

ENTRE O NOMEAR E O ESCUTAR: A DEPRESSÃO

Marcos Aurelio Barbai*
UNICAMP

Resumo: *Como pensar, na historicidade da palavra, a discursividade do mal-estar que assola as pessoas em nosso tempo, cujo o nome é depressão? O que podemos escutar quando interrogamos, no funcionamento linguístico ordinário, os discursos e fenômenos de classificação e de revisão das doenças? Essas duas questões me incitam a pensar, como lugar de análise, a palavra depressão, levando em consideração o caráter heurístico, material e subjetivo dessa formulação que se dá em condições de produção e circunstâncias de enunciação específicas, em nossa sociedade.*

Abstract: *How to think, in the historicity of the word, the discursiveness of the malaise that plagues the people of our time whose name is depression? What can we hear when we question, in ordinary linguistic functioning, the discourses and phenomena of classification and revision of diseases? These two questions urge me to think of the word depression as a place of analysis, taking into account the heuristic, material and subjective character of this formulation that occurs in specific production conditions and utterance circumstances in our society.*



Imagem 1: *La Douleur* (1898) – Émile Friant, Musée des beaux-arts – Nancy¹.

1. Apresentação

O objetivo principal deste texto é o de pensar o termo depressão, considerado aqui como um *efeito linguístico*² e discursivamente uma “coisa-a-saber”³, através de um dos fundamentos da análise de discurso: na linguagem, há o político. Para quem trabalha com a linguagem, o político está no fato de que os sentidos são divididos e não são os mesmos para todo mundo, embora, como diz Orlandi (2010, p. 21), “pareçam” os mesmos.

Essa divisão, da qual fala a autora, é aqui fundamental. Ela diz respeito ao fato de que vivemos em uma sociedade cujo laço social é estruturado pela divisão e por relações de poder que estruturam essas divisões. Desse modo, “falar” da depressão e “dizer” na depressão, permite-me explorar os atos de nomeação e de denominação que produzem o acontecimento do dizer na sociedade. Há aqui uma política da palavra⁴.

Todavia, o lugar que tomo para falar do processo de nomeação e de escuta da depressão leva em consideração uma questão radical, tal qual ressalta Colette Soler em seu texto “Os nomes da identidade”. A autora assim diz: “Lacan [...] nomeia sintoma não a anomalia, mas a função que faz nó e faz sustentar juntos, corpo, gozo e inconsciente” (SOLER, 2010, p. 59). Esse é um ponto, para mim, incontornável.

Trilhar esse caminho é um gesto político. E isso se dá a partir da leitura dos discursos disponíveis sobre uma questão, o que instaura, com força, a complexidade do arquivo, ou seja, uma construção que nunca é dada. O arquivo, em seu regime e funcionamento, como dizem Guilhaumou, Maldidier e Robin (1994), é opaco. Para os autores, o arquivo não é o reflexo passivo de uma realidade institucional. E o mais importante: o arquivo não é simples documento onde se colocam os referentes. Ele se oferece a uma leitura que descobre os dispositivos, as configurações significantes.

Eu defendo aqui uma leitura do arquivo sensível ao fato de que o discurso não é da ordem do semblante. Lacan dirá “que o próprio da linguagem é agarrar tudo quanto signifique [porque] o referente não é bom”⁵. O discurso é a emergência de uma certa função significante⁶. E o sintoma é aqui primordial. Essa dimensão do gozo que é da ordem, como vai dizer Lacan, em *A Terceira*, “da música do ser” – falante.

2. Nos giros do político: a gozação

“Alô, alô marciano/ Aqui quem fala é da Terra/
Pra variar, estamos em guerra/ Você não imagina a loucura/ O ser humano tá na maior fissura porque/Tá cada vez mais down no high society !”⁷

Rita Lee/Roberto de Carvalho

Gostaria de iniciar este tópico com meu primeiro recorte de análise que tem por objetivo pensar a alusão ao digital que atravessa hoje a palavra, o dizer e a subjetividade. Estamos, a meu ver, em tempos da política e da polícia da palavra (BARBAI, 2014). Tomo como cena um lugar em que a depressão é um simulacro. Vou deter-me em um fragmento de um blog, cuja comunidade no Facebook⁸ conta com 1.692.788 participantes ou “curtidas” (até 17/09/2014).



Recorte 1: Fragmento do Blog Diva Depressão. Disponível em: divadepressao.blog.br



Recorte 1: Fragmento do Blog Diva Depressão. Disponível em: divadepressao.blog.br

Quero explorar a disposição desses componentes, que se podem aí observar, juntos e misturados, fazendo significar a sociedade da imagem, da técnica, em rede, cujo culto é também da ordem do sexo e do absurdo. Dito isso, por minha conta e risco, considero o termo depressão, uma palavra-discurso, ou seja, “acumulação simbólica de diferentes materiais significantes” (ORLANDI, 2013, p. 15). Para Orlandi (2013) há palavras que significam, mas também representam, desempenhando assim o papel de alguma coisa. A palavra-discurso, a palavra imageante.

Aproprio-me dessa noção para ler aqui o funcionamento do nome Diva Depressão. Ele pode, por exemplo, identificar uma determinada comunidade ou página de acesso e navegação na rede; ele pode ser o nome de próprio de uma personagem (o que abre toda uma relação com a ficção). No entanto, gostaria de apontar que se tomarmos “Diva Depressão” como um nome próprio de pessoa tem-se um processo de pessoalização, de individuação, em que “Depressão” funciona como um sobrenome denominando um nome, isto é, “Diva”. O que está em jogo aqui é que uma palavra, como diz Orlandi (2013, p. 17), “explode carregando diferentes construções referencias, em distintas porções de real, das coisas do mundo”.

Eu poderia alegar que a palavra “depressão” está banalizada em nossa sociedade atual. Que o seu uso é constituído pelo esquecimento daquilo que depressão deveria significar: doença, sintoma, estado psíquico. Mas o que interessa aqui é justamente apontar que essa banalização, como dizem diversos campos do conhecimento, é fruto da alusão que produz um batimento de imagens em uma palavra. A palavra depressão é assim carregada de memória. De uma memória que exhibe e se goza: ela é crítica, é irônica, evoca figuras públicas fascinantes e anônimas, e isso se dá - como aponta Orlandi (2013), não por imagens fixadas, mas por seus efeitos imaginários. Desse modo, uma Diva Depressão para manter seu *status*, nessa rede, necessita de *phármakon* peculiar: recalque e rivotril. Esse é o remédio para um saudável exibicionismo, aparência.

Vale ainda dizer dos jogos com o absurdo, com as antinomias, que essa denominação provoca abrindo as fronteiras de sentido e do corpo da língua. Eu ressaltaria, por exemplo, o quão equívoco, incongruente e nonsense podem ser aqui as antinomias “recalque” e “rivotril”. Há um absurdo aqui que não se entrega à lógica dos conceitos e da composição

de um medicamento. Partindo assim da ideia de que “ao denominar, ou seja, dar sentido a um objeto, fazê-lo significar, nós praticamos a *política da palavra*, o que a depressão, enquanto palavra-discurso, faz funcionar?”

Eu apostaria na ideia de que nas condições de produção da sociedade da informação o político é da ordem do insensato, gozoso. A depressão aqui denuncia um fracasso subjetivo e social, mas essa denúncia é contraditória: ela tem compromisso com a cura, com a correção, no movimento de uma língua que fala um sujeito. “Diva, depressão, recalque e rivotril” são uma interessante série desse nosso tempo do capitalismo, ou seja, do imediatismo, ou nas palavras de Orlandi (2012, p. 17) do tempo que “constrói um sujeito livre e responsável, e o significa pela irresponsabilidade: ele não pode nada mesmo... E tem pressa. Ou pela impossibilidade: ele não tem tempo”. “Só por hoje” o que produz toda uma discursividade do adicto: só por hoje eu vou tomar uma dose de recalque e de rivotril, para viver no “down do High Society”.

3. Nos giros do político: o esquadrinhamento

“O corpo não é uma coisa, é uma situação”
Eni Orlandi (2014, p. 78).

Dos materiais pertinentes e disponíveis sobre uma questão, particularmente a depressão, o DSM – *Diagnostical Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é um manual (e o nome tem força) muito importante no que diz respeito aos processos de descrição, categorização, avaliação e diagnóstico da saúde mental. Esse material é o suporte de conhecimento de clínicos, pesquisadores, companhias de seguro saúde, indústria farmacêutica e gestão política.

Há muitos trabalhos, em diversas áreas do campo do conhecimento, dedicados ao estudo, reflexão e impacto no DSM na sociedade. Nesse sentido, a perspectiva de que falo é a de quem está inserido nas ciências da linguagem. Eu parto aqui da ideia de que o dizer é material. Ele tem espessura semântica. De que num texto há autoria. Um texto “é um bólido de sentidos, sintoma de um sítio significante” (ORLANDI, 1996, p. 14). O texto é um sintoma. A irrupção de uma anomalia que a

gente alimenta tanto para se proliferar quanto para se extinguir. Num texto a gente impede, enquanto autor, de que as coisas andem. Daí ele ser um lugar de gozo e de mal-estar. Um texto, denominado manual, é um objeto histórico. E os seus autores estão aí carregados por essa força material, cuja palavra instrumentaliza o sujeito e determina uma sociedade.

Roudinesco (2006, p. 62), em uma análise do sofrimento psíquico contemporâneo, ao estudar a evolução do DSM, aponta um conjunto de ideias importantes: (a) em 1952 o manual procurava organizar as conquistas da psicanálise e da psiquiatria dinâmica; (b) ele misturava uma tripla abordagem: a cultural (a social), a existencial e a patológica, correlata a uma norma; (c) havia uma relação, não casuística, entre a psicofarmacologia e o tratamento pela palavra; (d) foram realizadas quatro revisões: 1968 (DSM II), 1980 (DSM III), 1987 (DSM III-R), 1994 (DSM IV) – e, acrescento, em 2013, o DSM V; (e) os conceitos de psicose, neurose e perversão foram substituídos⁹ pela noção de distúrbio (disorder – desordem); e, (f) no início dos anos 90, do século passado, a OMS (Organização Mundial de Saúde) publica um sistema que classifica e padroniza as doenças e outros problemas com relação à saúde. Esse sistema constitui a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), que fornece códigos e classifica doenças e uma variedade de sinais, sintomas, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.

Apresento, a título de observação, o CID 10, F 32 e F 33, extraído site <http://www.psiqweb.med.br/site>¹⁰, cujo **Recorte 2** segue abaixo:

CID 10 - F32	Episódios depressivos
CID 10 - F32.0	Episódio depressivo leve
CID 10 - F32.1	Episódio depressivo moderado
CID 10 - F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
CID 10 - F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

CID 10 - F32.8	Outros episódios depressivos
CID 10 - F32.9	Episódio depressivo não especificado

Nos episódios típicos de cada um dos três **graus** de depressão: **leve, moderado ou grave**, o paciente apresenta um **rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade**. Existe **alteração** da capacidade de experimentar o prazer, **perda** de interesse, **diminuição da capacidade** de concentração, associadas em geral à **fadiga** importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e **diminuição do apetite**. Existe quase sempre uma **diminuição da auto-estima** e da **autoconfiança** e freqüentemente idéias de **culpabilidade** e ou de **indignidade**, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, **lentidão** psicomotora importante, **agitação**, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

F33 – Transtorno Depressivo Recorrente	
CID 10 - F33.0	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve
CID 10 - F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado
CID 10 - F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos
CID 10 - F33.3	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
CID 10 - F33.4	Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

CID 10 - F33.8	-	Outros transtornos depressivos recorrentes
CID 10 - F33.9	-	Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade(hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento **antidepressivo**. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da **depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena**. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. **Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31)**.

O que eu gostaria de destacar com esses recortes são as relações de homonímia e de ambiguidade do político no estabelecimento dos processos de nomeação de uma patologia. Há um dizer que fabrica o diagnóstico de uma doença, cujo sujeito é um recruta, que recebe um diagnóstico. Nesse sentido, é interessante observar como a depressão é denominada no CID. No F32 chama-me a atenção o funcionamento de um efeito linguístico de realce que procura descrever a depressão. Assim, “aquilo é da ordem do depressivo” é organizado por um léxico cujo objetivo é sustentar um incidente da subjetividade e de nossos tempos. A depressão é um drama solto, isolado, seriado e ordenando gradativamente. Esse processo garante a unidade, o valor e o uso

político de um código. No CID F33 a homonímia, isto é, o que é da ordem da contingência, da arbitrariedade, da polissemia, produz a sinonímia do dizer: “aquilo que é da ordem do depressivo” é um desarranjo automático do sujeito. Todos e cada um podem viver a depressão. Apaga-se o drama pessoal em nome de um sistema universal. O político é assim da ordem do equívoco: no dizer a palavra não mata só a coisa, ela mata pessoas.

Outro recorte que gostaria de apresentar, também a título de observação, diz respeito às escalas de avaliação utilizadas por clínicos de psicofarmacologia para o estudo e validação confiável dos distúrbios psíquicos, entre eles a depressão. Assim, em se tratando da depressão a escala mais amplamente utilizada é a de Hamilton (HAM-D) que procura estabelecer critérios clínicos da depressão, medidas de evolução ou recuperação do episódio. A escala de Hamilton foi desenvolvida em 1960 sendo a escala de observação mais utilizada mundialmente. Ela é considerada padrão-ouro para avaliação com confiabilidade e validade das escalas posteriormente desenvolvidas. Eis um fragmento da escala Hamilton, meu **Recorte 3**:

Guia da entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão de Hamilton

Nome _____ do _____ paciente:

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana?
 Você tem se sentido para baixo ou deprimido?
 Triste? _____ Sem _____ esperança?
 Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a

palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro?
Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

- 1- sentimentos relatados somente se perguntados
- 2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras
- 3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro
- 4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal

Se pontuou de 1 a 4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos?
Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez?

Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão?

Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

- 0- ausente
- 1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas
- 2- idéias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado
- 3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo).
Delírio de culpa
- 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

Recorte 3: Guia da entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) – Arquivo – Rede de Pesquisa: Sintoma e Corporeidade – FCL-SP/Latefisp-Usp-Unifesp.

Essa escala possui três versões: com 17, 21 e 24 itens. Na avaliação global um score de 25 (ou 28) identificam pacientes gravemente deprimidos, de 18 a 24 referem grau moderado e de 7 a 17 graus leves de depressão. Em seu funcionamento enunciativo essa tabela, pela relação que dá a ver o jogo pergunta-resposta, procura validar algo já sabido. O questionário não é um mero instrumento de sondagem: ele é lugar de legitimação e organização de sentidos. Além de sustentar-se em um já sabido (as hipóteses). Tem-se aqui o funcionamento de como socialmente se instaura e se institucionaliza patologias. A escala de Hamilton diz muito bem “aquilo que é o deprimido”: um paciente cujo humor é da ordem da tristeza, da desesperança, do desamparo e da inutilidade. Esses estudos são sustentados por políticas públicas e contam ainda com o apoio de grandes laboratórios farmacêuticos, que financiam pesquisas muitas vezes direcionadas para aquilo que Michel Foucault denunciou em “A Defesa da Sociedade”, como “a medicalização da população” (FOUCAULT, 2002, p. 291). Ora, medicalizar o mal-estar na civilização, como a humanidade poderia resistir a essa pechincha?

4. Nos giros no político: o inconsciente não é um paciente

“A doença mental do homem é o eu”

Jacques Lacan – O Mito Individual
do Neurótico

Das muitas, assim no plural, eu gostaria de destacar duas das mais belas formulações do ensino lacaniano. A primeira, a meu ver, está na aula de 13 de novembro de 1968, que compõe o Seminário livro 16, “de um Outro ao outro”. Lacan diz: “a essência da teoria psicanalítica é um discurso sem fala” (LACAN, 2008, p. 11). Essa formulação será retomada pelo psicanalista, em 26 de novembro de 1969, dessa vez no Seminário, livro 17, “O avesso da Psicanálise”. A versão aqui é: o discurso da psicanálise é “um discurso sem palavras” (LACAN, 1992, p. 11). O impacto dessas formulações está no fato de que na articulação de um discurso, necessário para pensar o laço social, o lugar dessa articulação é o saber, um saber diferente do conhecimento. Assim, a questão do referente na linguagem é subvertida: ela não é

especificamente da ordem do dito e sim da ordem “do que se diga”, ou seja, do fato de haver significante, enunciação, do intervalo na cadeia significante produzir um sujeito, da castração.

O laço social, como aponta Soler (2009), com os indivíduos que ele agrupa, produzindo o efeito sociedade, é comandado por semblantes imaginários e simbólicos. Esse nosso tempo, de um poder de irrealização excepcional, não é diferente. A pressa, a rentabilidade, os imperativos de produção e competição alienam o sujeito. Há atualmente política que reduz os impasses e sofrimentos a doenças. Para um sujeito afligido ou desencorajado pelo fracasso, abatido pelo luto, à margem na competição pelo sucesso, o que se diz, desde então, é que ele está doente, deprimido.

Mas o inconsciente está ali, não importa o que aconteça, fabricando o lapso, os atos falhos e os sintomas que comandam o gozo dos sujeitos, a despeito deles próprios. Eu considero, tal qual a autora, que esses sintomas são uma resposta dos sujeitos aos males que se multiplicam hoje. Todavia, trata-los como doença tira o valor de verdade que aí incide. O diagnóstico montado, sustentado por muitos laboratórios farmacêuticos, é a resposta para todo qualquer sofrimento. Nós vivemos tempos de uma intolerância para com o sofrimento. Aquilo que dói precisa ser sedado. Numa lógica como essa não há lugar para o sintoma. Assim, toda melancolia e todo toque melancólico normal do ser falante, que diz respeito, como aponta Soler (2009) ao fato de que a linguagem permite ao sujeito se pensar mortal e finito (vivemos para também morrer), figura hoje sobre a etiqueta de distúrbios.

Quinet (2006) faz uma observação importante: a de que o significante é realmente criacionista. E o significante “depressão”, para o autor, parece ter engendrado um batalhão de sujeitos que se assim se qualificam: tristes, entediados, impotentes, angustiados. Parece haver, todavia, uma generalização, a cada vez que uma doença é encontrada. Na medicina um sintoma é signo inteiramente transparente de doença, ou dito de outro modo: há uma causa orgânica, alheia ao sujeito, que determina o seu destino.

Para a Psicanálise a depressão só pode ser um sintoma se o significante ali se engancha, porque no sentido analítico, clínico, (e eu concordo com Quinet, 2006) ela é um estado caracterizado por tristeza, falta de vontade. Perde-se o brilho que ilumina a vida. Luto e melancolia (o modelo do estado depressivo em Freud o que Lacan

elevou à categoria de Angústia) não remetem a uma doença ou sintoma, mas a traços da posição do sujeito como objeto. É preciso estar atento às heranças teóricas e clínicas, ao funcionamento do político nisso.

Nesse nosso tempo as ofertas de terapia e da psicofarmacologia nunca foram tão plurais. A esse processo irrompe toda uma discursividade mundializada: novas patologias, nova clínica, sujeito mutante, simbólico empobrecido, nova economia psíquica, produzindo uma confusão dos discursos psicológico-psiquiátrico e psicanalítico. Há muitos profissionais que se apropriam do nome psicanalista e que se inscrevem não somente no discurso da terapêutica como também naquele da avaliação constituindo-se em um mestre da palavra, a trabalho da normalização, da avaliação da consciência.

Para além das heranças, nessa minha reflexão, eu gostaria de recordar, que a depressão é um nome. Nome comum. Nome próprio. E os nomes são da ordem fratura. O que sustenta isso é o fato de haver sinonímia: depressão, tristeza, falência, fracasso, dor de existir, culpa, desamparo, inutilidade, Diva. Nós vivemos sobre a ilusão e evidência da sinonímia, como se as unidades fossem indestrutíveis. Ora, é preciso pensar não contra a palavra ou tomar a palavra com um seu adversário. Mas pensar o que acontece antes da palavra. Ver aí as marcas de um traço apagado, pois a palavra é forma material e o significante não une, ele traz apenas a equívocidade.

Ao apostar aqui no “nome dos sintomas” o meu ponto de vista não é o da patologia, que institui uma fronteira entre o doente e o são, e sim o da estrutura, ou seja, a relação do sujeito com o aparelho da linguagem. Nesse trabalho, o que está em jogo não é suprimir o sintoma como faz a medicina, mas de se colocar à sua escuta, se deixar enganar, se relacionar com o sem-sentido, questionar o que aí se nomeia.

Entretanto, como lidar com o sintoma, com aquilo que acontece sem a intervenção do sujeito? Como é que se escuta isso? Para além de uma resposta, um flagrante aqui se impõe: “Um analista recebe em seu consultório, para uma primeira entrevista preliminar, uma pessoa. Nesse encontro, ela enuncia: Eu sou hipertenso! Ao que o analista respondeu: - Prazer, eu sou o Conrado¹¹”. O sintoma é dessa ordem, algo com o que a gente se identifica, de um significante que engancha. O sintoma é a indicação de que há ali uma questão do saber. A psicanálise não é da ordem do que cala o sintoma, os estados, como faz

os medicamentos e as instituições terapêuticas. A questão é como conviver com o Pior.

Assim, a especificidade da Psicanálise hoje está na sua força política para além de toda terapêutica. A clínica psicanalítica não é um ritual, em que o psicanalista sustenta a inadequação da palavra à coisa; vive a cegueira teórica, política e conceitual de um campo; ou vende ainda uma possível adequação, como se a clínica fosse uma realidade já-lá. O trabalho ali é da ordem daquilo que diz Soler (2013): elucidar o inconsciente de que cada um é sujeito.

Esse meu texto deu muita atenção àquilo que se nomeia e isso por uma razão: nomear, denominar é uma função do significante, em resumo, daquilo que escapa ao sujeito. Assim, ao se trabalhar com a ordem do léxico da depressão aposta-se naquilo que encobre o sintoma, ou seja, a manifestação do inconsciente. Eu concordo com Soler (2009) de que há uma radicalidade naquilo que Freud e Lacan oferecem, ou seja, a Psicanálise “oferece” o efeito de sentido real do sintoma, ela muda o valor de uso deles, o valor de gozo e de satisfação, mas isso no um-a-um da análise. Para mim, há uma radicalidade naquilo que oferecem Michel Pêcheux e Eni Orlandi, na Análise de Discurso, com os atos deles: há materialidade; a língua é forma material; o sentido pode sempre outro; há relações contraditórias entre teorias; há entremeio; o silêncio não fala ele significa; é a cada análise, porque a teoria se impõe que se conhece um pouco do discurso e da língua; o esquecimento é estruturante; a língua é inatingível. A radicalidade aí está em pensar como funciona a língua no mundo. E só entra nesse jogo quem estiver em afinidade com o desejo de saber, de saber algo também de si.

Referências Bibliográficas

- BARBAI, M. A. “Memória, esquecimento, ressentimento: a nomeação nos sistemas políticos”. (Inédito).
- FINGERMANN, D.; KHEL, M. R. (2009). “O sujeito, o inconsciente e o tempo: entrevista com Colette Soler”. In: *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, v. 1, n. 1.
- FOUCAULT, M. (2002). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. de ME Galvão. São Paulo: Martins Fontes.

GUILHAUMOU, J.; MALDIDIER, D.; ROBIN, R. (1994). *Discours et archive: expérimentations en analyse du discours*. Liège: Editions Mardaga.

QUINET, A. (2006). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise, 1969-1970*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (2008). *O Mito Individual do Neurótico*. Trad. Claudia Berliner. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____. (2008). *O seminário, livro 16. De um Outro ao outro*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

ORLANDI, E. P. (1996). *Interpretação: autoria leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Campinas: Vozes.

_____. (2010). *Discurso e políticas públicas urbanas: a fabricação do consenso*. Campinas: RG Editora.

_____. (2012). “Sentidos em fuga: Efeitos da polissemia e do silêncio”. In: CARROZZA, G.; SANTOS, M.; SILVA, T. D. *Sujeito, Sociedade e Sentido*. Campinas: RG, p. 1-15.

_____. (2013). “A palavra dança e o mundo roda: Polícia!”. In: GUIMARÃES, E. *Cidade, Linguagem e Tecnologia: 20 Anos de História*. Campinas: Labeurb. p.13-30. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/labeurb20anos/index.php>

_____. (2014). “Parkour: corpo e espaço reescrevem o sujeito”. In: *Línguas e instrumentos linguísticos*, n. 34. jul-dez, p. 75-87. Campinas.

ROUDINESCO, E. (2006). *A análise e o arquivo*. Rio de Janeiro: Zahar.

SOLER, C. (2010). “O corpo falante”. In: *Caderno de Stylus*, v. 1, p.52-63. Rio de Janeiro: EPFCL.

_____. (2013). “A oferta, a demanda e... a resposta”. *Caderno de Stylus*, n. 26, p. 15-28. Rio de Janeiro: EPFCL.

Palavras-chave: Discurso, Depressão, Léxico.

Keywords: Discourse, Depression, Lexicon.

Notas

* Doutor em Linguística pela UNICAMP. Atualmente, é Pesquisador C do Laboratório de Estudos Urbanos, do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade, da UNICAMP.

¹ *La Douleur* (1898) – Émile Friant, Musée des beaux-arts. Disponível em: https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Emile_Friant_La_Douleur_1898.jpg. Acesso em: 02 de maio de 2017.

² A noção de efeito linguístico é da ordem do conceito de pré-construído. Assim, em todo nome há um retorno do saber sobre o pensamento. Nos nomes algo fala antes, depois e independentemente. Há uma relação entre memória e esquecimento. Todo nome é sempre da ordem do acontecimento. O que designa, refere e identifica deve ser remetido a uma formulação anterior, exterior e sempre independente e em oposição ao que é construído pelo enunciado. O que pode ser analisado com a série constituição/formulação/circulação do sentido ou ainda através do jogo entre enunciação/enunciado.

³ Não há o incidente. Aquilo que é sabido sempre volta.

⁴ Tomo aqui política da palavra numa relação com política do sintoma, ou melhor, a língua do sintoma, isto é, tudo o que se impõe sobre o corpo, em forma de dissonâncias e não conexões. O sintoma é testemunha de nossas contradições.

⁵ LACAN, J. Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

⁶ (cf. LACAN, 2009, p. 21).

⁷ Alô! Alô! Marciano. Letra e música. Rita Lee/Roberto de Carvalho. In: “Saudade do Brasil”, 1980.

⁸ Diva & Depressão. Disponível em:

<https://www.facebook.com/DivaDepressao?fref=ts>. Acesso em: 02 de maio de 2017.

⁹ Essa mudança de vocabulário produziu, segundo a autora (idem, p. 64), o apagamento da idéia de doença. Para isso, o termo “distúrbio mental” serviu para evitar a inferiorização de um paciente, que mesmo designado como doente, poderia solicitar ao usuário do DSM, juridicamente, uma reparação. O mesmo ocorreu o adjetivo “alcoólatra” por “dependente do álcool”, assim como esquizofrenia, que passou a ser qualificada de “distúrbios e [...] perturbação de tipo esquizofrênico”. Há, a meu ver, um trabalho do político, nas relações de força da linguagem, que faz tencionar uma relação entre o mesmo e o diferente. O que há são versões e a aversão do sentido. Essas formulações estabilizam uma mesma região do dizer: o que está jogo é sempre o enquadramento pela doença.

¹⁰ CID. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site>. Acesso em: 02 de maio de 2017.

¹¹ Exemplo compartilhado na Rede de Pesquisa: Teoria e Clínica, em 2012, sob a coordenação de Helena Bicalho e Maria Lúcia Araújo.