarei a falar – que, aliás, constituem na verdade o objeto desse livro” (HOUELLEBECQ, 2019, p.8)

À medida em que entramos em suas memórias, conhecemos um homem extremamente infeliz, “esvaziado de interesses verdadeiros e de razões, tanto para viver, quanto para morrer” (HOUELLEBECQ, 2019, p.62). Mergulha no seu passado, selecionando os momentos e as figuras que elenca importantes para a história e para o entendimento do leitor. Alternando entre presente e passado, viaja conosco a fim de justificar seu fim: trágico e infeliz.

“É um comprimido pequeno, branco, oval, divisível” (p. 7).

É com a descrição do Captorix, um antidepressivo ficcional, que Houellebecq abre o romance. Segundo Florent, tal medicamento atuaria na estimulação da produção de serotonina, um dos neurotransmissores relacionados à fisiologia da depressão. De início nota-se a ironia que o nome do livro carrega, dado que é exatamente a falta dessa substância que teoricamente está relacionada à condição do personagem, que o acompanha durante todo o romance.

É só depois de descrever o antidepressivo que Florent se apresenta ao leitor: “Tenho quarenta e seis anos, me chamo Florent-Claude Labrouste e detesto meu nome” (p. 7). Fica bem claro, já de cara, a sua insatisfação consigo mesmo. Não se identifica com o nome que lhe foi dado, acha que não condiz com sua pessoa.

Além da questão do nome, em certo ponto da história Florent expressa também uma insatisfação com o próprio corpo. Seus dias são tão dolorosos que seu corpo acaba se tornando um fardo: “o fato de ter um [corpo], de ser obrigado a lhe dar atenção e cuidados, me parecia cada vez mais insuportável” (p. 65). É interessante notar o modo como se refere a si. Frases como “ter um corpo” e “lhe dar atenção”, dão a sensação de que o corpo já não é dele, ou melhor, já não é ele.

Como escreve Paul Auster, em “A Invenção da Solidão” (1982):

“A morte priva um homem do seu corpo. Na vida, um homem e seu corpo são sinônimos; na morte, há o homem e há o seu corpo. Dizemos: “este é o corpo de X”, como se esse corpo, que antes era o próprio homem, não algo que o representava ou que pertencia a ele, mas sim o próprio homem chamado X, de repente não tivesse mais nenhuma importância. Quando um homem entra em uma sala e apertamos sua mão, não temos a sensação de que cumprimentamos a mão dele, ou o seu corpo, mas sim a *ele* mesmo. A morte modifica isso. Este é o corpo de X, não é X. A sintaxe é totalmente diferente. Agora falamos de duas coisas distintas, em vez de uma só, dando a entender que o homem continua a existir, mas só como uma ideia, um aglomerado de imagens e recordações na mente das outras pessoas. Quanto ao corpo, não é mais que carne e ossos, um amontoado de pura matéria” (AUSTER, 1982, p. 21)

Se pensarmos na reflexão proposta por Auster, podemos dizer que Florent se refere a si mesmo quase como alguém que, no fundo, já morreu. A proximidade e o

flerte do personagem com a morte é algo muito marcante e que se faz presente ao longo de todo o romance, por meio dos devaneios e pensamentos sombrios: “[...] agora eu tinha medo das noites, de que minha mente disparasse sem controle, porque tinha consciência de que minha existência se encaminhava para a morte, não perdia nenhuma oportunidade de me lembrar disso” (HOUELLEBECQ, 2019, p. 136).

É logo nas primeiras páginas do livro que Florent apresenta com clareza quais são suas queixas, que vamos compreendendo melhor conforme o romance se desenrola:

“[...] sempre me deixei levar pelas circunstâncias, demonstrei cabalmente minha incapacidade de assumir as rédeas da minha própria vida [...] já estava com quarenta e seis anos, nunca fora capaz de controlar minha própria vida, enfim, era provável que a segunda parte da minha existência fosse apenas, tal qual a primeira, um flácido e doloroso desmoronamento” (p. 7,8).

Assim nos é introduzido Florent, um homem com uma desenfreada desesperança no seu futuro e nas suas relações; para quem o mundo se transformou “numa superfície neutra, sem relevos nem atrativos” (p. 233), e que agora já desistiu de qualquer movimento em direção à vida.

### 3.2. Sinopse longa

Na primeira parte do livro, além de nos contar sobre sua queixa maior em relação à vida, Florent também nos dá um contexto do estado atual das suas relações. No momento em que começa a narrar a história, é casado com uma japonesa de 26 anos chamada Yuzu, porém desde o começo já nos revela que se trata de um casamento infeliz. Ele a despreza; ela também o trata com completa indiferença, deixando evidente que está ao lado dele pura e simplesmente por causa de sua ótima condição financeira. É com um desprezo cada vez maior que Florent toca esse casamento, consciente de que precisa se separar urgentemente.

Em uma noite, quando Yuzu não está em casa, decide por curiosidade bisbilhotar seu email e acaba descobrindo uma série de vídeos pornográficos perturbadores protagonizados por ela, alguns até mesmo gravados recentemente em seu próprio apartamento.

Enjoado, porém não surpreso, a primeira coisa que lhe vem à mente é atirá-la da janela do 29º andar. Logo desiste dessa ideia, considerando as consequências que isso traria. A saída que encontra, enquanto assiste a um programa de TV sobre desaparecidos na França, é simplesmente sumir. Decide então deixar tudo para trás, apagar seus rastros, abandonar a mulher e o trabalho:

“[...] agora eu era um homem ocidental, a salvo de passar necessidades por alguns anos, sem parentes nem amigos, carente de projetos pessoais tanto quanto de interesses verdadeiros, profundamente decepcionado com sua vida profissional anterior e que, no âmbito sentimental, tinha vivido experiências diversificadas cujo denominador comum era a interrupção; carente, no fundo, tanto de razões para viver como de razões para morrer.” (p. 62).

Florent passa então a morar num quarto de hotel, eventualmente tendo que se deslocar conforme a necessidade. A partir desse ponto Florent começa a revisitar o seu passado. Relembra suas relações amorosas, sempre marcadas pelo fracasso. Volta às suas memórias da juventude e mostra ao leitor como conheceu essas mulheres, ao mesmo tempo em que, sem exatamente se dar conta do porquê, busca

reencontrá-las, depois de anos, talvez numa tentativa desesperada de recuperar algum resquício de felicidade que viveu no passado.

O fantasma que mais lhe assombra até hoje é Camille, seu último e verdadeiro amor. Se conheceram quando ela tinha 19 anos, cursando veterinária e estagiando no local em que Florent trabalhava. Se envolvem romanticamente e a relação dos dois dura por cinco anos, até se separarem devido à traição de Florent com outra mulher.

Aos poucos, na medida em que nos conta sobre Camille, Florent vai se aprofundando no passado, criando uma necessidade de reencontrá-la, numa tentativa desesperada de retomar o único amor capaz de salvar sua vida. Acaba apostando todas as suas fichas nessa antiga paixão, como uma última chance de alcançar a felicidade. Por meio de algumas rápidas pesquisas no computador, consegue achar o novo endereço de Camille:

“imprimi e dobrei o papel em quatro antes de guardá-lo no bolso do casaco, sem nem mesmo saber o que ia fazer com ele, ou, para ser exato, sem saber se ia ter coragem de usá-lo, mas plenamente consciente de que disso dependia o resto da minha vida” (p. 137)

Ao localizá-la, depois de 7 anos sem contato, Florent percebe que agora tem um filho pequeno e mora sozinha, praticamente sem amigos. Passa a observá-la diariamente, pensando em como faria para abordá-la.

Neste ponto da narrativa, Florent faz um aviso direto ao leitor: a partir deste momento suas ações começam a lhe surpreender; já não pretende e nem consegue justificar seu comportamento, que julga ser “incompreensível, chocante e errático” (p. 196)

Mesmo assim, nos pega completamente de surpresa quando, de repente, se vê planejando o assassinato do filho de Camille, absorvido num delírio sinistro de que ela só o aceitaria completamente se o filho deixasse de existir, dado que não haveria espaço para os dois; Camille não arriscaria a relação de fusão perfeita que tinha com o filho por sua causa:

“(…) a recompensa não seria imediata, claro. Camille ia sofrer, ia sofrer demais, eu teria que esperar pelo menos

seis meses até entrar em contato com ela de novo. E depois disso, voltaria, e ela me amaria de novo porque nunca tinha deixado de amar; simples assim, e ela simplesmente ia querer outro filho, e ia querer logo – eis o que aconteceria. Alguns anos antes houve um grande desencontro e acabamos nos desviando atrocemente de nossos destinos; eu cometi o primeiro erro, mas Camille, por sua vez, piorou tudo: agora era a hora de consertar, o momento certo, agora tínhamos nossa última chance, e ninguém mais podia fazer isso, eu era o único que tinha as cartas na mão, a solução estava na ponta da minha Steyr Mannlicher” (p. 204, 205)

Aqui, o livro atinge seu clímax; Florent nos faz acreditar que é realmente capaz de matar uma criança de quatro anos a sangue frio, para pôr em prática a fantasia insana que montou em sua cabeça. Passa por cima de toda e qualquer moral, tentando justificar o assassinato pelas vias mais absurdas.

Apesar do susto que dá ao leitor, no fim Florent não consegue matar a criança; percebe e aceita com muito pesar que tudo está arruinado, sem conserto, assim renunciando ao que considera ser sua última chance de ser feliz. Desiste de uma vez por todas de entrar em contato com Camille, se entregando e aceitando finalmente a ideia da morte.

### 3.3. Desejo, futuro e passado.

Em certo ponto da história, Florent define seu humor como: “uma tristeza pacífica, estabilizada, que por outro lado não aumentava nem diminuía, uma tristeza, em suma, que poderia se considerar definitiva” (p. 65). Entende seu atual estado depressivo como uma ausência de desejo:

“[...] nesse momento eu não tinha nenhum desejo, o que muitos filósofos, pelo menos era minha impressão, consideravam um estado invejável [...], Mas outros filósofos, como os psicólogos, consideravam que essa ausência de desejo era patológica e insalubre” (p. 65)

O que significa afirmar que não se tem desejos? O próprio personagem se questiona sobre essa ausência: “Desprovido tanto de desejos quanto de razões pra viver (seriam equivalentes os dois termos? era uma questão difícil, não tinha uma opinião formada a respeito)” (p. 161).

Seria possível, na perspectiva psicanalítica, pensar um sujeito não desejante? Segundo Siqueira (2007), a depressão surge justamente quando o sujeito se acovarda frente ao seu desejo, numa espécie de inibição; seria “uma reação do eu, que, ‘inchado’, recusa aquilo que vem do inconsciente, não querendo saber daquilo que o determina.” (SIQUEIRA, 2007 p. 76).

De acordo com Christian Dunker (2021), a depressão pode se infiltrar quando o sujeito não sabe o que realmente quer, por não reconhecer o seu próprio desejo. Assim, é interessante pensar a depressão não tanto como uma *ausência* do desejo, mas como um desencontro, um desalinhamento do sujeito em relação ao seu próprio desejo: “ao desorientar-se com relação ao próprio desejo, o sujeito bloqueia a possibilidade de ter seu desejo reconhecido” (DUNKER, 2021 p. 112).

Ainda nas palavras de Dunker (2016), a depressão seria um indicativo da “temperatura” do desejo, um momento em que ele se lentifica, se desgarras das demandas. Portanto, há desejo, mas de alguma maneira não reconhecido pelo sujeito como tal. Se este cede seu desejo, abre mão dele, pode-se afirmar que a depressão é justamente o oposto do desejo (SIQUEIRA, 2007).

É importante apontar que palavras como “acovardar” e “ceder” têm uma certa conotação culpabilizante, que pode nos levar a responsabilizar o sujeito por deliberadamente “abrir mão” de seu desejo, como uma escolha. Vale ressaltarmos que em nenhuma medida o que se pretende aqui é culpabilizar o indivíduo, mas sim tentar entender o que significa, da perspectiva psicanalítica, essa “ausência”.

Dito isso, podemos pensar a “ausência” do desejo que Florent traz em sua fala como a falta de vontade ou o anseio de buscar o novo. Enxerga sua vida como algo fechado, de modo que ele já não vê o futuro, não há nada para se investir, não há espaço para a criatividade. Nesse sentido, não busca o novo, não “produz”; de fato, pode-se afirmar que não deseja, dado que seu único desejo é a morte.

Na primeira parte do livro, quando abandona tudo o que tem e se isola completamente das suas relações, está, no fundo, renunciando ao seu futuro. Ao se desprender totalmente disso, à Florent não sobra nada; passa a se voltar completamente aos acontecimentos do passado, da sua juventude. Nas palavras de Florent: “Você afunda no passado, começa a afundar, e depois parece que mergulha nele e não há mais como sair” (p. 131). Conforme mergulha no passado, Florent se vê totalmente preso ao que já aconteceu, numa tentativa desesperada de se agarrar ao que algum dia lhe trouxe felicidade.

### 3.4. A melancolia em Florent

Quando afirmamos que a dissolução da melancolia na depressão tem consequências não só teóricas, mas clínicas (MENDES; VIANA; BARA, 2014), isso significa que, apesar das semelhanças entre os dois quadros, existem características particulares de cada uma que devem ser consideradas no contexto do tratamento. O desaparecimento do termo “melancolia” não significa o desaparecimento dos seus sintomas característicos nos dias de hoje; não significa que as observações freudianas estejam ultrapassadas e não tenham valor. Pelo contrário, ao nos voltarmos à Florent, podemos notar traços característicos da melancolia, como os impulsos destrutivos, a proximidade com a morte e a desvalorização de si (MENDES; VIANA; BARA, 2014).

Como já foi apresentado anteriormente, na melancolia há uma profunda insatisfação com o próprio eu; o melancólico se considera “inferior, sem valor e desprezível” (STELLET; CAMPISTA, 2020, p. 141) No romance, Florent se refere a si mesmo como “um covarde triste e insignificante” (p. 162). Se rebaixa a ponto de não se considerar mais alguém capaz de ter relações: “[...] me desculpei pelo incômodo, e no momento em que pronunciava estas palavras banais entendi que daí por diante minha vida se reduziria a isso: a me desculpar pelos incômodos” (p. 223).

Retomando Mendes, Viana e Bara (2014), afirmamos novamente que, no contexto do luto, na melancolia o que se perdeu foi o próprio eu. Como vimos, no romance há uma desistência total do eu por parte de Florent, uma desistência de si e de seu corpo. Freud afirma que: “No luto é o mundo que se tornou pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego” (FREUD, [1917] 2012, p. 31). O empobrecimento do eu em “Serotonina” é bem evidente, e podemos ver o contraste entre o sujeito e o mundo nitidamente nas palavras do próprio Florent: “quem era *eu* para pensar que podia alterar alguma coisa no *mundo*? (itálico nosso, p.170).

Ainda segundo Mendes, Viana e Bara (2014): “O melancólico é atacado por seu próprio supereu. O eu do melancólico é extremamente autocrítico, ele se julga o pior dos humanos e se condena à morte. Humilha-se diante de todos, colocando-se como uma pessoa indigna” (MENDES; VIANA; BARA, 2014, p. 427).

A culpa consome nosso personagem; ele se sente responsável por todos os infortúnios e acontecimentos desastrosos que lhe ocorreram, se lamenta por nunca

ter sido capaz de “tomar as rédeas da sua vida” e põe em si a culpa por não ter se agarrado às mulheres que teriam o feito feliz:

“Nós poderíamos salvar o mundo [...] mas não o fizemos, pelo menos eu não o fiz, e o amor não triunfou, eu traí o amor, e muitas vezes, quando não consigo dormir, ou seja, quase todas as noites, volto a ouvir dentro da minha pobre cabeça a mensagem da secretária eletrônica, ‘Hello this is Kate leave me a message’” (p. 71).

No decorrer do livro, Florent insiste em se colocar abaixo das outras pessoas, como Kate, uma de suas paixões da juventude: “Por isso mereço a morte, e até castigos muito piores: vou acabar minha vida infeliz, rabugento e sozinho, e mereço. Como é que um homem, depois de conhecer Kate, podia se afastar dela? É incompreensível” (p. 71).

Neste trecho, fica muito evidente outras características marcantes da melancolia; as autoacusações e a expectativa de punição (MENDES; VIANA; BARA, 2014). Se condena impiedosamente; sua sentença de morte a si mesmo é curta, direta e sem eufemismos.

A culpa, a expectativa constante de punição, e a crueldade com que trata a si culminam em última instância na vontade e no imperativo da própria morte, seu objetivo principal desde o início do livro. De acordo com Mendes, Viana e Bara (2014), a presença de impulsos destrutivos também são descritos como uma característica marcante da melancolia; o supereu se mostra extremamente cruel a ponto de assassinar o sujeito, colocando em evidência a ação da pulsão de morte.

Recapitulando, temos que um dos fatores principais da melancolia é a insatisfação do sujeito consigo mesmo, quando perde o seu objeto ideal e internaliza uma agressividade contra o seu próprio eu, tomando-o como objeto (STELLET; CAMPISTA, 2020). Em vista disso, podemos dizer que o suicida “não estaria tirando a própria vida, pois seu alvo é um outro objeto ou pessoa que, por estar introjetada e identificada em seu próprio ego, dirige as ações destrutivas e de ódio para ela mesma” (MORAES, 2005, p. 291). Nas palavras de Freud: “nenhum neurótico abriga propósitos de suicídio que não estejam voltados para si a partir do impulso de matar os outros” (FREUD, [1917] 2012, p. 37).

### 3.5. Suicídio e pulsão de morte

Deixando de lado a análise do romance por um momento, se propõe uma breve digressão acerca do tema do suicídio junto à psicanálise, a fim de se introduzir o conceito freudiano de pulsão de morte.

Embora não tenha tomado o suicídio como objeto de estudo, Freud apresentou algumas ideias de extrema importância para compreendermos este fenômeno hoje. Um texto fundamental para pensarmos esse recorte temático é “Além do princípio do prazer”, publicado em 1920, obra substancial para a psicanálise, onde Freud introduz a pulsão de morte, uma de suas ideias mais controversas.

No turbulento período pós-guerra, Freud se debruçou sobre as neuroses traumáticas, também conhecidas como “neuroses de guerra”, que eram cada vez mais frequentes na época. Muitos dos soldados que voltavam do campo de batalha passavam a apresentar sonhos traumáticos, relacionados ao período em que estiveram no front. Freud, então, começa a se indagar e questionar as bases da teoria psicanalítica, fundadas em torno do princípio do prazer; se o sonho, como ele já havia postulado anteriormente, é a realização de um desejo, como, então, pode um sonho ser tão ruim? Como explicar essa satisfação no sofrimento?

Eventualmente, Freud vai elaborando a ideia de que talvez existiria uma outra força que contrabalança o princípio do prazer; este não seria o suficiente para explicar fenômenos como os sonhos traumáticos. Através de suas observações clínicas, Freud passa também a notar um certo padrão nos seus pacientes neuróticos. Não raramente, estes se colocariam deliberadamente em situações desprazerosas:

“homens para os quais o desfecho de toda amizade é serem traídos pelo amigo; outros que repetidamente, no curso da vida, elevam outra pessoa à condição de grande autoridade para si mesmos ou para a opinião pública, e após um certo tempo derrubam eles próprios essa autoridade, para substituí-la por uma nova; amantes cuja relação amorosa com uma mulher percorre sempre as mesmas fases e conduz ao mesmo fim etc.” (FREUD, [1920] 2010, p. 12).

Freud, portanto, percebeu a presença de uma compulsão à repetição, que iria para além do domínio do princípio do prazer. Existiria, portanto, uma tendência natural e destrutiva no ser humano. A pulsão de morte, como chamou essa força contrária à vida, buscaria o retorno a um estado anterior, o inorgânico:

“Seria contrário à natureza conservadora dos instintos que o objetivo da vida fosse um estado nunca antes alcançado. Terá de ser, isto sim, um velho estado inicial, que o vivente abandonou certa vez e ao qual ele se esforça por voltar” (FREUD, [1920] 2010, p.23).

Assim, o objetivo de toda a vida seria a morte, e a meta do organismo seria retornar ao inorgânico; buscando morrer à sua maneira (FREUD, [1920] 2010).

A partir deste ponto, Freud passa a classificar os impulsos sexuais enquanto pulsões de vida, que se contrapõem aos impulsos destrutivos. Haveria, portanto, um conflito entre as pulsões de vida e de morte, que dariam o ritmo da vida humana. A alma seria palco de uma luta por viver e uma busca por morrer:

“Agora, acredito, o sentido da evolução cultural já não é obscuro para nós. Ela nos apresenta a luta entre Eros e morte, instinto de vida e instinto de destruição, tal como se desenrola na espécie humana. Essa luta é o conteúdo essencial da vida” (FREUD, [1930] 2011, p.68).

Se pensarmos agora no tema do suicídio, munidos da teoria freudiana das pulsões, podemos fazer algumas associações interessantes. É evidente que há uma proximidade entre o suicídio e a pulsão de morte, dado que o indivíduo que o faz está, assim como Freud afirmava, buscando morrer à sua maneira. Na batalha entre Eros e Tanatos, a morte ultrapassa a vida, levando o organismo a realizar aquilo que verdadeiramente tem como meta, a morte. No entanto, Freud se refere à uma meta do *organismo*, e não do *sujeito*, ou seja, uma meta que existe em todos nós independente de estarmos conscientemente pensando ou não na morte, algo que a todo momento exerceria influência em nós. Para aquele que pensa o suicídio, portanto, podemos dizer que a meta do próprio sujeito, para além do organismo, também é a morte.

Se a morte vence a vida, ou seja, se as pulsões destrutivas sobrepujam as libidinais, pode-se dizer que o indivíduo está carente de libido, de amor. Nesse sentido, é válido dizer que uma das possíveis causas para o suicídio é a sexualidade em si: “Quem não abandonou a esperança no amor não renuncia à vida (...) o fato que aciona [o suicídio] é, em cada caso, a falta de amor.” (MASSA; FRANÇA, 2016, p. 293, *apud* OPPENHEIM, 1901, p. 479).

Retornando à análise do romance, é possível afirmarmos que um dos maiores problemas de Florent é, de fato, a falta de amor:

“[...] a única questão é que eu estava sozinho, literalmente sozinho, e não havia o menor prazer na minha solidão nem no funcionamento livre da minha alma, eu precisava de amor, e de amor de uma forma muito concreta” (p. 110).

Esse trecho revela um dos raros momentos no livro onde ainda se percebe uma certa crença na vida. É interessante pensar que a pulsão de morte não o consumiu completamente, que sua vida continua palco e expressão da luta dessas duas forças, ainda que uma delas esteja se expressando mais que a outra.

Na parte final do livro, Florent se espanta com a esperança que ainda lhe resta, mesmo depois de tanto afirmar sua desilusão com os outros e com a vida. Apesar de tudo, ainda possui uma vitalidade, ainda há uma força que o impele à vida. Na busca de um último lugar para ficar, acaba escolhendo um lugar próximo ao hotel onde ficou hospedado anteriormente, onde conheceu a recepcionista Audrey:

“Desisti no momento exato em que me dei conta de que alimentava, em algum lugar, no fundo de mim mesmo, o projeto não formulado de manter contato com Audrey, meu Deus, como é difícil vencer a esperança, como a esperança é tenaz e ardilosa!” (p. 225).

Em “Serotonina”, a ideia suicida aparece de forma categórica; o suicídio é a única possibilidade de libertação que o personagem enxerga, a única saída para ao seu atual e doloroso estado de vida. Suas falas em relação a si mesmo, ao seu corpo e sua estima, revelam uma total desistência por parte dele em relação à vida, tanto em relação a si, quanto às relações humanas:

“[...] os seres humanos me eram cada vez mais indiferentes, para não falar dos casos de pura e simples hostilidade. Tinha tentado me aproximar de alguns [...] acho que fiz um número normal de tentativas, um número padrão, dentro da média, mas por diversas razões (que também já mencionei) nada se concretizou, nada me fez acreditar que para mim ainda houvesse um lugar onde viver, ou um círculo social, ou um motivo” (p. 234).

Já nas primeiras páginas do livro, temos uma noção dos seus pensamentos fúnebres. Enquanto viaja pela Espanha com sua atual esposa, dirigindo numa estrada em alta velocidade, percebe que falta a mureta de proteção em um trecho da rodovia:

“Na entrada da longa curva que dava acesso ao viaduto sobre a Rambla del Tesoro, faltava a mureta de proteção ao longo de uns quinhentos metros; para resolver meu problema bastaria não virar o volante. O declive era muito íngreme nesse ponto e, considerando a velocidade em que eu estava, era de se esperar uma queda perfeita, o carro nem rasparia na parede rochosa, iria se espatifar diretamente cem metros abaixo, um momento de puro terror e depois seria o fim, entregaria minha alma insegura ao Senhor.” (p. 20).

Apertando o volante com as mãos, Florent fecha os olhos pelo que julga ser cinco segundos de “equilíbrio paradoxal e paz absoluta”. Ao chegar perto da curva, no entanto, gira o volante com violência para a esquerda num movimento convulsivo e “totalmente involuntário”. Sua esposa, que estava dormindo, acorda assustada. “Está

tudo bem”, ele diz a ela; “Na verdade eu não estava nada bem; tinha acabado de fracassar em minha segunda tentativa de libertação” (p. 21).

No fim do livro, acredita ter a coragem para finalmente dar cabo à sua vida. Despejado do hotel em que ficava, se vê tendo que procurar um lugar para ficar, assim como “um animal envelhecido, destroçado e sentindo-se mortalmente abatido procura um abrigo onde terminar a vida” (p. 224).

Por fim, acaba comprando um apartamento no alto de uma torre, uma das mais anônimas da região; “lá, pelo menos, tinha certeza de que minha mudança passaria despercebida, não ia provocar nenhum comentário – e meu óbito tampouco” (p. 226). Começa então a pensar nos detalhes práticos para a realização de seu plano:

“Eu pretendia que fosse de noite, para que a vista da esplanada de concreto não me freasse, tinha pouca confiança na minha própria coragem. Na sequência que previ, a evolução dos acontecimentos era breve e perfeita: na entrada do quarto principal, um interruptor me permitia levantar a persiana em poucos segundos. Tentando não pensar em nada, eu ia em direção à janela, abria as janelas, me debruçava e, pronto, assunto resolvido” (p. 233).

Neste ponto, já tendo aceitado plenamente a ideia da morte, Florent faz um último comentário acerca da finitude: “a morte, porém, acaba se impondo, a armadura molecular se fende, o processo de desintegração retoma seu curso” (p. 236). Nesta passagem, Florent parece quase estar se apropriando do conceito freudiano de pulsão de morte, da ideia de retornar ao inorgânico, tendo a clareza de que o objetivo da vida é a morte.

O livro acaba, contudo, nos deixando incertos sobre a concretude de seu suicídio: “Eu ia conseguir, sentia que estava a ponto de conseguir, era a reta final” (p. 235), diz Florent. Algo, no entanto, nos diz que talvez ele nunca irá de fato concretizar sua morte, vivendo num eterno gozo de projetá-la e pensá-la de mil e uma maneiras, postergando e adiando a realização do seu último e derradeiro objetivo.

Não há como saber exatamente que fim leva o personagem. Nos cabe apenas destacar o quão fundo é o buraco em que se encontra, e o quão difícil e penoso é conviver com a depressão.

## Conclusão

“É um comprimido branco, oval e divisível.

Não cria nem transforma; interpreta. O que era definitivo torna-se passageiro; o que era inevitável torna-se contingente. Proporciona uma nova interpretação da vida – menos rica, mais artificial e impregnada de certa rigidez. Não oferece qualquer forma de felicidade, nem sequer um alívio real, sua ação é de outro tipo: ao transformar a vida numa sucessão de formalidades, permite ir tocando o barco. Portanto, ajuda os homens a viverem, ou pelo menos a não morrerem – por um tempo” (HOUELLEBECQ, 2019, p. 236).

Assim como o introduziu, Houellebecq fecha o romance com a descrição do antidepressivo. No entanto, agora Florent apresenta um julgamento sutil em relação ao remédio. Se no início do livro ele se limita a descrever seu funcionamento e a importância dele para manter um funcionamento razoável de vida, agora, à beira do suicídio, ele expressa uma crítica em relação à sua função.

Não podemos negar o efeito do Captorix; é graças a ele que Florent consegue manter uma higiene mínima e “tocar o barco”, como diz acima. Contudo, o que ele questiona neste trecho é sua eficácia enquanto possibilidade de melhora de seu estado de vida. Considerando sua principal queixa, a tristeza, realmente não há mudança; “não oferece qualquer forma de felicidade, nem sequer um alívio real” (p. 236).

Em vias de conclusão, propõe-se aqui pensar a relevância e a função dos antidepressivos no tratamento da depressão, tendo em mente o que foi exposto neste trabalho até este ponto. Isto é, primeiro: tendo a compreensão da depressão enquanto fenômeno complexo e multifatorial, com suas especificidades e características particulares, a diferenciando da melancolia; e, segundo: considerar a noção de saúde construída ao longo desta pesquisa, ou seja, enxergá-la enquanto estado complexo, para além da ausência da doença, assim encarando a depressão não apenas como um sintoma ou problema a ser eliminado, mas também como uma “solução” criada pelo sujeito, válida e digna de escuta.

Portanto, se olharmos uma última vez para nosso personagem e sua queixa final, podemos dizer que o modo como sua depressão foi tratada foi, no mínimo,

questionável. Em nenhum momento do livro Florent vai atrás, ou lhe é oferecido algum outro tipo de ajuda que não a farmacológica.

De nenhuma maneira o que se propõe aqui é negar a eficiência dos antidepressivos e sua importância no tratamento da depressão. É bem perceptível pelo romance como o Captorix tem um efeito marcante em Florent:

“[...] largar o Captorix, nem que fosse por um dia, me parecia inconcebível. Não se pode deixar o sofrimento aumentar além de certo grau, do contrário a gente faz qualquer coisa, bebe Diabo Verde e os nossos órgãos internos, compostos das mesmas substâncias que normalmente entopem as pias, se decompõem em meio a dores atrozes; ou então você se joga embaixo do metrô e acaba com duas pernas a menos e os colhões em picadinho, mas ainda vivo” (p. 235).

Entretanto, é um fato que os antidepressivos produzem efeitos colaterais indesejáveis. Como bem exemplificado pelos trechos do livro que foram apresentados neste trabalho, ao tomar a medicação:

“o sujeito sente que a vida ‘perdeu sabor’, tudo tem ‘gosto de papelão’, e o mundo parece ser feito de ‘cenários de filme tipo B’. A boca fica seca, a libido diminui, a pessoa sente que está ‘funcionando bem’, mas que os picos e as oscilações que dão o ‘tempero’ da existência desaparecem. Tudo fica médio, mediano, medíocre, nem muito intenso pra baixo, nem tão intenso pra cima. O humor fica ‘regulado’ (DUNKER, 2021, p. 135).

Deve-se tomar cuidado, no entanto, para não fazer apologia ao sofrimento; às vezes, esse estado “regulado” pode ser muito melhor do que, nos casos mais graves, como o de Florent, sofrer intensamente, ficar paralisado e se deixar levar pela depressão a ponto de não conseguir ter uma vida minimamente funcional.

Contudo, para que não se cristalize nessa posição, reitera-se aqui a importância de não se fechar à uma das múltiplas saídas para o fenômeno da depressão. Podemos e devemos usar de todos os recursos que estão ao nosso alcance: “psicoterápicos, psicanalíticos, farmacológicos, laborterápicos, nutricionais, e por assim em diante” (DUNKER, 2021, p. 128). Em especial, se faz aqui um apelo ao valor e à relevância que a psicoterapia pode ter, não só para o sujeito depressivo, mas para qualquer um que se encontra em algum grau de sofrimento.

Assim, nos resta pensar de que maneira podemos nos beneficiar do poder dos antidepressivos de uma forma que não cause a inibição e o aprisionamento do sujeito. Afinal, até que ponto “transformar a vida numa sucessão de formalidades” é uma alternativa válida? Até que ponto tornar a vida “menos rica, mais artificial e impregnada de certa rigidez” é uma solução para um fenômeno tão complexo como a depressão?

## Referências

- ALMEIDA, Alexandre. A depressão para Winnicott. Disponível em: [https://open.spotify.com/show/0yD2Jqfn9BToiaGPoyX9Hb?si=rd6\\_Gb3TQ4-1CaNxGNzS5g&nd=1](https://open.spotify.com/show/0yD2Jqfn9BToiaGPoyX9Hb?si=rd6_Gb3TQ4-1CaNxGNzS5g&nd=1) Acesso em 15 jun. 2022.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014. (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- ASSUMPÇÃO, Gláucia; OLIVEIRA, Luciele; SOUZA, Mayra. DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA CORRELAÇÃO. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 3, n. 5, p. 312-333, 7 mar. 2018.
- AUSTER, Paul. “Conversa com Bial”. 2019 Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/7892099/> Acesso em: 15 jun. 2022
- AUSTER, Paul. “Literatura para entender o mundo”. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HBq67m2FXOU>. Acesso em 15 jun. 2022
- AUSTER, Paul. “Por que você precisa de histórias”. 2019. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=UJS3i4XoEds&ab\\_channel=Fronteiras do Pensamento](https://www.youtube.com/watch?v=UJS3i4XoEds&ab_channel=Fronteiras%20do%20Pensamento). Acesso em: 15 jun. 2022
- AUSTER, Paul. *A Invenção da Solidão*. 1982. São Paulo: Companhia das Letras, 1999
- AUSTER, Paul. *Desvarios no Brooklyn*. 2005. São Paulo: Companhia das Letras, 2005
- BARBOSA, Fabiana; MACEDO, Paula; SILVEIRA, Rosa. Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011.
- BARTHES, Roland. *Leçon (1978)*. Le Seuil, 2015
- CICCONI, Soraia. *Criatividade na obra de D. W. Winnicott*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2013.
- DIAS, Elsa Oliveira. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Nat. hum.*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-46, jun. 2008. In “Winnicott na Escola de São Paulo”, Elsa Oliveira Dias e Zeljko Loparic (orgs.) - DWW Editorial, 2011. p. 193-210
- DUNKER, Christian. Qual a relação entre melancolia e depressão? 2016. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=41kGuYcG2eA&ab\\_channel=ChristianDunker](https://www.youtube.com/watch?v=41kGuYcG2eA&ab_channel=ChristianDunker) Acesso em 15 jun. 2022.
- DUNKER, Christian. *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta, 2021.

DURSO, Saulo. Saúde e doença em Winnicott. 2018. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=G2MYt9Swes&t=104s&ab\\_channel=SauloDursoFerrreira](https://www.youtube.com/watch?v=G2MYt9Swes&t=104s&ab_channel=SauloDursoFerrreira) Acesso em 15 jun. 2022.

DURSO, Saulo. Winnicott e as depressões. 2021. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=tz1TkICZWVI&t=2s&ab\\_channel=SauloDursoFerrreira](https://www.youtube.com/watch?v=tz1TkICZWVI&t=2s&ab_channel=SauloDursoFerrreira) Acesso em 15 jun. 2022.

FORLENZA, Orestes; MIGUEL, Euripedes. Clínica Psiquiátrica de Bolso. Editora Manole Ltda, 2014.

FRANCA, Rafaela; PASSOS, Maria; ROCHA, Zeferino. Os sentidos da saúde na obra de Donald Winnicott. Estud. psicanal., Belo Horizonte, n. 42, p. 97-106, dez. 2014.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). Companhia das Letras: Obras Completas, volume 14, 2010

FREUD, Sigmund. Introdução ao narcisismo (1914). Companhia das Letras: Obras Completas, volume 12, 2010.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia (1917). COSACNAIFY, 2012

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização (1930). Penguin Classics, 2011

FULGENCIO, Leopoldo. A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott. Paidéia, Ribeirão Preto, 2011.

GALVAN, Gabriela Bruno; MORAES, Maria Lúcia Toledo. Os conceitos de verdadeiro e falso self e suas implicações na prática clínica. Aletheia, Canoas, n. 30, p. 50-58, dez. 2009.

HOUELLEBECQ, Michel. Serotonina. 2019. Rio de Janeiro, Alfaguara, 2019

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

LEJARRGA, Ana Lila. O amor em Winnicott. Rio de Janeiro: Garamond, 2012

MARTINS, André. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health, Interface -Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

MASSA, Elisa; FRANÇA, Cassandra. Suicídio e melancolia: seguindo as trilhas das primeiras elaborações psicanalíticas. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2016, v. 19, n. 2, pp. 287-302.

MENDES, Elzilaine; VIANA, Terezinha; BARA, Olivier. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2014, v. 30, n. 4, pp. 423-431.

MENON, Isabella. "Psicólogos e psiquiatras têm agenda cheia na pandemia", matéria da Folha de São Paulo, publicada em 17 de abril de 2022.

MORAES, Ariadne. A contribuição winnicottiana para a teoria e a clínica da depressão. 2005. 328 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

NETO, Alfredo. A pesquisa psicanalítica. J. psicanal., São Paulo, v. 39, n. 70, p. 279-288, jun. 2006

OPAS. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. 2022. Disponível em: [https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).). Acesso em: 15 jun. 2022

PHILLIPS, Adam. Winnicott, 1988. Editora Ideias & Letras, 2021

PIRES, Felipe. Criatividade no processo de amadurecimento em Winnicott. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2010.

SIQUEIRA, Érica. A depressão e o desejo na psicanálise. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007.

STELLET, Rebeca; CAMPISTA, Valesca. O FENÔMENO DO SUICÍDIO À LUZ DA PSICANÁLISE. Conhecendo Online, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 125–145, 2020.

WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade (1971). São Paulo: Ubu Editora, 2019.

WINNICOTT, D. W. O valor da depressão (1963). In: “Tudo começa em casa”. Martins Fontes, 1999

WINNICOTT, D.W. Nota sobre normalidade e ansiedade (1931). In: “Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas”. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 57-76.