



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de Investigación

2022

Livia Herculano & Leonardo Danziato

**O sujeito silenciado pelo discurso médico: um estudo sobre o diagnóstico
de depressão na perspectiva da psicanálise**

Revista Affectio Societatis, Vol. 19, N. ° 37, julio-diciembre de 2022

Art. # 1 (pp. 1-25)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN



O SUJEITO SILENCIADO PELO DISCURSO MÉDICO: UM ESTUDO SOBRE O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE¹

Livia Herculano²

Universidade de Fortaleza, Brasil

liviafmenezes@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1789-9385>

Leonardo Danziato³

Universidade de Fortaleza, Brasil

leonardodanziato@unifor.br

<https://orcid.org/0000-0002-8870-9123>

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v19n37a01>

Resumo

O diagnóstico de depressão é um dos mais prevalentes na contemporaneidade, com incidência considerada epidêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020). A psicanálise considera que o estudo da depressão deve ser realizado na clínica do um a um, analisando também as perspectivas socioculturais em que o sujeito se encontra inse-

1 O presente artigo deriva da dissertação de mestrado de Lívia Freire de Menezes Herculano intitulada “O sujeito silenciado pelo discurso médico: considerações psicanalíticas acerca do diagnóstico de depressão na contemporaneidade” realizada na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil, desenvolvida no período de 2018 a 2020.

2 Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. Psicóloga com atuação em clínica particular. Possui interesse nas áreas relacionadas a subjetividade e seus adoecimentos.

3 Pós-Doutor pela Université Paris 7 – Diderot. Doutor e Mestre em Sociologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia de Universidade Federal do Ceará. Graduado e licenciado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil.

rído. Este artigo, resultado de uma pesquisa de mestrado, propõe uma discussão acerca do diagnóstico de depressão na perspectiva da psicanálise com a apresentação de uma vinheta clínica de um paciente atendido em clínica particular. O debate

proposto versa em torno dos discursos lacanianos e a contribuição que eles podem fornecer para a clínica contemporânea.

Palavras-chave: depressão, diagnóstico, psicanálise.

EL SUJETO SILENCIADO POR EL DISCURSO MÉDICO: UN ESTUDIO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL PSICOANÁLISIS

Resumen

El diagnóstico de depresión es uno de los más prevalentes en la contemporaneidad, con una incidencia considerada epidémica por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). El psicoanálisis considera que el estudio de la depresión debe realizarse en la clínica de forma individual, analizando también las perspectivas socioculturales en las que se inserta el sujeto. Este artículo, resultado de una investigación de maestría, propone

una discusión sobre el diagnóstico de la depresión desde la perspectiva del psicoanálisis con la presentación de una viñeta clínica de un paciente atendido en una clínica privada. El debate propuesto gira en torno a los discursos lacanianos y la contribución que pueden aportar a la práctica clínica contemporánea.

Palabras clave: depresión, diagnóstico, psicoanálisis.

THE SUBJECT SILENCED BY MEDICAL DISCOURSE: A STUDY ON THE DIAGNOSIS OF DEPRESSION FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOANALYSIS

Abstract

The diagnosis of depression is one of the most prevalent in contemporary, with an incidence considered

an epidemic by the World Health Organization (WHO, 2020). According to psychoanalysis, the study of

depression should be carried out in the clinic individually but also by analyzing the sociocultural perspectives in which the subject is inserted. This paper, which is the result of a master's research, proposes a discussion on the diagnosis of depression from a psychoanalytic perspective.

It also presents a case report of a patient treated in a private clinic. The discussion focuses on the Lacanian discourses and their contribution to contemporary clinical practice.

Keywords: depression, diagnosis, psychoanalysis.

LE SUJET RÉDUIT AU SILENCE PAR LE DISCOURS MÉDICAL : UNE ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION DANS UNE PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE

Résumé

Le diagnostic de dépression est l'un des diagnostics contemporains les plus fréquents, avec une incidence considérée comme épidémique par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020). La psychanalyse considère que l'étude de la dépression doit être menée dans la clinique sur une base individuelle, en analysant également les perspectives socioculturelles dans lesquelles le sujet est inséré. Cet article, résultat d'une recherche de

master, propose une discussion sur le diagnostic de la dépression dans une perspective psychanalytique avec la présentation d'une vignette clinique d'un patient traité dans une clinique privée. Le débat proposé porte sur les discours lacaniens et la contribution qu'ils peuvent fournir à la pratique clinique contemporaine.

Mots clés : dépression, diagnostic, psychanalyse.

Recibido: 10/07/2021 • Aprobado: 22/08/2022

Introdução

A depressão alcançou um nível de epidemia mundial (OMS, 2020) e apresenta-se como um mal que não possui um enquadre único, mesmo nos catálogos da psiquiatria. Inúmeros sintomas são categorizados sob a égide da depressão, que se tornou um quadro clínico inespecífico e falho de significação. Há, assim, a existência de uma pluralidade de sintomas e significados diferentes para cada sujeito diagnosticado com depressão. Na contemporaneidade, é possível observar situações em que o indivíduo não consegue intitular seu sofrimento, descrevendo-o como um mal generalizado, não suscetível a uma nomeação.

O termo “depressão” supre, diante deste panorama, a falta de palavras específicas que pudessem designar uma determinada forma de sofrimento. São quadros, muitas vezes, nomeados como transtornos depressivos, seguindo a lógica da psicopatologia psiquiátrica. A aplicação do termo “transtorno” para nomear diversas manifestações dos sujeitos tornou-se o dispositivo nosográfico dominante e coloca todos os afetos dolorosos em um mesmo elenco, sob o nome de depressão (Christaki & Batista, 2014). Delouya (2003) propõe existir um conluio entre o que a psiquiatria descritiva almeja e a queixa do deprimido, que busca uma nomeação psiquiátrica, já que não consegue nomear e sustentar o seu mal-estar.

Solomon (2002), a partir de sua própria experiência pessoal com o sofrimento depressivo, afirma que o diagnóstico de depressão não é fácil, pois depende, em grande parte, das metáforas escolhidas pelo sujeito ao nomear o sofrimento, sendo diferentes das elegidas por outro para falar de seu adoecer, evidenciando, assim, a singularidade dessa forma de sofrer. O autor também pontua como os profissionais – médicos, psicólogos, psicanalistas – não parecem estar preparados para uma forma de sofrimento que se apresenta como múltipla e indefinida.

Na prática clínica, observamos como o diagnóstico de depressão se manifesta em sujeitos com características e histórias singulares e

que apresentam discursos diferentes uns dos outros. Em muitos momentos, a dificuldade de nomeação desse sofrimento é facilmente constatada, visto que os sujeitos não conseguem encontrar palavras que pudessem dar contorno ao que sentem, apegando-se a nomenclatura designada pela psiquiatria. A ausência de palavras específicas para representar uma manifestação do sofrer psíquico, que resiste à nomeação, parece implicar a dificuldade da sustentação do diagnóstico de depressão e continuidade do uso do termo de maneira indiscriminada.

Esta conjuntura foi a responsável para a elaboração deste artigo, que iniciamos com a apresentação de uma vinheta clínica de um paciente atendido por um dos autores. Na vinheta, é possível perceber a dificuldade do sujeito em nomear o seu sofrimento e como a ordem médica está disposta na sociedade pós-moderna em fornecer um diagnóstico que silencia o sujeito. Além disso, alguns aspectos relacionados ao sofrimento depressivo serão debatidos sob a luz da teoria psicanalítica e dos discursos lacanianos.

Paciente Benjamin

O paciente é um jovem adulto que reside com os pais. Tem um irmão mais velho que mora em outra cidade. O paciente informa, logo no início dos atendimentos, que possui depressão desde a adolescência, diagnosticada por médicos. Conhece diversos psiquiatras e faz a lista, com satisfação, dos medicamentos que toma ou que já tomou, explicando com detalhes o motivo das trocas dos remédios. Além do acompanhamento com um psiquiatra, Benjamin procurava, continuamente, informações acerca da depressão em livros, revistas, vídeos.

O diagnóstico de depressão para Benjamin tornou-se parte de sua identidade, colando-se no discurso médico e em suas propostas de cura. Acredita, vigorosamente, no poder das medicações e relatou, diversas vezes, como os medicamentos lhe ajudaram. “Acordei com um aperto no peito... ontem tive consulta no psiquiatra, a dose foi ajustada... até meu organismo se adaptar, fico com essa sensação,

mas já sei que é assim”. A medicação contribui, neste paciente, para o apagamento do conflito psíquico do sujeito. Sob o efeito do fármaco, Benjamin não se indis põe consigo e não interroga os motivos do seu mal-estar. Como relatam Kehl (2009) e Delouya (2003), o sujeito tornou-se objeto para o seu remédio e a procura pela medicação como salvação envolve a eliminação da dimensão psíquica, delatando um verdadeiro conluio entre a queixa do deprimindo e a descrição psiquiátrica. Esse conluio é facilmente percebido no caso de Benjamin.

A tendência da medicina e da psiquiatria é de patologizar os sintomas e os afetos indiscriminadamente para que estes possam ser controlados e medicalizados. Entende-se que para a ordem médica o sujeito não existe e as singularidades são apagadas, sendo ele disponibilizado como objeto para este campo (Tavares & Hashimoto, 2008). No contemporâneo, observa-se sujeitos em busca de uma denominação para seu sofrimento, o que pode ser facilmente encontrado nos manuais psiquiátricos. A prática diagnóstica alcançou um status de verdade absoluta, sendo esperada e até desejada pelos sujeitos. Os efeitos da medicalização para os sujeitos podem ser entendidos como uma banalização da existência, uma naturalização das formas de sofrer e uma culpabilização dos indivíduos pelo seu adoecer. Isso tudo os leva a uma busca ativa pela nomeação do sofrimento (Silva & Canavêz, 2017).

Benjamin alega que a depressão lhe acompanha há muitos anos: “não fui uma criança feliz... lembro no colégio de ver os outros brincando e eu ficar só olhando... de longe”; “Quando tentava brincar, me faziam de brinquedo, faziam chacota do meu jeito”. O paciente refere-se a si como o “patinho feio” da família. Relata que seu irmão e seus primos obtiveram certo sucesso pessoal e profissional, e ele continua sendo “um nada”, “vivendo debaixo da asa da mamãe”. Atormenta-se e prefere se isolar, com pensamentos que se alternam entre raiva contra si e a culpa por não ter o mesmo sucesso que o irmão. Em alguns momentos, distancia-se até deste irmão, figura que considera como exemplo a ser seguido. É possível perceber que a história do sofrimento de Benjamin se confunde com a sua história de vida, não existindo um antes e depois do diagnóstico de depressão.

Benjamin revela como se sente “desencaixado” das situações que se insere, seja na faculdade, seja na vida pessoal: “me sinto um peixe fora d’água, não sei muito bem o que falar, como agir”. Está na faculdade há mais tempo do que gostaria, porém não consegue se formar, segue reprovando disciplinas e postergando a conclusão do curso. “Todos meus colegas já se formaram, tem trabalho, alguns passaram em concurso. E eu na mesma vida de, sei lá, 6 anos atrás. Me sinto mal com a situação, tenho vergonha, mas nem sei como sair dessa”. Benjamin tampouco consegue adequar-se às cobranças de seu estágio, entrando constantemente em conflito com seu supervisor. Sente-se “pressionado” e relata ter receio de como será quando terminar o curso e “precisar” entrar no mercado de trabalho.

Já a relação com os pais era conflituosa, pois estes se mostravam muito dependentes, física e emocionalmente, de Benjamin em diversos aspectos da vida: não dirigiam mais e não conseguiam administrar as próprias finanças. Sente-se sobrecarregado e uma de suas falas recorrentes é: “não tenho tempo para mim”. Além disso, a mãe não permitia que o paciente tivesse uma vida particular, na qual ela não participasse. Várias situações de brigas se alongaram por muitos anos: o guarda-roupa de Benjamin era metade da mãe, ela não aceitava o relacionamento amoroso do filho, gerava discussões com a namorada sem motivo algum e controlava seus horários de saída e chegada. Diante desta situação, ele alternava seus sentimentos em relação à mãe: por horas tinha “dó”, pois ela era doente e “precisava” dele; em outros momentos, sentia-se sufocado por sua mãe voraz: “tem horas que quero gritar, ir embora... viver minha vida... [o irmão] foi embora, tem a vida dele, a esposa, os filhos... e eu?”

Para as discussões teóricas deste estudo uma das obras que utilizamos foi *Estética da melancolia* de Lambotte (2000) e é importante destacar que a autora agrupa, no conceito de melancolia, tanto manifestações graves como também estados depressivos banais, visto que ambas as formas de adoecimento psíquico, a melancolia e a depressão, tratam de uma patologia do narcisismo, como veremos em algumas passagens citadas neste artigo.

O “ser independente” e “separar-se da mãe” são significantes que se repetem na fala deste sujeito. Ele fala: “preciso sair de casa, meu irmão já me aconselhou diversas vezes. Minha mãe não me deixa respirar, quer saber todos meus passos”. Neste cenário, identifica-se com o irmão e pensa em mudar de cidade, tal como o irmão o fez. Para o entendimento deste sentimento de aprisionamento e sua correlação com o mecanismo de separação, Lambotte (2000) explica que:

Por falta de um olhar próximo que lhe teria significado seu contorno, a criança não pôde, naquele estádio do espelho, nem cair na ilusão da semelhança do duplo, nem assumir a verdade do erro. Engolido na falha da identificação originária, o melancólico está condenado ou a errar à margem de seus irmãos ou a agarrar-se a sinais de reconhecimento que ele teria elegido em um deles. Por isso, quando este referente é levado a desaparecer, o melancólico vê-se remetido ao vazio de sua identidade e ao mero recurso do canibalismo arcaico. (Lambotte, 2000, p. 41).

O paciente afirma ainda sentir-se constantemente cansado, entediado. Diz não ter sentido algumas coisas da vida: “acordo, vou ao estágio, estudo, volto pra casa... pra que mesmo?” Quando tem férias da faculdade fala que sua vida se torna ainda mais sem significado. Busca diversas atividades para preencher o tempo: aulas de dança, andar de bicicleta e artes marciais. Se ficar em casa com a cabeça “vazia”, entristece-se. Procura diferentes distrações, mas o seu sentimento de vazio sempre retorna, pois nada lhe completa.

Como sugere Lambotte (2000) a inibição é um dos principais sintomas do adoecer melancólico e do depressivo, tendo sido relatada desde a Antiguidade como uma das manifestações características deste sofrimento. Os sujeitos parecem se condenar a uma inatividade, certos, a priori, de que nada podem e que estão fadados ao fracasso. O paciente afirma: “gosto muito de rotina” e o que acontece diferente do que foi programado lhe deixa “transtornado”. As quebras de rotinas lhe acarretaram dores, inclusive físicas, quando, então, utiliza-se de medicamentos para dor e relaxantes musculares. Diante de todo suas dores e mal-estar, a experiência de satisfação que Benjamin possui por este cenário também é possível de ser percebida: “parece que minha vida

será essa amargura sem fim. Não tenho muitas esperanças de que esse sentimento passe, mas tudo bem, estou acostumado a tanta paulada”.

Benjamin possuía uma namorada de longa data por quem dizia nutrir profundos sentimentos, porém sua relação com ela era de dependência e não conseguia tomar decisões simples do dia a dia sem consultá-la. Quando ela terminou o namoro, sua depressão voltou com “força total”, não sabendo o que fazer, com quem conversar. Sentiu-se “desnorteadado” e, por isso, marcou uma nova consulta com o psiquiatra para ajustar as medicações. Sempre que alguma crise ocorre, recorre ao médico para que o remédio seja ajustado ou mesmo trocado.

Esse trecho clínico demonstra o que Kehl (2009) denomina como a regressão ante a angústia, comum entre os depressivos, que preferem escolher o caminho da tristeza e da impotência, já que o consideram mais seguro. Ao consultar o médico para mudar a dose do remédio, o paciente não se responsabilizava por sua dor, preferindo pensar que um ajuste da medicação lhe faria voltar novamente ao seu estado anterior.

Outro aspecto importante na vida de Benjamin refere-se à religião, visto que frequenta, semanalmente, a igreja e possui proximidade com o padre de sua paróquia. Seus discursos sempre possuíram elementos como “Deus quis assim” ou “preciso ser forte, pois Deus me escolheu para aguentar”. Também faz uma analogia com Jesus, alegando que “se Jesus sofreu o que sofreu para salvar a humanidade, quem sou eu para reclamar da minha vida?” Gosta de escutar os conselhos que o padre lhe dá e, por vezes, mostra ou fala das passagens da Bíblia lidas na última missa, divagando sobre que lição Deus está querendo lhe mostrar.

A religião é, desse modo, um aspecto recorrente em sua fala, mostrando-se como um amparo, ou uma esperança de salvação. Este fato denota a fortaleza da instituição religiosa mesmo na sociedade contemporânea, que possui símbolos enfraquecidos e que considera o discurso universitário e o discurso da ciência como os solucionadores de todos os males. Freud (2020/1930) já demonstrava como a religião

se propunha como o único saber que responderia acerca dos propósitos da vida, oferecendo-se como aquilo que serve ao sujeito como possibilidade de consolo frente aos sofrimentos.

Outro aspecto possível de ser analisado refere-se ao tempo. As falas de Benjamin eram lentas, pausadas e, com muita frequência, ele divagava e perdia-se no que falava. A lentidão é observada na clínica com muitos pacientes depressivos (Fédida, 2002; Kehl, 2009) e pode sinalizar uma inadequação nos tempos acelerados da contemporaneidade. De fato, ele não se adequava a maioria dos ambientes que se inseria e relata que sempre foi visto, até pelos amigos próximos, como o “esquisitão”. O seu tempo, considerado mais lento para a contemporaneidade, refletia diretamente em sua dificuldade de se formar na faculdade, estando bem “atrasado” em relação a outros colegas de sua mesma idade. Kehl (2009) afirma que o tempo do sujeito depressivo é moroso, não funcionando segundo a lógica acelerada da contemporaneidade. Já sobre o silêncio e a existência de uma precária imaginação nos sujeitos depressivos, Lambotte (2000) declara:

Interpretar o mundo com a grade de projeção constituída pelos traços do duplo ideal, de modo a obter o gozo, não é da competência do melancólico; a imaginação não foi suficientemente forte para permitir que se iludisse com as apetências do mundo. Dele voltou silencioso e mortificado, vencido por Kronos que libertou cedo demais a Verdade, sua filha. (p. 139).

O vazio de Benjamin não lhe permitia fantasiar, estava sempre muito apegado a palavras literais, com dificuldade em realizar metáforas. A carência de simbolização é, assim, evidente, além de uma dificuldade em construir uma cena fantasmática. A fala do paciente gira, em muitos momentos, na narração banal dos sintomas corporais biológicos. E quando convocado a se colocar em suas falas, Benjamin indica um não entendimento, negação e até recusa.

No início dos atendimentos, não tinha grandes planos para o futuro, parecendo não se permitir sonhar com o que poderia construir. Ao longo dos anos, começou a falar que queria ir morar em outra cidade, passar em um concurso, pois só assim poderia “viver a sua

vida". Este seu desejo assemelha-se ao percurso que o irmão realizou, afastando-se dos problemas dos pais e conseguindo ter uma vida particular quando for morar em outro local.

Os discursos

O entendimento da depressão na contemporaneidade pode ser feito através da análise das discursividades, sendo um aspecto que a psicanálise possui para transgredir e furar o discurso médico. Propomos, desse modo, uma discussão que verse acerca dos discursos e de como a movimentação dos discursos contribui na clínica da depressão na atualidade.

Na lógica da pós-modernidade, com o saber médico alçado ao status de verdade, e o discurso médico à condição de dominante, é relevante a compreensão de como a prática diagnóstica cola na verdade que o sujeito possui acerca de si. A sua identidade confunde-se com um diagnóstico, uma nomenclatura, uma numeração, além de promover que o sujeito reproduza o discurso médico sem criticidades. Danziato (2009) retrata como os discursos de uma época são produzidos pela forma com que o real da verdade e do corpo é tratado. Um discurso de um período da história não necessariamente produzirá os mesmos efeitos e consequências se ocorrer em outro momento sob condições diferentes. Considerar o sofrimento depressivo como predominante da atualidade envolve, necessariamente, pensar como as condições de possibilidade sócio-históricas permitiram que este sofrimento surgisse e, além disso, alcançasse um nível de epidemia mundial. Do mesmo modo, entender o saber médico e a lógica diagnóstica como imperativos envolve uma reflexão acerca das práticas discursivas e da sua atuação frente às subjetividades.

É importante considerar que o sujeito estudado pela psicanálise é o sujeito do inconsciente, dividido, e que se caracteriza pela possibilidade constante do vir a ser (Coelho, 2006). A constituição do sujeito ocorre através de uma relação com o significante, na qual o sujeito é representado junto a outro significante. O sujeito se constitui, portan-

to, pela inserção em uma ordem simbólica pré-existente, em que há um sistema de relações anteriores, visto que o Outro lhe é anterior. Lacan (1998/1949) propõe o estádio do espelho como formador do Eu, exatamente para considerar a importância do outro e da linguagem no processo de subjetivação. Sobre a importância desse estádio:

O estádio do espelho é um drama cujo impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação – e que para o sujeito, preso no logro da identificação espacial, maquina os fantasmas que se sucedem de uma imagem despedaçada do corpo a uma forma que chamaremos ortopédica de sua totalidade – e à armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que vai marcar com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (Lambotte, 2000, pp. 81-82).

É no contato com outrem, portanto, que o sujeito irá apossar-se de sua imagem, e a linguagem possui um papel central neste processo. Ela deve ser considerada como o que circunda e contorna a existência do sujeito, fazendo-lhe borda, portanto, é através da linguagem que o inconsciente pode advir e o gozo é organizado e estruturado em uma cadeia de símbolos Lacan (1992/1969-1970) ensina que “mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (p. 11).

Situar o sujeito no campo da linguagem, não do pensamento, proporciona uma entendimento a partir do nível do ser, não de um ente. Lacan (1992/1969-1970) considera a precedência da linguagem sobre o pensamento, diferente do que é posto pela racionalidade científica. Para a psicanálise, o sujeito não é agente de sua história, há um Outro que lhe antecede e um sistema de símbolos anteriormente estruturado. Torezan & Aguiar (2011) afirmam que o sujeito é determinado pela função simbólica e a posição do sujeito frente ao Outro é mediada pelas regras e convenções do simbólico. É a linguagem que baliza a relação do sujeito com o outro, porém, nesta relação, há sempre algo que escapa, o que proporciona que o sujeito exista a partir de uma perda objetual, que deve ser entendida como uma hiância, um buraco aberto que lhe é constitutivo (Couto et al., 2018).

Já os discursos são definidos por Lacan (1992/1969-1970) enquanto laços sociais, e estes podem ser entendidos através da estrutura de linguagem. Um discurso é, com isso, um tipo de laço social que se define como uma estrutura sem palavra. São, portanto, formas de uso da linguagem como vínculo social, fundadas na estrutura significante. Como diz Coelho (2006) as palavras são ocasionais, diferente do discurso, que é uma estrutura necessária e que perdura na relação de um significante com outro.

A teoria dos discursos foi proposta por Lacan (1992/1969-1970) considerando quatro formas de organização do gozo no laço social. Estas formas são referenciadas pelo que Freud denominou de “profissões impossíveis”, por tentarem responder ao chamado do real, são elas: governar, educar e psicanalisar. Lacan associa estes três fazeres, respectivamente, ao discurso do mestre, ao discurso universitário e ao discurso do analista. Uma quarta impossibilidade é adicionada por Lacan, que seria o “fazer desejar”, como um outro discurso, o da histérica (Dias, 2017). É essencial a compreensão de que o discurso implica, necessariamente, uma referência ao Outro, ao mesmo tempo em que existe uma impossibilidade de haver uma ligação entre o sujeito e o Outro (Brandão, 2019). Os discursos interferem, assim, na dimensão do desejo e, conseqüentemente, nos modos de subjetivação.

Lacan (1992/1969-1970) explica que os discursos possuem lugares fixos ocupados por quatro letras. Os lugares são: do *agente*, que é o lugar dominante do discurso e que organiza a produção discursiva; do *outro*, que é o lugar de dominado, a quem o discurso se dirige; da *verdade*, que é o lugar que sustenta o agente do discurso; e da *produção*, que é o resultado que o discurso produz, ou seja, é aquilo que resta. Já as quatro letras são: S_1 , o significante mestre; S_2 , o saber; S_3 , o sujeito barrado; e o objeto *a*, a causa do desejo.

O discurso do mestre é um discurso imperativo que apregoa o poder e a ordem. É, portanto, o discurso predominante nas instituições. Ele não está interessado em saber, mas em ordenar para que algo seja produzido, o seu dominante é a Lei, e, assim, o outro deve produzir objetos de gozo para o mestre. É um discurso que não possibilita a

articulação da fantasia e as subjetividades devem ser excluídas para que a objetividade científica esteja assegurada (Maesso, 2014). Sobre este discurso, Lacan (1992/1969-1970) profere: “Um verdadeiro senhor, vimos isto em geral até uma época recente, e se vê cada vez menos, um verdadeiro senhor não deseja saber absolutamente nada – ele deseja que as coisas andem” (p. 21).

É a partir do discurso do mestre que se obtém os outros três discursos, através de um quarto de giro. O discurso da histérica é aquele que interroga e desafia a autoridade do mestre, tendo o seu sintoma como dominante e pondo-se no lugar do desejo. Lacan (1992/1969-1970) pontua que: “É em torno do sintoma que se situa e se ordena tudo o que é do discurso da histérica” (p. 41). Ela almeja uma interpretação para o seu sintoma, reconhecendo a sua falta e procurando, incansavelmente, preenchê-la. Para isso, a histérica institui alguém como mestre, quem deteria o significante e quem deveria produzir um saber sobre o seu desejo. Ela coloca em questão a sua posição de sujeito e o desejo é posto como agente do discurso. Coelho (2006) afirma que este discurso é de extrema relevância em um processo de análise, pois o sujeito, ao se confrontar com sua falta de saber, questiona quem ele é e qual o seu desejo.

Lacan (1992/1969-1970) assinala que o discurso do analista é feito, essencialmente, do objeto *a*, sendo aquilo que é desconhecido ao sujeito, porém essencial. Neste discurso, o sujeito é instigado a produzir um saber que ele, inconscientemente, já sabe. Não é um saber científico, mas é da ordem do enigma e que produz significantes particulares. O discurso do analista rechaça, assim, a posição de mestre, e propõe que o outro produza um significante que estructure o seu sintoma. Para Lacan (1992/1969-1970): “o discurso do analista – ele deve se encontrar no polo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar” (p. 66).

O discurso universitário possui o saber como dominante e, desse modo, exclui o desejo de saber, visto que ele já sabe tudo e não permite que emerga o desejo. É um discurso rígido, que espera padronizar e uniformizar tudo o que for possível e eliminar o que não está sob sua égide. O outro deve produzir a sua divisão, reconhecendo a sua fal-

ta de saber. Neste discurso, ocorre a substituição de algo que estava na posição do discurso do mestre como um não-saber-de-tudo, para algo que tudo-sabe (Sanada, 2004). Couto et al. (2018) afirmam que o discurso universitário é uma síntese de como o saber circula no laço social da atualidade, e parece ser o que mais se assemelha ao sistema econômico e científico vigente (Sanada, 2004).

O discurso universitário imprime seu poder a partir da crença no saber acéfalo, saber com pretensões integrais, que não deixar lugar ao sujeito. Nessa lógica discursiva, são as coisas que governam, cabendo ao sujeito silenciar, diante dessa fala absurda, que pretende prescindir de um sujeito. (Silva, 2018b, p. 179).

Podemos considerar que o discurso da ciência operaria como um discurso universitário, já que a ciência se tornou a principal representante do discurso social, com a função de nomear os sujeitos e produzir objetos que prometem suturar a falta (Sanada, 2004). Para Lacan, a ciência é responsável pelo mal-estar na civilização, pois o que ela propaga é uma assepsia subjetiva (Torezan & Aguiar, 2011), sem espaço para as singularidades, acreditando possuir as respostas para todas as questões dos sujeitos. O objetivo deste discurso é o de produzir um sujeito em consonância com o saber teórico, não sendo necessário associá-lo com significantes da história individual (Brandão, 2019). Ao propor uma universalização dos conceitos, a ciência escamoteia a falta dos sujeitos por dois caminhos: na forma como lida com o corpo, tomado meramente como organismo, e na equivalência proposta entre sujeito e objeto, em que instrumentos são produzidos para subtrair o sujeito de seu saber (Sanada, 2004).

Já o discurso do médico pode ser compreendido como uma alternância entre o discurso do mestre e o discurso universitário (Brandão, 2019). Ao estabelecer um diagnóstico, propor um tratamento ou prever um prognóstico, o médico encontra-se na posição de mestre, o qual, não necessariamente, detém o saber, mas possui o poder de falar acerca do sofrimento do sujeito e de ordenar as condutas a serem tomadas. Ao oferecer a possibilidade de cura para o sujeito, a partir de seu saber, que agora ele detém, o médico encontra-se na posição do discurso universitário, que crê tudo saber.

No desenvolvimento de sua obra, Lacan (1978) cita um quinto discurso, o do capitalista, que se estrutura na passagem do capitalismo de produção para o capitalismo de consumo, vigente na sociedade atual (Dias, 2017). Existe uma discussão, no seio da psicanálise, se o discurso capitalista seria efetivamente um quinto discurso, visto que ele não forma laço social. Podemos, neste estudo, considerá-lo como não sendo um dos quatro discursos radicais, por não apresentar as impossibilidades da estrutura. Além disso, é importante o entendimento de que o discurso capitalista é uma variação do discurso do mestre, porém, sem a impossibilidade características dos outros discursos, autorizando o encontro do sujeito com sua verdade. Lacan (1992/1969-1970) propõe que: “(...) o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalista, é uma modificação do lugar do saber” (pp. 29-30). Neste discurso, não há relação entre o agente e o outro, o que representa uma ruptura dos laços sociais.

Os sujeitos, no discurso capitalista, são convidados a se relacionarem com objetos mercadoria, referenciados pelo dinheiro, e suas funções encontram-se reduzidas a serem meros consumidores de objetos (Brandão, 2019). É um discurso, portanto, que não regula e não faz com que o sujeito renuncie ao gozo, pelo contrário, ele incita a satisfação pulsional, propondo ao sujeito a existência de um objeto que seja capaz de preencher a sua falta (Ávila, 2014). Sendo assim, o discurso capitalista é um discurso sem Lei, em que a castração se encontra foracluída e não há um limite ao gozo. Este discurso promete ao sujeito uma completude ilusória através do consumo, desde que se mantenham os laços com os objetos. O lugar do outro se encontra, portanto, ocupado pela ciência e o saber oriundo de um discurso tecnocientífico se torna também uma mercadoria. Existe uma aliança entre o discurso da ciência e o discurso capitalista, no sentido de tratar os sujeitos e os adoecimentos pela via do objeto de consumo (Ávila, 2014).

O discurso capitalista instala uma nova tirania do saber (Lacan, 2008/1968-69) que tem como consequência o descomprometimento do sujeito. Diferente do que defende a psicanálise, o discurso capitalista promove a exclusão do sujeito na tentativa de foracluir a falta (Siqueira, 2007). Assim, observa-se, claramente, a valorização da eficácia

e da técnica no contemporâneo em detrimento de uma concepção teórica ou qualquer tipo de aprofundamento conceitual.

Entende-se que os discursos determinam e modificam as vivências dos sujeitos e de seus sofrimentos. A cultura de uma determinada época não é caracterizada unicamente por um dos discursos, visto que eles giram nas formas de funcionamentos e podem predominar uma ou outra forma discursiva, porém, por tempo limitado. Dias (2017) sugere que o discurso do mestre predominou na Idade Média, o discurso histórico era comum no período da Inquisição e da caça às bruxas, já o discurso universitário e o capitalista são prevalentes da sociedade moderna e pós-moderna.

Para Soler (1998) no contexto desta época, dita pós-moderna, os laços sociais foram transformados e o mal-estar capitalista promoveu um empuxo-à-consumação. Nisto, cada indivíduo se tornou proletário e encontra-se em uma relação de compromisso, quase como um casamento, com os objetos pelos quais ele é instrumentado.

O destino dos sujeitos e o estado dos laços sociais se encontram mudados: tal como o fogo que convoca a “urinação primitiva” em que se exalta o júbilo fálico, os novos produtos postos no mercado, mais utilitários que as ficções de Bentham, são novas “matérias para fazer sujeito”, parceiros prontos-a-gozar, válidos para qualquer um, como se diz, e dos quais se remaneja o conjunto dos laços sociais. (Soler, 1998, p. 260).

A teoria dos discursos revela ainda como a psicanálise é uma possibilidade de o sujeito alterar o seu posicionamento frente ao Outro, através de um giro discursivo (Coelho, 2006). A psicanálise instaura um outro discurso e, com isso, estabelece uma clínica distinta da realizada pela medicina (Clavreul, 1983). Em um processo de análise, o analista pode promover que o outro se coloque na posição de sujeito, permitindo que ele expresse a sua singularidade. Ao considerar cada caso como único, a psicanálise trata com as exceções e com o mal que habita em cada um, não realizando padronizações, diferente do discurso médico (Loures & Fernandes, 2015). Em sua convocatória, a psicanálise fornece ferramentas para que o sujeito se localize e produza

um saber sobre si, aproximando-se e se apropriando de seu desejo (Castro & Massa, 2019). Soler (1998) aponta que a psicanálise não tem condições de derrubar o discurso capitalista, porém pode promover a emancipação do sujeito. Nas palavras da autora: “O dever maior do psicanalista é então um dever de... passe” (p. 263).

Analisar a depressão na lógica discursiva é, portanto, tentar compreender as representações que o sujeito cria acerca de si e de seu sofrer, acarretando, com isso, consequências, em sua subjetividade. O sujeito que se deprime pode ser considerado uma ameaça ao liame social, visto que os seus sintomas desnudam verdades que a sociedade não quer saber. Como diz Teixeira (2008) a existência do depressivo na sociedade pós-moderna é uma denúncia irônica, posto que: “A sociedade não tolera o deprimido porque sua experiência rompe essa rede ilusória de sentido e amparo da qual se constitui o laço social, deixando entrever o vazio que seu psiquismo não mais consegue dissimular” (p. 28).

Toda essa discussão nos encaminha para a conclusão de que a depressão deve ser entendida como um dos efeitos do discurso capitalista que consome os vínculos sociais (Christaki & Batista, 2014). Neste panorama, a sociedade acredita estar acolhendo e tratando os sujeitos deprimidos, quando, na verdade, não o faz, visto que apenas tenta silenciar o sujeito e fazê-lo retornar às suas atividades para que produza e consuma. Os autores enunciam que o discurso capitalista do momento contemporâneo promove:

(...) o ardor infernal de uma máquina que cria, ao mesmo tempo, desespero e a mercadoria para consolar as subjetividades desesperadas, pobre consolação que só faz promover mais desespero, e assim por diante. Dessa maneira, instala-se um mal-estar que toma cada vez mais os aspectos de um desespero cuja denominação controlada nas sociedades ocidentais é: depressão. (p. 57).

Psicanálise como resistência à nomeação diagnóstica

A apresentação da vinheta neste artigo revela que, na clínica, cada paciente possui singularidades para além de uma nomeação diagnóstica (Loures & Fernandes, 2015). Clavreul (1983) afirma que a entrada

de um sujeito no discurso médico ocorre através do estabelecimento de um diagnóstico, realizado direta ou indiretamente pela figura de um médico. A nomeação de uma forma de sofrimento pelo médico pode ser considerada um ato de mestria, posto que o discurso médico constitui os signos em significantes e ordena que se extraia daí uma significação, que seria a existência e a nomeação de um adoecimento.

Entendemos que a depressão necessita ser pensada na clínica do um a um, porém sem deixar de considerar as influências socioculturais na constituição e no adoecimento dos sujeitos. O uso do termo depressão pode, inclusive, estar correlacionado ao momento histórico do contemporâneo, posto que ele é utilizado, em muitos momentos, como sinônimo de tristeza, abatimento, luto. Diante da ausência de palavras para nomear o adoecimento, o emprego do termo depressão tornou-se corriqueiro, o que é corroborado pelo saber médico dominante.

Na narrativa apresentada, Benjamin utilizava expressões do saber médico para falar sobre os seus sofrimentos, além disso, trata, indistintamente, os termos melancolia, depressão, tristeza. É comum, como aponta Coser (2003), que os próprios pacientes se intitulem deprimidos, o que prontamente é abraçado pelas ciências médicas. Este fato revela como o discurso médico exerce poder na contemporaneidade, sendo aquele que detém o conhecimento acerca dos adoecimentos sobre os sujeitos. Nas narrativas dos sujeitos intitulados depressivos, é possível perceber uma psiquiatrização da forma de sofrimento com a consequente não implicação do paciente em seu adoecer. Os sujeitos encontram-se reduzidos em uma lógica médica circular e dessubjetivante e a entrada em um processo de terapia proporciona que estes possam, em maior ou menor escala, reconhecer o seu sofrimento e nomeá-lo.

O sujeito que se intitula com o “eu sou depressivo” utiliza uma denominação que promove um fechamento do sujeito em si mesmo, sem abertura para o pensamento acerca de si (Sanada, 2004). Assim, o “eu sou” possui correlação com o “eu não penso” e promove uma ilusão de que não há falta para o sujeito, o qual se encontra suturado pelo discurso médico. Além disso, o sujeito é colocado em condição de objeto a ser consumido pela lógica capitalista.

Sobre a característica da inibição dos sujeitos depressivos, Coser (2003) questiona “será possível a subjetivação onde vigora a inércia?” (p. 18). É possível responder afirmativamente a esta pergunta, entendendo que o discurso do analista, ao se colocar como semblante e ao mobilizar o desejo do sujeito, promove uma modificação nos quadrantes dos discursos, possibilitando que o sujeito saia do quadro de inércia.

Outro aspecto importante de ser considerado para análise proposta neste estudo refere-se à dimensão do gozo, em que ele é entendido como sofrimento e satisfação com a queixa do sujeito (Danziato & Souza, 2016). Até que ponto Benjamin estava disposto a renunciar aos seus sintomas, os quais também lhe proporcionam prazer? Entendemos que o sintoma, ao ser analisado pela via do gozo, possui uma dimensão de satisfação paradoxal, não sendo suprimido simplesmente pela via da linguagem. Como afirma Lacan (2005/1962-1963): “o sintoma, por natureza, é gozo, não se esqueçam disso, gozo encoberto” (p. 140).

É possível ainda perceber, diante do relato, como a clínica contemporânea encontra-se impregnada pelo discurso universitário, derivada do saber médico dominante e de sua tentativa de remissão rápida dos sintomas. O discurso universitário imprime seu mandato sem possibilidade de o sujeito questioná-lo, almejando, unicamente, o silenciamento dos sintomas. Silva (2018a) revela que os pacientes de Freud necessitavam que os deixassem falar, diferente dos sujeitos que se apresentam hoje na clínica, que esperam que o mal que lhes atinge passe sem qualquer comprometimento por parte deles.

Seguindo a teoria psicanalítica, acredita-se na existência de uma soberania da clínica, que, sob efeitos da transferência, produz maiores efeitos terapêuticos do que a prática reducionista de classificar e medicalizar os sintomas, comuns na psiquiatria. Para além da lógica médica, um processo de análise com sujeitos deprimidos pode e deve ser uma possibilidade, posto que a análise auxilia no resgate do que há de singular no sujeito.

A psicanálise deve também ser considerada uma resistência aos discursos dominantes que não consideram os sujeitos e suas singularidades. O seu viés subversivo pode ser entendido no fato de, ao

convidar o sujeito a falar, a psicanálise reinstaura a falta do sujeito e abre caminhos para que o desejo advenha (Siqueira, 2007). Entende-se que a psicanálise não deve propor conciliação entre os discursos, sua aposta está em propor outra espécie de vínculo para os sujeitos (Christaki & Batista, 2014). Ao tomar o universo como discursivo e estruturado pela linguagem, as funções que o sujeito exerce nos laços sociais deve ser destacada (Castro, 2009). Em um processo de análise, enfim, o psicanalista não deve se preocupar com a classificação nosográfica, mas deter-se na condução do tratamento e considerar a singularidade de cada caso.

Já para uma terapia com sujeitos deprimidos, Fédida (2002) propõe que um analista deve se deixar modificar pelo poder da transferência, evitando os excessos da neutralidade, visto que podem suscitar, no paciente depressivo, o sentimento de aniquilamento. O sujeito que se deprime, ao iniciar um processo de análise, testa a resistência do analista, sendo considerado o mensageiro da morte (Lambotte, 2000). Nestes casos, a transferência torna-se de difícil manejo, pois o sujeito, portador de uma verdade precoce, presume que tudo sabe, não necessitando das intervenções do analista. “A transferência, quando se exprime, é mais do que nunca difícil de ser manejada, beirando por vezes a catástrofe do fantasma consumado ou o irremediável de um novo abandono” (p. 76).

Dias (2017) propõe que é o discurso do analista que possibilita ao sujeito *histerizar* o seu discurso, preservando, dessa forma, o seu lugar como sujeito. Nas palavras de Lacan (1992/1969-1970): “O que o analista institui como experiência analítica pode-se dizer simplesmente – é a *histerização* do discurso” (p. 31). É um discurso, desse modo, que não deve ser tomado de forma ideológica, como verdade absoluta. Na verdade, o discurso do analista deve promover uma *hiância*, não permitindo que o sujeito se feche em si mesmo ou que se coloque como objeto para o outro (Sanada, 2004). A *histerização* do discurso remete a uma necessidade de decifração por parte do sujeito e dirigida ao analista, porém, que está para além de uma demanda objetiva de cura (Rodrigues, 2012). O analista, ao se colocar como objeto *a*, causa de desejo, proporciona que o sujeito tenha voz, não se silencie, e que associe livremente, abrindo caminhos para revelar o seu sintoma e

rastrear o seu desejo. Assim, ele rompe o saber imperativo que advém do discurso dominante e proporciona que o sujeito se implique em seu sofrimento.

O discurso do analista pode, portanto, provocar uma mudança discursiva ou fazer com que o sujeito perceba um furo no discurso universitário (Castro, 2009). Seu objetivo não é a solução para a divisão subjetiva ou para o adoecimento do sujeito, mas promover uma movimentação no sujeito ao convocar que ele fale, mesmo que lhe provoque incômodo (Silva, 2018b). Por ser um discursivo subversivo, é capaz de operar diante do que freia os demais discursos. Abre-se, com isso, uma possibilidade de que o sujeito possa contestar um discurso normativo e centrado em taxonomias, encontrando a sua verdade. De maneira que o discurso do analista pode ser capaz de convocar o sujeito para uma movimentação discursiva, sendo esta a aposta que a psicanálise deve realizar para os sujeitos, permitindo que possam falar e desejar.

Lacan (1997/1959-1960) profere que a posição ética do psicanalista não é de solucionar os sofrimentos do sujeito. O analista deve sustentar a transferência e colocar-se como testemunha do inconsciente, para que o sujeito possa elaborar o seu desejo. Por isso mesmo que afirma que o discurso do analista deve ser oposto ao discurso do médico e aos seus atos diagnósticos (Maesso, 2014). A psicanálise deve, portanto, restituir o lugar do sujeito, que foi escanteado pelas ciências médicas (Clavreul, 1983).

Acreditamos, pois, na aposta da escuta do sujeito como uma resistência ao saber médico dominante. A psicanálise é uma possibilidade de convocar o sujeito a operar, a partir de sua própria divisão, para, com isso, conseguir devolver a voz àquele que se encontra silenciado pelo discurso da ciência.

Referências

Abras, R. M. G. (2011). A vida se engole a seco: reflexões sobre a depressão na contemporaneidade. *Estudos de Psicanálise*, 35, 109-114. Recuperado de

- do de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-34372011000200012&lng=pt&nrm=iso
- Ávila, R. J. (2014). "A pílula da felicidade": A demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os imperativos do discurso capitalista (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil). Repositorio UFMG. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9U5GLU/1/disserta_o_renato_vila_com_folha_de_aprova_o_e_ficha_catalogr_fica.pdf
- Brandão, K. (2019). O que a teorização lacaniana dos discursos nos ensina sobre o laço contemporâneo? *Modernos & Contemporâneos*, 3(5), 24-43. <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/modernoscontemporaneos/article/view/3883>
- Campos, E. B. V. (2016). Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000200003&lng=pt&nrm=iso
- Castro, J. E. (2009). Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(2), 245-258. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-536262>
- Castro, M. F. M., & Massa, E. S. C. (2019). A sociedade contemporânea, os imperativos do ideal do eu e os diagnósticos de depressão. *Pretextos*, 4(8), 111-127. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18722>
- Christaki, A., & Batista, R. L. L. (2014). Destinos do vínculo e dos afetos no mal estar contemporâneo: O modelo da depressão. *Tempo Psicanalítico*, 46(1), 55-63. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000100005&lng=pt&tlng=pt
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense.
- Coelho, C. M. S. (2006). Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental*, 4(6), 107-121. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100009&lng=pt&tlng=pt
- Coser, O. (2003). *Depressão: Clínica, crítica e ética*. Editora Fiocruz.
- Couto, L. F. S., Casséte, J. L. Q., Hartmann, F., & Souza, M. F. G. (2018). Os discursos lacanianos como laços sociais. *Revista Subjetividades*, Ed. Especial, 93-104. <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6562/pdf>
- Danziato, L. (2009). Existe uma genealogia possível na psicanálise? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(2), 185-198. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-14982009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- Danziato, L. J. B., & Souza, L. B. (2016). O lugar do sujeito e do gozo nos processos de medicalização dos sintomas. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 14(1), 171-201. <http://seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/7320>
- Delouya, D. (2003). *Depressão*. Casa do Psicólogo.
- Dias, B. (2017). De que maneira o discurso do analista possibilita fazer furo no discurso capitalista? *Stylus* (Rio de Janeiro), (34), 59-73. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2017000100003&lng=pt&tlng=pt
- Fédida, P. (2002). *Dos benefícios da depressão: Elogio da psicoterapia*. Escuta.
- Folberg, M. N., & Maggi, N. R. (2002). Declínio da função paterna e dialética da simbolização. *Estilos da Clínica*, 7(13), 92-99. <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/61044>
- Freud, S. (2020/1930). O mal-estar na cultura. En M. R. S. Moraes (Trad.), *Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 305-410). Autêntica.
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: A atualidade das depressões*. Boitempo.
- Lacan, J. (1978). *Lacan in Itália, 1953-1978*. La Salamandra.
- Lacan, J. (1992/1969-1970). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (A. Roitman, Trad.). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1997/1959-1960). *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise* (A. Quiñet, Trad.). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998/1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. En V. Ribeiro (Trad.), *Escritos* (pp. 96-103). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005/1962-1963). *O seminário, livro 10: A angústia* (V. Ribeiro, Trad.). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008/1968-1969). *O Seminário, livro 16: De um Outro ao outro* (V. Ribeiro, Trad.). Jorge Zahar.
- Lambotte, M-C. (2000). *A estética da melancolia*. Companhia das Letras.
- Loures, N. R. P., & Fernandes, P. B. (2015). A soberania da clínica: além do diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Estilos da Clínica*, 20(2), 279-295. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-71282015000200008&lng=pt&nrm=iso
- Maesso, M. C. (2014). A razão do diagnóstico em torno do ideal científico e a ruptura ética da psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 433-439. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722014000400008&script=sci_arttext
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020). *Depression*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Rodrigues, H. P. (2012). *Estudo psicanalítico sobre os efeitos subjetivos do diagnóstico psiquiátrico de depressão* (Dissertação de mestrado, Universidade

- de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil). UNIFOR. <https://uol.unifor.br/oul/conteudosite/?cdConteudo=4833761>
- Sanada, E. R. (2004). A 'verdade' da ciência a partir de uma leitura psicanalítica. *Psicologia USP*, 15(1-2), 183-194. <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a19v1512.pdf>
- Silva, L. M., & Canavêz, F. (2017). Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, 17(3), 117-129. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-07692017000300011&lng=pt&nrm=iso
- Silva, M. M. (2018a). A proposta dos discursos como leitura estrutural para os novos sintomas. *Revista Subjetividades*, 18(1), 68-78. <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/7251>
- Silva, M. M. (2018b). O discurso universitário e a clínica contemporânea. *CADERNOS de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 40(38), 161-182. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952018000100010&lng=pt&tlng=pt
- Siqueira, E. S. E. (2007). A depressão e o desejo na psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 71-80. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100007
- Soler, C. (1998). *A psicanálise na civilização*. Contra Capa.
- Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão*. Objetiva.
- Tavares, L. A. T., & Hashimoto, F. (2008). A alienação mental e suas (re) produções na contemporaneidade. *Revista da SPAGESP*, 9(2), 04-10. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000200002&lng=pt&tlng=pt
- Teixeira, A. M. R. (2008). Depressão ou lassidão do pensamento? Reflexões sobre o Spinoza de Lacan. *Psicologia Clínica*, 20(1), 27-41. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000100002&lng=pt&tlng=pt
- Teixeira, M. A. R. (2004). Melancholia and Depression: a Conceptual and Historical Review in the Areas of Psychology and Psychiatry. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), 41-56. <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/26>
- Torezan, Z. C. F., & Aguiar, F. (2011). O sujeito da psicanálise: Particularidades na contemporaneidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 525-554. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200004&lng=pt&tlng=pt
- Ziliotto, D. M. (2004). A posição do sujeito na fala e seus efeitos: Uma reflexão sobre os quatro discursos. *Psicologia USP*, 15(1-2), 215-223. <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a21v1512.pdf>