Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise



ESTUDO PSICANALÍTICO DE UM CASO MÉDICO

Mauro Armond Di Giorgi - mauro.armond@gmail.com

Resumo: Estudo, sob o viés psicanalítico, de um caso de um paciente diagnosticado com depressão (CID10 - F32).

Palavras Chave: depressão, psicanálise, posição depressiva

São Paulo

2025

Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise

PSYCHOANALYTIC STUDY OF A MEDICAL CASE

Mauro Armond Di Giorgi - mauro.armond@gmail.com

Abstract: Case study, from a psychoanalytic perspective, of a patient diagnosed with depression (CID10 - F32).

Keywords: depression, psychoanalysis, depressive position

São Paulo

2025

Introdução

> "Eu sou uma pessoa doente... Sou um pessoa raivosa. Não sou uma pessoa atraente. Eu acho que meu fígado dói. No entanto, eu não entendo patavina de minha doença e não sei ao certo o que está doendo em mim... Eu não estou me tratando e nunca me tratei, embora respeite a medicina e os médicos. Além disso, eu sou ainda extremamente supersticioso; bem, ao menos o bastante para respeitar a medicina. (Eu sou suficientemente educado para não ser supersticioso, mas sou supersticioso). Não, senhor: é por raiva que eu não quero me tratar. Isso aí, provavelmente, o senhor não se interessa em compreender. Bem, senhor, mas eu compreendo. Eu, obviamente, não conseguirei explicar-lhe a quem eu exatamente prejudico neste caso com a minha raiva; eu sei muito bem que não poderei de modo algum «cagar» nos médicos pelo fato de não me tratar com eles. Eu sei melhor que qualquer um que, com tudo isso, eu somente causarei dano a mim mesmo e a mais ninguém. Mas, de todo modo, se não me estou tratando, isso é por raiva. O fígado dói, então, que ele doa mais fortemente[1]."

Desde a primeiro rascunho do que viria a ser minha pesquisa, decidi que o parágrafo acima estaria incluído no texto final. Não sabia muito bem onde encaixá-lo, pois é bem polissêmico, mas, à medida em que fui escrevendo, percebi que o que Dostoievski fez, em seu magistral romance, talvez se ligasse a um desejo que tenho de que algo assim ocorresse em minha clínica, em particular, com relação a um paciente, a quem chamarei F., daqui pra frente. Pensei em F. porque ele sistematicamente iniciava suas sessões falando dos efeitos da farta medicação que tomava, como se eu fosse mais um médico da lista dos que o ouviam, ignorando ou mostrando pouco interesse no que poderia advir do seu "subsolo", que era o que de fato eu buscava "ouvir".

---

[1]Я человек больной… Я злой человек. Непривлекательный я человек. Я думаю, что у меня болит печень. Впрочем, я ни шиша не смыслю в моей болезни и не знаю наверно, что у меня болит. Я не лечусь и никогда не лечился, хотя медицину и докторов уважаю. К тому же я ещё и суеверен до крайности; ну, хоть настолько, чтоб уважать медицину. (Я достаточно образован, чтоб не быть суеверным, но я суеверен). Нет-с, я не хочу лечиться со злости. Вот этого, наверно, не изволите понимать. Ну-с, а я понимаю. Я, разумеется, не сумею вам объяснить, кому именно я насолю в этом случае моей злостью; я отлично хорошо знаю, что и докторам я никак не смогу «нагадить» тем, что у них не лечусь; я лучше всякого знаю, что всем этим я единственно только себе повредит и никому больше. Но все-таки, если я не лечусь, так это со злости. Печенка болит, так вот пускай же ее еще крепче болит! (Достоевский, Фёдор Михайлович, "записки из подполья", https://www.prosperosisle.org/spip.php?article1314#here). (DOSTOIEVSKI, Fiodor, "Notas do subsolo") Minha tradução.

No início, o fato de F. ser considerado pelos médicos um depressivo e identificar-se com tal significante, chamava, obviamente, minha atenção, mas não pensava no seu caso como uma "depressão". Afinal, tal termo nem sequer frequentava minha clínica até pouco tempo atrás, como ainda não frequenta a de muitos psicanalistas. Os motivos são vários.

A depressão, na psiquiatria, *grosso modo* é um conceito que se define como um transtorno de humor, caracterizado pela presença concorrente de vários sintomas (síndrome), sendo o principal a presença de "humor deprimido", durante um certo período de tempo[2].

Se na medicina, em geral, os sintomas são sinais - normalmente desprazerosos, dos quais queremos livrar-nos quase sempre - de "alguma coisa", de alguma doença ou agente etiológico, na psiquiatria contemporânea, em particular, os sintomas são, muitas das vezes, sinais de uma eterna "suposta coisa", uma vez que as "doenças" e transtornos se multiplicam, em cada novo DSM, a par e passo com os medicamentos que os tratariam, gerando dúvidas, para se dizer o mínimo, quanto à ética que rege a concepção do próprio manual.

O sintoma no campo psicanalítico, por outro lado, além de percebido como desprazeroso, é um sinal e um substituto, em uma "outra cena", de uma satisfação pulsional que não se realizou, e, sendo produto do recalque, não difere das demais formações do inconsciente, como o sonho, o chiste, o esquecimento de nomes, lapso etc. Para o leigo - ou para quem deliberadamente desconsidera o sujeito do inconsciente - é paradoxal pensar que aquilo de que o paciente se queixa seja percebido, em "outra cena", como "satisfação substituta"[3], e, além disso, que esteja

---

[2]"Em continuidade à tradição que deu origem ao conceito de humor, a depressão é situada na referência das substâncias eletroquímicas que atuam, em *deficit*, nas ligações mantidas entre os neurônios do cérebro." (DIAS, 2005, 120).

[3]A noção de "substituição de satisfação" sempre me pareceu um pouco obscura também. Encontrei em Moustapha Safouan uma articulação entre desejo (*Wunsch*) - a melhor tradução seria "voto" ou "aspiração" -, recalque, satisfação e as formações do inconsciente que me pareceu esclarecedora. Uma paciente contou-lhe no início de uma sessão que tinha sonhado com algo, mas que só se lembrava que se tratava de colocar ou retirar um telhado. No decorrer da sessão, contou-lhe também que seu pai tinha tanto medo de que ela passasse frio que se levantava várias vezes para verificar se ela estava bem coberta, tratando de enfiar as bordas da coberta por baixo do colchão. Ele, então, entendeu que o comportamento do pai colocava à paciente a inevitável pergunta: ele quer cobri-la ou descobri-la? Juntando o sonho com o relato, concluiu que era inegável o voto (*Wunsch*) dela de que a olhassem, mas tratava-se, como todo voto, de um "voto pio", ou seja, que não era para ser realizado. A concretização do voto, certamente, geraria na paciente uma angústia insuportável. Há uma enorme diferença entre metaforizar-se sendo e ser, efetivamente, objeto efetivo do gozo do Outro. A satisfação está no que foi encenado, pela via do significante, não na realização efetiva do *Wunsch*. O esforço psíquico estaria voltado, primariamente, não na satisfação

nesta "outra cena" o sujeito, o do inconsciente, a quem justamente os psicanalistas queremos "ouvir". Ou seja, deve ser paradoxal para este "leigo" pensar que a tristeza, a apatia, a falta de vontade etc, que os afetos em geral não signifiquem nada *per se* - eles nem frequentam esta "outra cena"[4] - e que somente sob análise seria possível alcançar as ideias ou representações recalcadas ligadas a estes.

Em suma, se o sintoma na medicina é um sinal de enfermidade real ou suposta, que deve ser "silenciado", na psicanálise, este é uma metáfora que substitui a "enfermidade" ou é a própria "enfermidade" (se consideramos que o recalcado e retorno do recalcado são o mesmo), e que deve ser, portanto, "ouvido" e interpretado.

Transpor o conceito psiquiátrico de depressão para o campo psicanalítico, portanto, traz dificuldades, a meu ver, intransponíveis, primeiramente, porque a psicanálise não trata distúrbios de humores nem os seus correlatos psicanalíticos, os afetos em si, mas, principalmente, porque a psiquiatria contemporânea desconsidera o sujeito do inconsciente, que é a condição *sine qua non* para a psicanálise.

O termo depressão coloca-nos ainda um problema adicional. Falar do conceito da síndrome depressiva na psiquiatria, isoladamente, é completamente diferente de falar de seu significado prático dentro do neoliberalismo, um sistema em que, de modo geral, administrar o sofrimento psíquico é o que se chama "gestão racional de recursos humanos":

> "Dar mais serviço do que alguém pode realizar, atribuir mais controles e responsabilidades do que alguém é capaz de cumprir no horário regular de trabalho, criar metas inexequíveis para “puxar ao máximo” os esforços do trabalhador, criar políticas de competição entre departamentos e sistemas predatórios de bônus são exemplos de como o aumento de sofrimento, segundo a racionalidade da gestão e principalmente da microgestão, extrai valor de condições precárias de trabalho..."[5]

---

pulsional, mas na evitação do *Wunsch*, esforço este que precederia o recalque. O recalque, então, agiria sobre a representação do *Wunsch* para justamente poder preservar a possibilidade de satisfação pulsional por meio dos desvios do significante nas formações inconscientes. (SAFOUAN, 1988, 45-47)

[4] "Ante todo puede ocurrir que una moción de afecto o de sentimiento sea percibida, pero erradamente. Por la represión de su representante genuino fue compelida a enlazarse con otra representación, y así la conciencia la tiene por exteriorización de esta última. Cuando restauramos la concatenación correcta, llamamos «inconciente» a la moción afectiva originaria, aunque su afecto nunca lo fue, pues sólo su representación debió pagar tributo a la represión". (FREUD, 1914, 174)

[5](DUNKER, 240-241)

Da prescrição generalizada de antidepressivos por meio de toda e qualquer especialidade médica, mesmo em contextos em que a "saúde mental" do paciente nem é o foco, podemos extrair, na prática, que "estar deprimido" para a Ciência, no contexto neoliberal, é simplesmente "não ter energia suficiente para se dedicar aos meios de produção"[6]. Tal conceituação nos dá inclusive uma pista do que seria a "normalidade" em tal sistema, pois o mercado - de modo maçante e intrusivo, diga-se de passagem, em todas as suas formas de marketing que se disseminam em quase qualquer coisa que olhemos - procura pessoas devotadas ao trabalho com total disposição e euforia para enfrentar mesmo as mais bestiais e desinteressantes tarefas; e além disso, procura também pessoas com capacidade de liderança de equipes, de empreendedorismo e de "pensar grande", ou seja, procura pessoas marcadas com todos os signos da mania[7]. Podemos, assim, supor que esta - a mania - seja também a contraparte "saudável" da depressão, no contexto neoliberal.

Considerando, então, as dificuldades que o conceito de depressão coloca para o campo psicanalítico e o contexto socioeconômico em que o termo é usado, propus-me, como objetivo de pesquisa, a estudar o caso de meu paciente F., duplamente "deprimido" - primeiramente, pela Ciência, depois, como epíteto que ele aceita e veste - tendo como suporte os estudos psicanalíticos sobre a depressão feitos por Mauro Mendes Dias, no início dos anos 2000, e por Michele Roman Faria, mais recentemente. Minha questão neste estudo é esta: seria F. um caso de depressão em alguma destas acepções psicanalíticas?

A abordagem de Mauro Mendes Dias

O que Dias chama de **posição depressiva** participa da gênese do sujeito, estabelecendo-se na passagem do primeiro para o segundo tempo do Édipo. Não é, portanto, algo que surge do dia para a noite, pois é o modo como o sujeito reage, desde os primórdios, ao perceber o desejo do Outro. Para entender como se entra em tal posição, revisitemos, sucintamente, os tempos do Édipo

No primeiro tempo, a criança, inicialmente um corpo despedaçado, a mercê de suas pulsões autoeróticas, depende totalmente dos cuidados de sua mãe. Esta, além

[6](DIAS, 2003a, 68)
[7](DUNKER, 241)

da satisfação de suas necessidades, é aquela que nomeia e dá significação aos seus gestos e choros, fornecendo o ponto de partida para uma identificação primeira e rudimentar, que fará que a criança passe de uma imagem despedaçada para uma unidade imagética[8] , o Eu (Estádio do Espelho).

Esta mãe, no primeiro tempo, é percebida pela criança como "simbólica", pois sua presença dá-se com o desencadear de seu choro: tão logo ela chora, a mãe - suposta, daqui em diante, neurótica - aparece. A criança identifica-se, assim, imaginariamente com aquilo que completa a mãe, o falo, tendo também uma ilusão de completude. A criança "imagina-se" o falo para a mãe, mas este "lugar de falo" que a criança ocupa neste primeiro tempo é, para a mãe, "simbólico".

O segundo tempo inicia-se com o que podemos chamar de "desmame", quando a mãe passa a desejar algo além da criança. Com o desmame, a presença da mãe diante da criança, antes garantida com o desencadear de seu choro, passa a ser, de uma hora para a outra, incerta: a mãe torna-se "real", ou seja, não previsível. Cria-se, então, para a criança, uma hiância na relação que esta mantinha com a mãe, percebida até então como sendo uma "unidade". Tal hiância permite à criança formular a pergunta "o que quer esta mãe aí?", "o que sou para essa mãe aí?". O desejo materno para a criança torna-se um enigma. Como consequência deste enigma, a ilusão de unidade que a criança tinha com a mãe se desfaz, levando-a a empenhar-se em constituir um objeto de gozo que faça suplência ao desejo materno, na tentativa de reconstruir tal unidade[9].

É nesse momento que começa a se constituir o **fantasma**, "uma montagem do sujeito, com o objetivo de reconquistar uma posição[10] intuída por ele como gozante"[11], uma montagem na qual "o sujeito procura se colocar em uma posição de objeto para satisfazer o seu desejo, uma vez que o desejo do Outro é satisfeito"[12], ou também, "a construção de uma posição em que procura capturar esse desejo da mãe que agora se dirige numa outra direção"[13].

Dias comenta que "este é o pilar da construção da subjetividade humana (...) Nós vamos em busca daquilo que vai nos dar a possibilidade de uma realização

[8]Ponto de inflexão: saída do autoerotismo para o narcisismo (FARIA, 2014, 53-54)
[9](DIAS, 2003a, 63)
[10]"tentar reencontrar algo desde sempre perdido". (DIAS, 2003a, 68)
[11](DIAS, 2003a,63)
[12](DIAS, 2003a, 63)
[13](DIAS, 2003a, 63)

efetiva, definitiva, e muitas vidas se detém nisso: (...) têm suas vidas dedicadas a realizar o fantasma. Isto é a neurose. (...) O sujeito vai se fazer de objeto para o Outro de uma forma na neurose obsessiva e de outra maneira na neurose histérica"[14].

Diante desta hiância, do confronto do sujeito com emergência do desejo do Outro, "momento em que as posições vão se decidir" é possível intuir uma outra saída, que Dias chamou de "posição depressiva": uma posição em que o sujeito "simplesmente se demite, se apaga, se destitui, se abate". A saída pela depressão é a saída em que "o sujeito cai antes da queda". "Isto porque, tanto na neurose histérica quanto na obsessiva, os sujeitos vão rivalizar com o falo, vão tentar ocupar o lugar de falo e vão perder, vão cair"[15]. A dialética do falo será interrompida para o sujeito a tal ponto que, por assim dizer, no momento em que a mãe deixar de lhe dar o peito, ele não terá mais fome. Ele não vai chorar nem gritar - ele se demite[16]. Quais são as consequências dessa demissão? Se a "queda" é inevitável, qual seria, então, a diferença de se cair logo que se percebe tal hiância na relação com a mãe?

"Cair antes da queda" é uma outra forma de dizer que o depressivo se apresenta, de saída, como indiferente ao falo. Esta seria a justificativa para a sua inapetência e apatia: ele está "imune" ao brilho fálico e ao "fetiche das mercadorias". "À demanda do Outro materno, o depressivo se oferece como castrado. É assim que (ele bem sabe!) a mãe o quer (...) Por isso mesmo o falo é uma questão central na depressão"[17].

Uma outro ponto importante, conforme notou Maria Rita Khel, é a relação com a castração simbólica: interdição de uma satisfação apenas, não de todas. Tomemos, como exemplo, a formulação da castração freudiana para o menino, que articula desejo e lei: "todas as mulheres, menos a mãe (a mulher do pai)". Munidos dos recursos imaginários desenvolvidos no embate com o pai e dos ideais que deste herdaram, os neuróticos "normais" podem fixar-se na oportunidade e potência que tal lei confere àquele a quem foi interditada uma única satisfação, ou seja, eles podem fixar-se - não sem angústia, é claro - no "todas as mulheres". O sujeito em posição depressiva, por outro lado, parco de recursos para criar satisfações substitutas em consequência de sua prematura queda diante do pai, terá muito mais dificuldade em

[14](DIAS, 2003a, 68)
[15](DIAS, 2003a, 69-70)
[16](DIAS, 2003a,68)
[17](KEHL, 2009, 255)

ver nesta lei uma oportunidade, pois está fixado na única satisfação que lhe foi interditada[18].

> "A impotência do depressivo é a contrapartida de uma pretensão onipotente secreta, que ele preserva ao não se colocar à prova diante dos pequenos desafios da vida, a não se medir com o outro e **não querer saber da distância que o separa de seus ideais**.[19]" (grifos meus)

Ser indiferente ao falo também produz alterações no corpo do deprimido, uma vez que o corpo (erógeno) se constitui na dialética do olhar e do ser visto pelo Outro. Ao se retirar dessa dialética, o deprimido não libidiniza o olhar, consequentemente, frequentemente, tem as pálpebras caídas e anda cabisbaixo. Além de alterações no corpo, Dias cita uma forma diferenciada do sonhar nos deprimidos: estes teriam sonos interrompidos e dificuldades para sonhar. Isso só ocorreria porque os sujeitos neuróticos comuns, cumprindo a dialética fálica, "vão, através do sonhar, buscar a realização do desejo, que por sua vez vai se referir a esse desejo ao qual o fantasma em última instância faz menção"[20]. Portanto, um indicativo de que a análise com o paciente deprimido está caminhando é o fato de ele trazer sonhos para a sessão.

Destaco ainda dois pontos antes de continuarmos. Em primeiro lugar, a posição depressiva resulta de dois acontecimentos que se sucedem: o sujeito (ou "assujeito") cai de uma posição que mantinha junto ao Outro, e depois, como consequência desta queda, ele se demite, **cede de seu desejo**. Em segundo lugar, diante da percepção traumática do desejo do Outro, o neurótico pode **sempre** (1) rivalizar com o objeto de desejo deste (posição dominante na neurose obsessiva); (2) identificar-se com este objeto (posição dominante na histeria); e (3) pode não querer saber do desejo do Outro, demitindo-se (posição depressiva)[21]. Agora, podemos falar de episódios depressivos nas neuroses obsessiva e histérica.

No "episódio depressivo", o sujeito, obsessivo ou histérico, cai de uma posição que mantinha junto ao Outro, sustentada por seu fantasma, com a qual mantinha uma solução para o seu desejo. Sem esta posição, que o mantinha desejante, ocorre um

---

[18](KHEL, 2009, 256-257)
[19](KHEL, 2009, 161)
[20](DIAS, 2003a, 71)
[21](DIAS, 2003b, 120)

desencantamento do mundo: ele se deprime, isto é, assume uma posição depressiva. O termo "episódio" justifica-se porque o neurótico "normal", com mais recursos, encontraria mais rápido um modo de satisfação menos custoso.

Vejamos como tal episódio ocorreria na neurose obsessiva. O obsessivo tem a impossibilidade como marca de sua posição desejante. Costuma imaginar que o que realizou não foi muito bem aquilo que queria, que poderia ter realizado algo inteiramente distinto do que realizou. Consequentemente, todos os objetos do mundo do obsessivo são erotizados segundo o mesmo crivo de significação: num relacionamento novo, por exemplo, pode achar que o parceiro(a) anterior era o certo (a), e ao tentar de novo com este(a), achar que era o outro(a). Por isso, diz-se que ele nunca "está onde se encontra". É isso que impede que a questão de seu desejo seja visada. Ele também recusa que o Outro seja desejante. Assim sua questão sempre está articulada à do Outro, colocando-se como aquele - eleito - que poderia satisfazer os signos de desejo no Outro. Quando não consegue mais fazer equivaler os objetos de seu desejo; "quando ele passa a ter de se haver com o **desejo em sua particularidade**; quando ele já não tem mais a possibilidade de se refugiar nesse lugar no qual se mantém como eleito, como preferido, e [quando] ele vai ter que se comprometer no interjogo das relações humanas", ele se deprime: "é porque o Outro é malvado que ele foi para o chão."[22] O obsessivo deprime-se "culpabilizando o Outro", diferentemente da histérica, que se deprime "ressentida" com o Outro.

Dias aponta também que episódios depressivos fazem parte da própria economia da análise com neuróticos, à medida que suas posições no fantasma sofrem abalos. Nesse caso, penso, os episódios depressivos ocorreriam sem as marcas do ressentimento ou da culpabilização do Outro.

Para finalizar, acho importante frisar que, não sendo um estrutura como a histeria e a obsessão, a posição depressiva é uma posição encobridora. Isto implica que não existe uma "depressão pura" como postula a Ciência. Assim que deixar a posição de acovardamento diante do desejo do Outro, o sujeito passa a se manifestar como um neurótico comum, apenas com menos recursos[23].

A abordagem de Michele Roman Faria

[22](DIAS, 2003b, 100-103)
[23](DIAS, 2003b, 121)

Para tentar entender o enquadre que Michele faz da depressão, baseei-me em dois de seus vídeos aula: "O estádio do espelho e o esquema óptico", doravante "VEO", e "Depressão e Melancolia", doravante "VDM". No VEO, existe claramente uma separação da neurose "não-deprimida" de uma "deprimida", com a explicitação do que seria o "mecanismo" desta. No VDM, existe uma ênfase maior no manejo de deprimidos da clínica.

Primeiramente, por meio dos esquemas óticos[24], Michele trata do mecanismo da neurose. Começa pelo Estádio do Espelho, de que já fizemos menção acima. Inicialmente a criança é um corpo despedaçado, representado na figura 1 pelo "vaso" preto, em cima da mesa, e pelas duas "flores" pretas, embaixo de uma mesa que as oculta de um observador situado na posição do "olho", no alto à direita. Com a ajuda de um espelho côncavo - o Outro como "Tesouro dos Significantes" - a criança, por meio da imagem real projetada pelo espelho, enxerga-se como uma totalidade ilusória, a que chamamos "Eu", e tem um "júbilo". Ela, então, identifica-se com essa imagem, a que chamamos eu-ideal. Como toda identificação deixa um resto[25],a criança pede que o adulto que a segura ratifique o valor desta imagem[26] (vide figura 2).

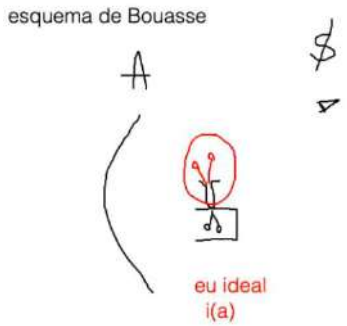


Figura 1

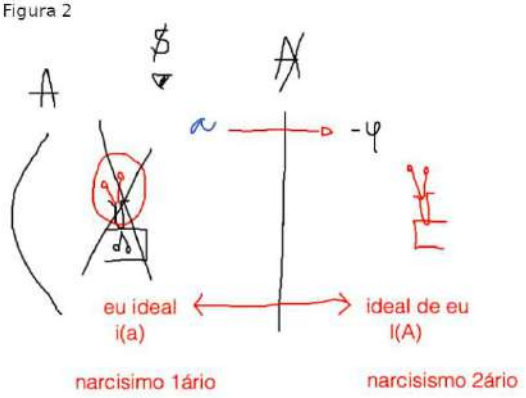
(FARIA, 2023)

No VDM, Michele utiliza esta passagem como uma metáfora do que poderia ser uma definição do que é a neurose - um pedido incessante de ratificação daquilo que se é pelo Outro[27]. O espelho plano representa o Outro barrado a quem se pede a ratificação, e está colocado em frente ao espelho côncavo, com a mesa, o vaso e as flores no meio. O olhar do sujeito mira agora o espelho plano: neste, ele vê uma imagem virtual do vaso com as flores da imagem real da figura 1, mas a imagem do

[24]As figuras 1 e 2 foram extraídas do VDM.
[25]"O investimento da imagem especular é um tempo fundamental da relação imaginária. É fundamental por ter um limite. Nem todo investimento libidinal passa pela imagem especular. Há um resto". (LACAN, 2005, 48-49)
[26](LACAN, 2005, 41)
[27]VDM, 54'

resto (objeto a) que ficou de fora aparece no espelho plano como falta fálica (-φ)[28]. O sujeito espera "ver" i(a), mas só vê I(A), o ideal do eu. Desconhecendo a ilusão formadora do eu-ideal, i(a), e tomando-a como um ideal de completude, o sujeito vê, a cada pedido de ratificação do que se é ao Outro, somente I(A), ou seja, "aquilo que lhe falta para ser i(a)"[29].

Figura 2



(FARIA, 2023)

No VEO, esta mesma passagem do pedido de ratificação pelo Outro[30] é utilizada como uma metáfora da passagem do primeiro tempo do Édipo, em que mãe e criança formam, como vimos, uma ilusão de totalidade, para o segundo tempo, em que esta unidade não mais se sustenta. Na figura 1, o primeiro tempo do Édipo estaria representado pela imagem real, promovida pelo espelho côncavo, do vaso com as flores. A figura 2 representa o momento em que a criança vê-se no espelho plano como I(A) somente - momento em que ocorreu a hiância na relação com a mãe[31] - e pergunta-se como faria ou o que lhe faltaria para ser i(a) novamente.

Isto é exatamente o que não ocorre com a entrada na posição depressiva, conforme vimos acima. Ao supor que o sujeito esteja situado em algum lugar entre i(a) e I(A), Michele supõe que esta dialética i(a)-I(A) está, ou ao menos, já esteve operante. A demissão do sujeito, possibilidade intuída por Dias na posição depressiva exatamente nessa passagem do Édipo, não é - parece-me - considerada por Michele. Portanto, podemos afirmar, a partir de agora, que as duas abordagens diferem

---

[28]"Isso significa que, em tudo o que é demarcação imaginária, o falo virá, a partir daí, sob a forma de uma falta. Em toda a medida em que se realiza aqui, em i(a), o que chamei de imagem real, imagem do corpo funcionando na materialidade do sujeito como propriamente imaginário, isto é, libidinizado, o falo aparece a menos, como uma lacuna. Apesar de o falo ser, sem dúvida, uma reserva operatória, não só ele não é representado no nível do imaginário, como é também cercado e, para dizer a palavra exata, cortado da imagem especular." (LACAN, 2005, 49).

[29]"La diferencia entre los dos [ideales] es la diferencia, por ejemplo, entre el ideal de carro, un ideal detrás del qual siempre puedo correr, y el carro realizado" (SAFOUAN, 1988, 69)

[30]VEO, 1:38' e ss

[31]o que corresponderia no Grafo de Desejo ao "*Che vuoi?"*

essencialmente em sua gênese.

Um neurótico não-deprimido, segundo Michele[32], receberia do Real uma insistente insatisfação, nomearia a não satisfação no Simbólico e colocaria em um horizonte uma satisfação possível, sustentada no Imaginário. A meu ver, tal afirmação seria equivalente, com a terminologia que retirei dos seminários de Dias, a afirmar que o neurótico não-deprimido consegue manter-se desejante, junto a um lugar que mantinha perante o Outro, sustentado pelo seu fantasma.

Num neurótico deprimido, por outro lado, o mecanismo acima não estaria mais funcionando, estaria "engripado", porque a distância entre i(a) e I(A) seria tão grande que o horizonte de satisfação não seria mais visível nem imaginável[33].

Como as imagens não se fixam - são ausências, já dizia Moustapha Safouan[34] - a paixão pelo significante é a condição da paixão narcísica. Os significantes são, no entanto, tremendamente inflados por este Outro que nos demanda uma devoção sobre-humana à causa neoliberal, como vimos na introdução, e aos seus ideais de beleza e de juventude eternos.

A inflação narcísica, causada pelas redes sociais, somada - eu acrescentaria - à necessidade de performance na vida profissional que não conhece limite, e ao desamparo crescente na rede de proteção social (que nos colocam quase de volta ao século XIX[35]), submetidos à instância superegóica insaciável, a exigir sempre mais, formariam o mecanismo, segundo Michele, a ser desmontado na depressão.

Mesmo diante de um neurótico deprimido, que afirma nada desejar, a aposta seria o esvaziamento destes ideais inflados pelos significantes do Outro. Afinal o desejo psicanalítico não é a consciência do desejo[36]. Em se tratando de uma neurose,

---

[32]VEO, 1:48' e ss.

[33]Aqui, penso, podemos novamente verificar outra diferença importante entre as duas abordagens. Para Michele, é uma distância intransponível entre i(a) e I(A) que levaria à depressão, na abordagem de Dias, como vimos, é o sujeito em posição depressiva que não quer saber da "distância que o separa de seus ideais".

[34](SAFOUAN, 1988, 69)

[35]"Em 2017, O governo de Michel Temer conseguiu aprovar uma reforma trabalhista que representou a maior derrota da história da classe trabalhadora brasileira. Direitos consolidados foram apagados do mapa. Mulheres grávidas podiam agora ser obrigadas a trabalhar em lugares insalubres, e as jornadas de trabalho podiam chegar a doze horas por dia (...) Tornou-se possível negociar entre sindicatos e empresas condições de trabalho diferentes das previstas em lei, mesmo que prejudicassem os trabalhadores e trabalhadoras (...) Essas eram apenas algumas das "inovações" que levaram a classe trabalhadora a condições de trabalho dignas do século XIX." (SAFATLE, 2025, 11)

[36]Esta, é a meu ver, a principal aposta de Michele, baseado, penso, nesse trecho que ela cita em seu vídeo: "Esse desejo que desaparece, ao qual, sujeito, tu renuncias, será que nossa experiência não nos ensina que isso quer dizer que, desde então, teu desejo vai estar tão bem escondido que, por

em algum momento, este surgirá articulado aos ideais. Sempre que aparecer alguma marca da posição do sujeito articulado aos ideais, deve-se cortar a sessão: este corte caracterizaria o antidepressivo eficaz.

No VDM[37], Michele afirma que a depressão não é um sintoma[38], como seria, por exemplo, o medo de cavalos do Pequeno Hans. Não sendo sintoma, não é solução de compromisso (não haveria também gozo), não é uma metáfora nem metonímia: seu enfoque clínico, portanto, não estaria na associação livre. A depressão seria, enfim, uma patologia narcísica, um "estado" reversível pela análise, ao se desmontar o mecanismo que a gerou, como descrito acima.

Apresentação do caso

F. está em análise comigo há alguns anos. Antes tratava-se exclusivamente com antidepressivos, calmantes e hipnóticos, receitados por psiquiatras e neurologistas, que o diagnosticaram como depressivo há mais de 10 anos. Considero o seu tratamento como paradigmático de uma tentativa[39] de "foraclusão do sujeito do inconsciente", no sentido que Dias dá ao termo: "colocar o gozo fora de operação", ou seja, "colocar fora de operação toda a dialética do sujeito pelo fantasma[40]".

A cada crise "explosiva"[41] por que F. passava, procurava um novo psiquiatra, que supostamente saberia, de fato, tratar a tal depressão: a medicação era sempre trocada quase que inteiramente, sem qualquer comunicação com o médico que até então o tratava. Chegou, inclusive, a tentar um tratamento com psilocibina, ingerindo altas doses, mas a sessão causou-lhe desprazer somente, sem qualquer experiência

---

um tempo, ele pode parecer ausente? Digamos mesmo, à maneira de nossa superfície do cross-cap, ou da mitra: ele se inverte na demanda. A demanda, aqui, uma vez mais, recebe sua própria mensagem de forma invertida. Porém, no final das contas, o que quer dizer esse desejo escondido? A não ser o que nós chamamos e descobrimos, na experiência, como desejo recalcado?" (LACAN, 2003, 233)

[37] 10' e ss.

[38] A posição depressiva de Dias, como vimos, implica sintoma e gozo.

[39] F. nunca conseguiu tornar-se algo parecido com a Sra Prozac (DIAS, 2005, 132), embora médicos e paciente tenham tentado algo parecido com afinco.

[40] "Portanto, não se trata mais dos problemas, dos conflitos que surgem entre o sujeito e o desejo do Outro, a partir de onde, conservando-se uma posição no fantasma, tenta-se manter um lugar no gozo." (DIAS, 2003b, 70)

[41] Chamo de "crise explosiva" o uso, por parte de F., de álcool com antidepressivos e hipinóticos até a perda da consciência e da memória, estado no qual passa a agir de modo agressivo consigo e com os outros, contrariamente ao comportamento habitual.

alucinógena[42].

Entre neurologistas e psiquiatras, por conta de efeitos colaterais da medicação, consultava cardiologistas, que também, sem comunicação com os demais médicos que a tinham receitado, trocavam, por conta própria, o fármaco que julgassem estar causando o determinado efeito colateral ou simplesmente retiravam-no do receituário inicial. F. era, em suma, um "organismo" que consumia medicamentos, aos quais, de tempos em tempos, respondia mal - na interpretação dos médicos - ou que consumia medicamentos, apesar dos quais, "estourava"[43] - no relato de F..

Depois de um destes "estouros", chegou até mim. Tinha tomado algumas drágeas de Lete[44] juntamente com álcool: acordou com uma tesoura na mão. Não se lembrava de nada. Chamou-me mais a atenção ainda o motivo por conta do qual alega ter tomado tal "mistura": estava muito frustrado porque algum evento que o faria "estourar" - que ele dava como certo, inclusive anunciando-o aos quatro cantos - não ocorreria mais. "Pensei que fosse estourar", disse-me mais de uma vez. E foi o que de fato fez, pensei na hora.

Uma vez esvaziado o assunto do "estouro", percebi que ao meu "e aí?" com que sempre inicio as sessões, seguia-se uma atualização de seu estado clínico - contava como estava dormindo, se estava mais ou menos ansioso ou disposto, se tinha andado ou praticado esportes etc - ou seja, relatava os efeitos dos remédios que tomava. Como o relato não durava muito, pouco tempo depois ele silenciava, esperando, penso, algum comentário de minha parte. Deixava o silêncio perdurar um pouco. Se não fosse pelas minhas perguntas, destinadas a fazê-lo falar de si para além da medicação que tomava, seria impossível fazer a sessão "durar". E eu sentia que esta deveria durar mais.

Não foi o primeiro evento em que se imaginou "estourando", que não tinha vingado. Estava endividado. Nunca lhe foi fácil expor as suas dificuldades. No colégio, quando não entendia um ponto, não expunha suas dúvidas, por vergonha de que tirassem "sarro" dele. Também não procurava ajuda em casa ou com os colegas:

---

[42]Segundo o relato de F., o que lhe teria sido dito era que, por meio de um estado alterado de consciência, seria possível chegar ao "trauma" que teria causado a sua depressão, talvez mimetizando o emprego da hipnose por Freud.

[43]O verbo pode referir-se a fazer algo que o coloque em posição de destaque ou ter uma "crise explosiva".

[44]Inventei o nome do remédio. Refere-se à λήθη (lḗthē), que em grego antigo significa "esquecimento". Também é o nome de um dos rios do Hades, cuja água, uma vez bebida, tem a propriedade de fazer esquecer a vida pregressa.

simplesmente torcia para que o tal ponto não fosse cobrado nos exames. Não podia mostrar-se falho nos estudos.

Era muito bom em esportes durante a adolescência. Sempre era lembrado para compor os times do colégio em mais de uma modalidade. Porém, quando disputava com irmão, sempre perdia: "era mais fraco que ele", dizia. Segundo o pai, "**a cabeça dele não o deixava vencer**"[45]. Depois de um tempo, entendi que ele perdia porque permitia - como um desportista?[46] - que o jogo continuasse até o fim, mesmo que isso significasse a sua derrota**.** O irmão, não se comportava assim: inventava desculpas, se estivesse para perder, e não terminava o jogo. Parece-me que, para o pai e, depois, para o irmão, a derrota, resultado possível em todo jogo, assim como uma simples dúvida escolar, eram signos de incompletude, de castração, a serem evitados por todos os meios.

Em suma, não se falava de problemas ou dificuldades com seu pai, que ostentava e ouvia somente signos de prestígio e de riqueza financeira[47]. E ainda é assim. O pai, segundo relata F., gosta de receber convidados, entre familiares e amigos, em reuniões que mais parecem cerimoniais em que cada etapa transiciona segundo sua batuta. F. percebe isso quando me relata estas reuniões: "tudo é uma encenação", diz.

Longe de seu séquito, onde seu cetro e sua batuta pouco significam, o pai mostra-se, no entanto, inapto para resolver sozinho muitas das contingências da vida - pequenos acidentes de trânsito, impasses na compra e venda de bens, desentendimento com amigos, relacionamentos amorosos etc. Frequentemente, em tais situações, não consegue simplesmente "conversar" e manter o incidente dentro de sua esfera particular: envolve terceiros - às vezes muitos terceiros - e acaba pedindo ajuda a F., que, ao contrário dele, sabe conversar e fazer acordos razoáveis[48]. Estranhamente, estes eventos, que são evidências claras das limitações deste pai, são "esquecidos". Não se fala neles. Tudo se passa a cada nova reunião na casa do pai, como se nada tivesse acontecido. Em outras palavras, no presente, a cada reunião, encena-se um passado - o do pai que tudo pôde - que insiste em não passar. F., que denunciava acima a encenação de que participava nas reuniões do pai,

[45]Este vaticínio ainda não foi questionado.
[46]É difícil crer nisso. Está claro que o importante naquele meio era vencer, não competir.
[47]O pai é uma espécie de encarnação dos ideais maníacos do Outro neoliberal de que falamos acima.
[48]F. tem dificuldades em lidar com as suas dificuldades, não com as dos outros.

mostra-se também um contrarregra eficaz desta.

O pai e o irmão são doutores, *stricto sensu,* mas *lato sensu* são "os" doutores*. F. t*entou ser "doutor" também, mas cursava, segundo ele, uma faculdade de menos prestígio que a do irmão, por isso, não sentiu "o brilho no olho do pai quando contou onde iria estudar". Além disso, conta que não gostava do que estudava nem dos colegas: empenhava-se pouco, enfim. Depois de um tempo, "**ficou deprimido**" - conforme suas palavras - e passou a ser medicado. "Queria ter sido doutor", dizia, mas "não me pareceu que quisesse[49]", comentei algum tempo depois, quando revisitamos o assunto.

"**Deprimido** e **medicado"**, conseguiu aval para deixar a faculdade e fazer "qualquer outra coisa[50]". F. submetia-se a tal ponto ao desejo do pai que já não se importava se gostava ou não do que estudava: o importante era ter o título. "Ficar deprimido" e, mais importante, "ser considerado deprimido pelos doutos", suponho, foi a forma que conseguiu para "se livrar" da faculdade sem ter de se responsabilizar pela sua decisão. É como se ele se desculpasse perante o pai dizendo: "não sou eu, pai, que não quero, é minha **cabeça que não deixa**".

Cerca de um ano depois de iniciarmos as sessões, desapontado com o resultado das negociações de um novo evento, F. tomou algumas drágeas de Lete, misturou-as com álcool e envolveu-se em um acidente em via pública. Quando deu por si, estava com os familiares já. Confuso, pediu que suspendêssemos as sessões por um tempo. Cerca de um mês depois, pediu que as retomássemos: tinha convencido os familiares a incluir-me numa espécie de "junta" que cuidaria dele. Indagado sobre como eram as nossas sessões, teria dito que eu perguntava "e aí?" e ele, então, "falava". Gostei do resumo: era exatamente a relação oposta àquela que ele mantinha com os médicos. A tal "junta" nunca se juntou de fato para tratar de seu caso. Suponho que somente ele e sua companheira davam algum valor para a psicanálise.

O "susto" pelo qual passou fez que, nas sessões que se seguiram, ele se desse conta de que sempre tinha corrido atrás dos desejos dos outros: ser "doutor" era algo de seu pai, a empresa de eventos, algo de sua companheira. E ele, o que quereria? Não sabia responder. Gostava de trabalhos manuais, de ferramentas, em especial, de

[49]Uso "querer" no sentido mais forte de "empenhar-se para conseguir algo que se quer".
[50]Chamou-me a atenção o desdém com que se referiu à graduação que ele de fato escolheu fazer.

cutelaria... Mas isso tudo isso só seria possível depois que ocupasse um lugar de destaque, ou seja, depois que "estourasse". Um dos que faziam parte da "junta" era *coach:* estava lá justamente para ajudá-lo nesta empreitada. Nunca se questionou por que deveria ocupar "a tal posição de destaque". "Estava deprimido e sem foco", este era o problema...

Passou mais dois anos empenhando-se, ao seu modo, em tomar parte em algum evento que "estourasse", mas só conseguia isso pela **passagem ao ato**, em episódios similares aos que o trouxeram à análise. Em muitas dessa crises, também acordava com algum objeto cortante na mão. O que quereria cortar?

Em algumas ocasiões, questionei-o sobre suas metas ousadas: "ao invés de só querer fazer gols de bicicleta, não seria melhor começar fazendo um gol somente? A quanto tempo você não marca um gol?" Percebi, porém, que ele sabia muito bem da dificuldade da empreitada na qual dizia se empenhar.

Nesse período, F. ficava tão nervoso quando notava, ao final do dia, que seu empenho no que imaginava ser o que o levaria à tão almejada posição de destaque, tinha sido "insuficiente" que tomava Lete e ansiolíticos até "apagar"[51]. A imagem do irmão era-lhe insuportável, pois era uma "demonstração" de que era possível, sim, sentar-se ao lado do pai, no escritório do pai. F. costumava dizer que não tinha nenhuma piedade de si.

Cheguei a me questionar se deveria continuar insistindo em ouvi-lo, pois ele não tinha a menor dúvida sobre a sua condição de "deprimido" nem sobre sua determinação em "estourar". No entanto, o fato de ele nunca desmarcar uma sessão nem nunca ter esquecido de uma faziam-me continuar apostando naquele insistente "e aí?".

Um dia seu pai resolveu cortar substancialmente a ajuda de custos mensal que lhe dava, pois algo em seus negócios, por conta de uma nova legislação, deixaria de "bombar" como antes. Precisava "desmamar do pai", confessou. Seria este um possível sentido dos objetos cortantes em sua mão: "desmamar do pai"? Contou-me, em seguida, que pensava em "fazer Direito". Minha resposta surpreendeu-o: "Fazer direito é sempre bom!".

Reuniu forças e, seguindo o conselho de que "o importante era ter a OAB",

[51]Formando um ciclo vicioso.

vindo de um amigo advogado que tinha "estourado" no ramo, matriculou-se pouco depois onde foi possível. Queria, paralelamente, fazer um cursinho para poder entrar em uma faculdade que orgulhasse o pai - sempre diz que quer agradar o pai. Quando me contava isso, eu respondia: "o importante é fazer direito, não é?"

Em meio a drágeas de Lete, ansiolíticos e antidepressivos, ele conseguiu completar o primeiro semestre, conseguindo adiar por alguns anos o projeto de fazer algo que "estourasse". Julgava isso uma vitória, considerando a quantidade de medicação que ingeria para, literalmente, inviabilizar sua memória - e, realmente, foi.

Essa conquista animou-o a tentar "desmamar do Lete", segundo suas palavras. O verbo que ele usou não me passou desapercebido: era o mesmo que tinha usado há meses atrás quando tinha-se referido à mesada do pai[52]. Como tinha acabado de confessar seu vício em Lete, senti que poderia perguntar a origem das receitas. Seriam dos psiquiatras? Vinham do consultório de um outro "doutor", que era amigo do Pai: F. pedia as receitas para as secretárias. Ninguém perguntava nada, como de costume.

Queria ser internado, temendo não conseguir se segurar, mas o convênio não aceitou cobrir a internação. Acertou com o psiquiatra e comigo que pararia por conta própria. Sem Lete depois de algumas semanas, confidenciou-me que a melhor coisa que fez foi matricular-se na faculdade que **ele** poderia pagar, pois, deste modo, não teria de dar satisfações a ninguém. Acredito que se tivesse pedido dinheiro ao pai para a internação, não teria conseguido parar com o Lete[53]. Estamos nesse ponto agora.

Não sei se conseguirá "desmamar do pai" completamente: há um conflito evidente em suas ações. Cheguei a pensar que, no seu fantasma, seu pai todo-poderoso só aceitaria doutores, ou gente de "sucesso"; que, na falta do título ou da fama, ele também aceitaria um atestado de incapacitação, emitido por doutores de sua confiança, com renovação periódica. No entanto, este pai todo-poderoso não para em pé por si só já faz muito tempo: é uma encenação óbvia na qual F. é ainda uma peça importante, seja como coadjuvante, seja como contrarregra. Ele sabe disso, mas continua agindo como se não soubesse.

Aparentemente, ele disputou com o irmão a atenção desse pai durante toda a

---

[52]Ou seja, "desmamar do Lete" e "desmamar do pai" implicam-se mutuamente.

[53]Ele não falou com o pai sobre o vício em Lete, algo que este certamente sabia. Também nunca culpou o pai por isso.

infância e adolescência: abalava-se, certamente, com as sucessivas derrotas, mas não ia para o chão. Foi somente adulto, na primeira faculdade, ao perceber a "falta de brilho nos olhos do pai", que sua posição no fantasma foi realmente abalada. Este era o momento em que deveria ter procurado uma análise, pois a saída que encontrou para, supostamente, não desagradar mais esse pai, saiu-lhe bem cara. Ao não querer saber de seu **desejo em sua particularidade** - ele certamente não queria ser doutor! - acabou sucumbindo, ao meu ver, literalmente, às proféticas palavras do pai: "sua cabeça não o deixa vencer!". Os psiquiatras que o trataram, em seguida, foram, assim, seus cúmplices[54], eximindo-o de qualquer responsabilidade: o "culpado" era o seu cérebro. Como resultado, F. passou a tirar "a carta do F32" (que é o CID10 para a depressão) da manga sempre que precisasse justificar sua situação. Este é um de seus "artifícios", ainda operante, a meu ver, para que ele se "mantenha debaixo das cobertas".

Quanto ao enquadre de Michele, é notória a distância enorme que separam, em F., os seus ideais do eu, I(A), do que seria o seu i(a), eu-ideal. O sucesso profissional do irmão colabora, e muito, para o aumento desta distância, já que este está, segundo a ótica de F., literalmente, sentado ao lado do pai, "o doutor". Sua instância superegóica não lhe dá nenhuma trégua também. O "mecanismo da depressão", como vimos acima, está presente, claramente, nesse caso.

Há um empecilho, no entanto, para a desmontagem neste mecanismo: a resistência à destituição deste pai que seria, em tese, o espelho plano[55] segundo o qual F. compara seu i(a) e seus I(A). F. sabe - como observei acima - que o pai todo-poderoso é uma encenação. Provavelmente, todos no entorno dele também sabem disso.

Certamente, quando este pai for destituído de seu cetro, todos estes ideais que o acompanham, como "ter de fazer algo grande", "ter de fazer sucesso", "ter de ser doutor" etc serão desinflados. F. tem resistido a esta destituição porque, a meu ver, a estagnação de sua vida é seu sintoma: para que F. continue abdicando de seu desejo, "imaginado seus gols de bicicleta que encheriam os olhos do pai"[56], este tem de

[54]Não questiono aqui se F. se enquadrava ou não no conceito de depressão do DSM, mas, sim, a falta de questionamento dos médicos sobre a posição de F. diante destes ideais que perseguia e em nome do quê ou de quem os perseguia.

[55]vide figura 2.

[56]ou, nas suas próprias palavras, para que continue "mamando no pai".

continuar sendo todo-poderoso e exigente. Há um gozo, portanto, na situação em que F. se encontra, o que torna o que chamei de seu sintoma, central, a meu ver, em seu caso[57].

Conclusão

Apesar de não apresentar nenhum sintoma físico típico da posição depressiva, como pálpebras caídas e um andar cabisbaixo, a demissão subjetiva de F. está bem caracterizada, a meu ver, além de já durar muitos e muitos anos. Por sua vez, apesar de considerar o seu sintoma, a estagnação de sua vida, central no caso[58], o "mecanismo da depressão" do enquadre de Michele também está presente em boa parte das queixas de F..

Como afirmei acima que os dois enquadres diferiam essencialmente em sua gênese - o que obviamente não impede que ambos "enquadrem" ao seu modo o mesmo caso -, eu apostaria que, primeiramente, ocorreu a demissão subjetiva de F.: ele "se vestiu" como depressivo, avalizado por todos os psiquiatras que o trataram e ainda o tratam. Como demorou muito tempo para chegar até a análise, sempre que se animava um pouco por conta da medicação, insistia em projetos inatingíveis, procurando "estourar" logo. Quando finalmente "estourava" (a cabeça), ia para o chão novamente. F. justificava seus objetivos grandiosos pelos ideais paternos[59]. O pai, por sua vez, sustentava financeiramente cada "empreitada" do filho, sem qualquer discussão, omitindo-se, portanto. Com o passar do tempo, este ciclo vicioso torna-se, notoriamente, uma estagnação, que identifiquei como o sintoma de F.. É a partir dessa estagnação, que não podia mais ser escondida nem negada, que o "mecanismo da depressão" de Michele começa a operar com força.

Referências

[57]"Tanto mais poderá nos interessar este aspecto, quanto mais pudermos relembrar que a economia de gozo se apresenta em Freud como a causa maior da falta de eficácia da interpretação junto ao sintoma. Desde Freud, a questão do gozo se apresenta como uma força que aspira o sujeito na direção oposta ao desejo e contrária ao prazer." (DIAS, 2005, 120)

[58]Lembro que Michele não considera a depressão neurótica um sintoma em seu enquadre.

[59]Ideais maníacos do pai, penso.

DIAS, M. M., ***Caderno do seminário: Neuroses e Depressão Lições I a V***, Campinas, Instituto de Psiquiatria de Campinas - Hospital Irmãos Penteado, 2003a.

DIAS, M. M., ***Caderno do seminário: Neuroses e Depressão Lições VI a XIII***, Campinas, Instituto de Psiquiatria de Campinas - Hospital Irmãos Penteado, 2003b.

DIAS, M. M., "O problema da identificação na posição depressiva." *In:* FINGERMANN, D.; DIAS, M. M., ***Por causa do pior***, São Paulo: Iluminuras, 2005.

DUNKER, C. et alii, "Para uma arqueologia da psicologia neoliberal brasileira." *In: DUNKER, C.;* SILVA JUNIOR, N.; SAFATLE, W., ***Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico***, São Paulo: Autêntica, 2022.

FARIA, M. R., ***O estádio do espelho e o esquema óptico***, https://www.youtube.com/watch?v=kJv6MX6TiSE (2025) (acessado em 03/08/2025)

FARIA, M. R., ***Depressão e Melancolia***, https://www.youtube.com/watch?v=4rLgdi8s_Ok (2023) (acessado em 03/08/2025)

FARIA, M. R., **Constituição do sujeito e estrutura familiar**, 3a Edição, Taubaté-SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2014.

FREUD, S., "Lo Inconsciente". In: ***Obras Completas - Volume XIV (1914-16)***, Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrurtu, 1992.

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

LACAN, J., **A identificação - seminário 1961-1962.** Trad. Ivan Correa e Marcos Bagno, Recife: Centro de Estudos Freudianos de Recife, 2003.

LACAN, J., ***O Seminário, livro 10: a angústia***; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; versão final Angelina Harari e preparação de texto André Telles; tradução Vera Ribeiro.- Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SAFATLE, W., ***A esquerda que não teme dizer seu nome***, São Paulo: Planeta, 2025.

SAFOUAN, M., ***Angustia, sintoma, inibicion (seminario)***, Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 1988.