

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

**A DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE:
mídia e produção de uma subjetividade vulnerável**

Mariana Ferreira Pombo

Rio de Janeiro

Março de 2011

**A DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE:
mídia e produção de uma subjetividade vulnerável**

Mariana Ferreira Pombo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Comunicação e Cultura.

Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Rio de Janeiro

Março de 2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Pombo, Mariana Ferreira.

A depressão na contemporaneidade: mídia e produção de uma subjetividade vulnerável/ Mariana Ferreira Pombo. Rio de Janeiro: UFRJ/ECO, 2011.

152 f.

Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ Escola de Comunicação/ Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura, 2011.

1. Depressão 2. Subjetividade vulnerável. 3. Mídia. 4. Contemporaneidade.
I. Vaz, Paulo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura. III. A depressão na contemporaneidade: mídia e produção de uma subjetividade vulnerável.

**A DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE:
mídia e produção de uma subjetividade vulnerável**

Mariana Ferreira Pombo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Comunicação e Cultura.

Aprovada em 15 de abril de 2011 por:

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior
Instituto de Medicina Social/UERJ

Prof. Dr. Joel Birman
Instituto de Medicina Social/UERJ
Instituto de Psicologia/UFRJ

Prof. Dr. Paulo Roberto Gibaldi Vaz
Escola de Comunicação/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq e à FAPERJ, pela bolsa de mestrado.

Ao Professor Paulo Vaz, pela orientação atenciosa e o incentivo às minhas atividades acadêmicas ao longo dos seis anos de pesquisa.

Aos meus pais, Cândida e Dinamérico, pelo amor e a confiança que acalmam e encorajam, e pelo exemplo de perseverança.

À família, por me apoiar sempre.

Aos amigos e amigas, pelas palavras carinhosas e a compreensão dos meus momentos de reclusão.

Ao Marco, por me acompanhar nesse percurso com amor e sensibilidade.

RESUMO

A depressão na contemporaneidade: mídia e produção de uma subjetividade vulnerável

Esta dissertação pretende pensar a depressão como uma nova modalidade de sofrimento psíquico da contemporaneidade e entender por que houve um aumento significativo do número de diagnósticos da doença nas últimas três décadas. Para isso, será proposta uma narrativa que une dois nexos entre mudanças morais e aumento do número de deprimidos, um direto e um indireto. O nexo direto será analisado a partir das ideias de sociólogos e psicanalistas que propõem que a nova moralidade coloca novas exigências e obstáculos aos indivíduos, afetando, assim, a sua economia psíquica e produzindo vulnerabilidade e depressão como “objetos” no mundo. O nexo indireto será desenvolvido a partir das ideias de Foucault e de autores que mantêm relações com ele. Pretende-se compreender como as mudanças nos valores morais determinaram transformações no entendimento das relações entre normal e patológico e nos próprios conceitos psiquiátricos, favorecendo que mais pessoas se sintam frágeis e se pensem como possivelmente doentes. Pelo nexo indireto, vulnerabilidade e depressão são produzidas enquanto “objetos” mentais ou conceitos. Também será analisada a participação da mídia na construção de uma subjetividade vulnerável, ao divulgar uma linguagem ensinando ao leitor os termos para nomear e avaliar a sua vida íntima, e recuar o limiar a partir do qual um sofrimento é definido como patológico.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico, Depressão, Subjetividade vulnerável, Mídia, Contemporaneidade.

ABSTRACT

Depression in the contemporaneity: media and production of a vulnerable subjectivity

This dissertation intends to think depression as a new kind of psychic suffering in the contemporaneity and to understand why there was a significant increase in the number of the disease's diagnostics in the last three decades. It will be proposed a narrative that binds two nexus between moral changes and the increase in the numbers of depressed people, one direct and another indirect. The direct nexus will be analyzed from ideas of sociologists and psychoanalysts who propose that the new morality imposes new demands and obstacles to individuals, affecting, therefore, their psychic economy and producing vulnerability and depression as "objects" in the world. The indirect nexus will be developed from ideas of Foucault and authors linked to him. It is intended to understand how changes in moral values determined transformations in the comprehension of normal-pathological relations and in the psychiatric concepts themselves, inducing more people to feel fragile and to think of themselves as possibly ill. By the indirect nexus, vulnerability and depression are produced as mental "objects" or concepts. The role of the media in the construction of a vulnerable subjectivity will also be analyzed, as it promotes a language that teaches its reader the terms to name and evaluate his private live, and recedes the boundary from which suffering is defined as pathological.

Key words: Psychic suffering, Depression, Vulnerable subjectivity, Media, Contemporaneity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1 – NARRATIVAS DA DEPRESSÃO.....	10
1.1 O progresso da ciência.....	10
1.2 A produção do deprimido.....	12
1.3 A produção do conceito de depressão.....	15
1.3.1 Poder, verdade e produção de subjetividade.....	17
1.3.2 Historicidade da doença mental.....	22
1.3.3 Raridade discursiva.....	26
1.3.4 Afetação do classificado pela classificação.....	28
1.4 Proposta.....	35
CAPÍTULO 2 – NARRATIVAS PSICANALÍTICAS DA DEPRESSÃO.....	38
2.1 Cultura da vergonha.....	38
2.2 Imperativo de gozo e seus conflitos.....	41
2.3 Cultura do narcisismo e desamparo.....	44
2.4 Autonomia e ordem simbólica.....	48
CAPÍTULO 3 – TRANSFORMAÇÕES NA MORALIDADE.....	54
3.1 Mal-estar na contemporaneidade.....	55
3.2 Generalização da exigência de autenticidade.....	58
3.3 Dilemas da autonomia.....	61
3.4 Cultura terapêutica.....	64
3.5 Vulnerabilidade, autoestima e trauma.....	67

CAPÍTULO 4 – REFORMULAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE NORMAL E PATOLÓGICO.....	74
PARTE I – MEDICALIZAÇÃO.....	77
4.1 A psiquiatria do século XIX: normalização e estigmatização dos indivíduos.....	77
4.2 A psiquiatria na atualidade.....	80
4.2.1 Desestigmatização da doença e reconhecimento do sofrimento.....	82
4.2.2 Reivindicação ou recusa do diagnóstico.....	85
4.3 Medicalização na contemporaneidade.....	88
4.4 Expansão dos diagnósticos.....	92
4.5 Mudanças no conceito de depressão	96
4.6 Atitude instrumental diante do sofrimento.....	99
PARTE II – NOVO NEXO ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E DOENÇA MENTAL.....	102
4.7 Virada hierárquica do sofrimento sobre a saúde mental.....	102
4.8 Transferência do cuidado do médico para o paciente.....	104
4.9 A importância da sociabilidade na definição de doença mental.....	108
4.10 Normalidade inalcançável e narrativas genéricas do sofrimento.....	110
4.11 Nova forma de falar do sofrimento.....	111
4.11.1 Aprendizado dos termos mentais.....	113
CAPÍTULO 5 – MÍDIA E PSICOLOGIA PARA AS MASSAS.....	116
5.1 Desestigmatização da doença.....	118
5.2 Estímulo a pensar sobre si.....	128
5.3 Criação da linguagem da vida íntima.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
ANEXO	150

INTRODUÇÃO

O aumento do número de deprimidos

A depressão, ou transtorno depressivo maior, como é nomeada desde o DSM-III (terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria), de 1980, é a doença mental mais comum nos Estados Unidos, sendo seguida pela fobia social e o abuso de drogas (ELLIOTT, 2003). No Brasil, cerca de 17 milhões de indivíduos foram diagnosticados como deprimidos nos primeiros anos do século XXI. E a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que a depressão será a segunda causa de morbidade no mundo em 2020, após as doenças cardíacas (KEHL, 2009).

Segundo o site da OMS e o documento nele disponível *Conquering Depression – You can get out of the blues*, atualmente ela atinge de 5% a 10% da população mundial, ou seja, entre 300 e 600 milhões de pessoas. Além disso, a probabilidade de uma mulher sofrer de depressão em algum momento da vida é de 20 a 25%, enquanto para o homem o risco diminui para de 7 a 12%, mas ainda assim é bastante significativo.

Uma pesquisa realizada pelo Inserm (*Institut national de la santé et de la recherche médicale*), na França, chegou a resultados muito parecidos aos da OMS (EHRENBERG, 2000): a probabilidade de um homem ter um episódio depressivo na vida é de 10,7%, enquanto a de uma mulher é 22,4%. Outra fonte mais recente (HORWITZ e WAKEFIELD, 2007) cita estudos epidemiológicos nos Estados Unidos segundo os quais 10% dos adultos homens e cerca de 20% das mulheres se deprimem a cada ano, além de alertar que 50% da população desse país se deprimirão ao longo da vida.

Alguns dados sobre a mudança histórica na sua prevalência (percentual de pessoas que ao longo da vida sofreram de depressão) e incidência (percentual de pessoas com depressão no último ano) apontam para a articulação entre depressão e cultura contemporânea, a qual esta dissertação procurará problematizar. Enquanto nas décadas de 70 e 80 a estimativa de prevalência da doença na população mundial era de 3%, o equivalente na época a 100 milhões de pessoas (EHRENBERG, 2000), pesquisas recentes afirmam que só a incidência hoje já é de 6,6% ou 396 milhões de indivíduos (KESSLER et al, 2007). A comparação histórica fica ainda mais interessante quando a essas duas porcentagens acrescenta-se a estimativa de prevalência nos primeiros 45 anos do século XX, mesmo que só fossem contados os deprimidos internados em asilos: 0,005% (HEALY, 1997).

O aumento dos diagnósticos também pode ser percebido pela maior procura por tratamento para a depressão nos últimos anos. Entre 1987 e 1997, por exemplo, cresceu em 300% o número de pacientes deprimidos em atendimento nos ambulatórios norte-americanos. Os dados sobre o crescimento do uso do Prozac também são reveladores: de 94 para 99, aumentou de 11 para 38 milhões o número de usuários do medicamento. Entre 1988 e 2000, o uso de antidepressivos, não só do Prozac, triplicou, tendo havido um aumento de 600% nos gastos com esses remédios nos Estados Unidos na década de 90; em 2000, os gastos ultrapassavam sete bilhões de dólares (HORWITZ e WAKEFIELD, 2007).

E não são apenas as taxas da depressão que crescem de maneira progressiva. Relatórios europeus sobre saúde mental nesse continente já afirmam que, em um ano, 250 pessoas em cada grupo de mil sofrem de uma doença psiquiátrica. A OMS, que batizou 2001 como o ano da saúde mental, confirma a mesma incidência para o resto do planeta: um quarto da população mundial sofre de alguma doença mental (EHRENBERG, 2004a).

De fato, nos últimos 30 anos, uma série de novas patologias surgiu – ou surgiram, pelo menos, novas nomenclaturas para definir antigas patologias – e, desde então, atinge cada vez mais pessoas. Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), síndrome do pânico, adições que investem nos mais diversos objetos (drogas, álcool, comida, jogo, sexo, consumo, remédios), fobia social, transtorno da ansiedade generalizada (TAG), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno do opositor desafiante (TOD). A lista de nomes é extensa e tende a aumentar, diversificando a oferta e facilitando que mais indivíduos se identifiquem com suas descrições de sintomas.

A depressão na mídia

A primeira reportagem sobre a depressão a que tive acesso quando me interessei pelo tema – e que aparece como o primeiro resultado no Google quando se digita “depressão na Época” – foi uma matéria de capa da Revista Época, cujo título é *O desafio da depressão*¹. Ela traz o quadro abaixo, publicado em forma de *box*, que parece construir a distinção entre atitudes e hábitos característicos de uma tristeza leve e outros que definiriam os sintomas da depressão.

¹ BURCKHARDT, E.; VEIGA, A. O desafio da depressão; 5 mai. 2003.

TRISTE OU DEPRIMIDO

Você está apenas triste quando

Chora assistindo a “Central do Brasil”
 Dorme mais que o habitual
 Não tem disposição para noitadas
 Assiste a um episódio de “*Friends*” para se animar
 Come sozinho uma caixa de chocolate
 Faz sexo sem se preocupar em ter prazer

E está deprimido quando

Chora sem motivo horas a fio e não se sente melhor depois
 Tem dificuldade para dormir, mas é capaz de passar dias
 prostrado na cama
 A vida parece sem motivo ou objetivo
 Não consegue tomar pequenas decisões
 Não tem vontade de ver pessoas
 Foge de qualquer contato sexual

Figura 1: Triste ou deprimido

Fonte: Revista Época, 5 mai. 2003

Além de delimitar o que é tristeza e o que é doença, a notícia utiliza uma linguagem própria da vida íntima, com expressões como “estar no fundo do poço” e “a constante sensação de estar em um abismo”, para descrever a sensação do que é estar em depressão. Também abre espaço para quem passou por crises depressivas contar o que sentiu e ensinar diretamente ao leitor o que é sofrer, como é o caso da apresentadora de TV Sabrina Parlatore: “Mesmo estando no auge da carreira, sentia-se triste sem saber o porquê. ‘Achava que ia morrer e não dormia com medo de não acordar. Sentia um vazio tremendo’, lembra”.

Pelo vocabulário que qualifica os estados mentais, o leitor torna-se capaz de discernir quais sensações singularizam a depressão e se há um excesso em sua tristeza. Em seguida, a matéria encoraja o leitor a buscar ajuda médica caso se identifique com os sintomas do deprimido, alertando-o para os riscos da demora em ser diagnosticado e os de uma depressão mal cuidada, e sugerindo que o número de consumidores de antidepressivos no Brasil está muito aquém do esperado.

Outra característica da reportagem que me chamou a atenção foi a articulação entre depressão e causa neuroquímica, estabelecida em mais de um momento. Inicialmente, quando a doença é definida: “Classicamente chamada de ‘doença da alma’, a depressão ganhou um caráter químico quando se descobriu sua ligação com a falta de suas substâncias no cérebro: a serotonina e a noradrenalina”. Em seguida, ao mostrar, por meio de ilustrações do cérebro, a “alquimia da depressão”. E, por fim, também ao criticar profissionais da saúde que tentam interpretar de outra forma, que não a química, os sintomas da depressão.

Uma ilustração no interior da matéria, denominada “Erros comuns no diagnóstico da depressão”, exibe uma mulher perguntando a um médico: “Doutor, ando chorando muito, estou sem ânimo para nada, até para namorar. Será que estou com depressão?”. O desenho então apresenta, ironicamente, as respostas que médicos de diferentes especialidades e um psicólogo dariam à paciente. Todas começam com “Acho que não” e são acompanhadas pela interpretação de cada um deles para os sintomas enunciados. O endocrinologista diria: “Você deve estar com algum problema na tireóide e, por isso, ganhou peso e ficou desmotivada”. Já a fala do ginecologista seria: “Você deve estar entrando na menopausa e tem que fazer reposição hormonal”. E até mesmo o psicólogo erraria na sua avaliação: “Você está chegando aos 50, os filhos saíram de casa e o casamento deve ter perdido a graça”.

Apenas o psiquiatra é apresentado pela notícia como capaz de diagnosticar e tratar corretamente o deprimido. Apesar de abrir um pequeno espaço para uma psicanalista lamentar que hoje em dia as pessoas não aceitam sofrer e, por isso, não tentam entender a causa de seus problemas, a reportagem propõe uma explicação de por que a psicanálise já não é o método mais procurado por quem sofre:

O divã vem perdendo público. Isso acontece porque os seguidores de Freud não têm meios para comprovar que é possível encontrar a razão da depressão e curá-la através da busca do inconsciente. A seu favor, os remédios têm a vantagem de diminuir ou acabar com os sintomas da depressão.

Enquanto os remédios são apresentados pela matéria como solução para depressão em curto prazo, a proposta para a sua cura em longo prazo é a descoberta pela ciência da constituição genética do deprimido, também determinante no surgimento da doença; dessa vez, é o próprio psiquiatra quem é convidado a falar: “Avançamos com drogas potentes de poucos efeitos colaterais que encorajam o paciente a tomar a medicação pelo tempo necessário. Agora, temos que procurar o gene que desencadeia a doença. Se, um dia, conseguirmos bloqueá-lo, pode ser a cura definitiva”.

A dissertação

Selecionei aqui dois elementos da cultura contemporânea que me surpreendem e incomodam. De um lado, o aumento recente do número de pessoas diagnosticadas com alguma doença mental, sobretudo a depressão, e do uso de antidepressivos. De outro, a participação da mídia na divulgação de vocabulário e conceitos que incitam o leitor a dar sentido e valor ao seu sofrimento, e a se reconhecer como um possível deprimido que necessita de cuidados da psiquiatria. Da surpresa e do incômodo, surgiu o desejo de tentar

entender o que nossa cultura tem de singular para favorecer que tantos indivíduos se deprimam e, deprimidos, busquem o tratamento medicamentoso para curar o seu sofrimento.

Esta dissertação pretende, portanto, pensar a depressão como uma nova modalidade de sofrimento psíquico da contemporaneidade. Ainda que a tristeza e outras formas de mal-estar sempre tenham existido, é apenas na sociedade atual que elas são categorizadas como esse tipo específico de doença mental, com sintomas, causas e formas de tratamento particulares. E é também somente por ter à disposição essa nova categoria que define modos de ser e de sentir que os indivíduos se pensam e agem na atualidade de formas igualmente singulares.

A hipótese, então, é a de que a nova normatividade social é condição de possibilidade para que certos comportamentos e emoções sejam classificados como patológicos, ou seja, para a emergência de novas categorias de doença mental, que são classificações dos modos de ser, sentir e agir dos indivíduos. E essas classificações, por sua vez, afetam a subjetividade daqueles por elas categorizados, legitimando, inclusive, certas atitudes éticas diante da vida e do sofrimento.

O primeiro capítulo apresentará três narrativas possíveis para explicar o aumento das taxas de prevalência e de incidência da depressão na atualidade. Cada uma delas articula de modo particular as mudanças recentes na moralidade e o crescimento do número de deprimidos. A primeira interpreta o aumento como resultado positivo do progresso da ciência, que teria possibilitado a descoberta do verdadeiro diagnóstico da depressão. A ideia é a de que esse modo de sofrer é natural e, por isso, permanente no tempo, e o que houve recentemente foi somente a mudança de percepção sobre ele.

A segunda e a terceira narrativas, ao contrário da primeira, entendem que houve mudança histórica e produção de uma nova subjetividade, e não apenas modificação da percepção sobre o sofrimento, e serão, por isso, as adotadas por esta dissertação. A diferença entre as duas é analítica. A segunda, representada nesse capítulo por Alain Ehrenberg, defende umnexo direto entre mudanças morais e aumento do número de deprimidos: a nova moralidade provoca efeitos subjetivos diretamente sobre os indivíduos, ao lhes colocar novas exigências, como a de performance. A depressão seria a forma de adoecimento psíquico, cada vez mais frequente, própria de indivíduos que falham em atender a essas demandas; daí o aumento da sua prevalência.

Já a terceira narrativa propõe umnexo indireto, e não direto como faz a segunda, entre mudanças nos valores morais e aumento do número de deprimidos. As ideias de Michel Foucault e de autores que mantêm relações com ele, como Arnold Davidson, Ian Hacking,

Paul Veyne e Paulo Vaz, serão estudadas com o objetivo de problematizar as articulações entre poder e saber. Trata-se de entender como as mudanças morais, ao determinarem o que é indesejável na cultura, favoreceram a criação da categoria de depressão pela psiquiatria e, principalmente, como essa categoria, ao fornecer normas para os indivíduos se pensarem e serem pensados, também facilita que mais pessoas se reconheçam doentes, contribuindo para o crescimento das taxas de depressão. Também está em jogo a afetação que a classificação de depressão, ao hierarquizar emoções e comportamentos e propor o seu tratamento, exerce sobre os indivíduos, que, ao se reconhecerem deprimidos, mudam o modo como interpretam e lidam com o seu sofrimento.

No capítulo 2, serão analisadas as narrativas de autores psicanalistas que propõem diferentes modos de interpretar o aumento recente do número de deprimidos, ou pelo menos a posição de destaque que essa doença ganha no discurso psicopatológico atual. A proposta de mais um capítulo sobre narrativas da depressão se deve ao fato de a segunda e a terceira narrativas expostas no capítulo 1 não se ocuparem especificamente da afetação que a moralidade provoca sobre a economia psíquica dos indivíduos e os seus modos de sofrer, levando-os a se deprimirem mais.

Os autores selecionados foram Benilton Bezerra Jr., Joel Birman, Julio Verztman, Regina Herzog e Teresa Pinheiro, e Maria Rita Kehl. De modo geral, eles escolhem como elementos importantes da nova moralidade a crise das referências simbólicas modernas e a emergência de novas exigências, como as de autonomia, performance e exteriorização da subjetividade. Esses elementos afetam a subjetividade dos indivíduos, produzindo vulnerabilidade e uma nova organização psíquica, a do deprimido, caracterizada pelos sentimentos de insegurança, insuficiência, vazio e vergonha, pela economia narcísica do eu ideal, pelo desejo de reconhecimento do outro.

O terceiro capítulo será dedicado à análise mais pormenorizada das mudanças ocorridas na moralidade e no individualismo, na passagem da modernidade à pós-modernidade. Serão expostas as ideias principais de alguns autores, como a de mal-estar na pós-modernidade, de Zygmunt Bauman, a de generalização da exigência de autenticidade, de Charles Taylor, a dos dilemas da autonomia, de Ehrenberg, e a da característica terapêutica de nossa cultura, de Philip Rieff e de Frank Furedi. Embora esses autores, com a exceção de Ehrenberg, não falem especificamente da depressão, é possível estabelecer um diálogo interessante entre as suas ideias e as dos autores do capítulo 2, sobretudo no que diz respeito à perda de modelos e referenciais modernos, aliada às novas exigências sociais, ter contribuído para o aumento da vulnerabilidade do sujeito contemporâneo.

No final do capítulo 3, a partir da ideia de Furedi de que a vulnerabilidade atual dos indivíduos é construída pela cultura terapêutica, será defendida a união de dois argumentos nesta dissertação. O primeiro é o que defende a produção de vulnerabilidade por um nexos direto, isto é, como resultado da perda de referências simbólicas e da emergência de novas exigências, conforme será exposto nos capítulos 2 e 3. O segundo é o que propõe essa produção por um nexos indireto, ou seja, como consequência da influência que os modos de interpretar e de lidar com o sofrimento legitimados pela cultura exercem sobre os indivíduos.

O capítulo 4 se ocupará, então, de desenvolver o segundo argumento. Isso implica pensar que as mudanças morais recentes, além de afetarem diretamente a subjetividade dos indivíduos, tornando-os mais frágeis e vulneráveis a se deprimir, também provocaram transformações nas relações entre normal e patológico e nos próprios conceitos da psiquiatria, inclusive no de depressão, contribuindo para a construção de vulnerabilidade. O objetivo é compreender como os novos entendimentos e conceitos de doença mental encorajam os indivíduos a se conceberem como podendo adoecer com mais facilidade.

O quarto capítulo será dividido em duas partes principais. A primeira abordará o tema da medicalização. Inicialmente, serão descritas a psiquiatria do século XIX e a versão moderna de medicalização, tendo como base as ideias de Foucault e de Canguilhem. A psiquiatria nessa época funcionava como poder normalizador de desvios e propunha cuidar e corrigir o doente, visto como simultaneamente perigoso e sofredor. Como a doença mental estava ligada à moralidade e à alteridade, o diagnóstico psiquiátrico produzia estigma.

Em seguida, essa parte do capítulo discorrerá sobre a psiquiatria na atualidade, após a reforma pela qual passou na década de 70, e sobre a nova forma que a medicalização de comportamentos e emoções assume nesse contexto. Como referências, foram utilizados autores que, direta ou indiretamente, falam da medicalização na contemporaneidade, dentre os quais estão Benilton Bezerra Jr., Peter Conrad, Joseph Dumit, Charles Rosenberg, Richard Rechtman, Allan Young. Veremos inicialmente que houve a desestigmatização da doença mental e o diagnóstico ganhou a função de autenticar o sofrimento, pois define, não mais uma anormalidade, e sim uma condição normal. Com isso, passa a ser mesmo reivindicado pelos indivíduos.

Também serão tratadas nessa parte as mudanças ocorridas, desde a publicação do DSM-III, nos conceitos e nos critérios diagnósticos das doenças mentais, sobretudo nos da depressão. Este é o primeiro modo de compreender a reformulação das relações entre normal e patológico. Será visto como, com a crescente hegemonia da psiquiatria biológica, a etiologia do sofrimento, associada à história de vida do sujeito e ao conflito psíquico, tende a

perder importância na atualidade para critérios “objetivos”, como a descrição de sintomas e a sua interpretação neuroquímica. O resultado é o aumento do número de pessoas passíveis de se reconhecerem e serem reconhecidas como deprimidas.

Na segunda parte do capítulo, a partir de ideias de Ehrenberg e Elliot, serão abordadas as mudanças que a nova normatividade determinou nonexo entre sofrimento psíquico e doença mental, outro modo de entender a reformulação das relações entre normal e patológico, com a finalidade de complementar o argumento da construção da vulnerabilidade e da propensão a se deprimir.

Primeiramente, o foco será dado à virada hierárquica do sofrimento sobre a doença mental – a doença se torna apenas um elemento do sofrimento psíquico – e à redefinição do ideal de saúde mental, que pressupõe, além da ausência de sintomas, um bem-estar completo. A contrapartida de um ideal que descreve uma “mais que normalidade”, praticamente impossível de ser alcançada, é que sempre haverá um sofrimento a ser cuidado.

Por fim, serão propostas mais duas características de nossa cultura contemporânea. A primeira é a produção de incerteza sobre o quão bem um indivíduo se sente e, conseqüentemente, de dúvida sobre a possibilidade de sua experiência subjetiva não ser boa o suficiente ou de ele já estar doente. A segunda é a socialização desse sujeito, inseguro a respeito de seus estados mentais, a interpretar e a expressar o seu sofrimento por meio dos termos de uma linguagem terapêutica. O indivíduo é, assim, encorajado a pensar que todo sofrimento que experimenta pode ser patológico, ou seja, a se sentir vulnerável, doente ou na iminência de adoecer, inclusive porque o ideal de saúde mental se configurou na atualidade como praticamente inalcançável.

O quinto capítulo, o último da dissertação, pretende analisar a participação da mídia na construção de uma subjetividade vulnerável e no aumento do número de deprimidos, ao divulgar uma linguagem que ensina ao leitor os termos para nomear a vida íntima e o estimula a estabelecer uma distância terapêutica em relação a si. Partindo do alerta de Wittgenstein de que a linguagem da interioridade precisa ser ensinada no espaço público, a mídia foi escolhida aqui como um lugar importante onde esse aprendizado ocorre. A partir da análise de notícias sobre depressão coletadas no jornal Folha de S. Paulo, serão expostos três movimentos realizados pela mídia: a desestigmatização da doença, o estímulo a pensar sobre si e a criação da linguagem do íntimo. Será desenvolvida a hipótese de que, ao ensinar ao leitor o que é sofrer e ao convidá-lo a avaliar a qualidade de seus estados mentais, a mídia divulga uma narrativa que reduz a distância entre sofrimento e patologia. Desse modo,

contribui para a produção de vulnerabilidade e para a ampliação dos (auto)diagnósticos de depressão.

CAPÍTULO 1

NARRATIVAS DA DEPRESSÃO

A partir dos dados apresentados na introdução sobre o crescimento das taxas das doenças mentais e, mais especificamente, da depressão, incômodos surgem, levando a colocar questões. De que forma essa nova categoria de doença mental se configurou como a principal de nossa época? O que a cultura contemporânea tem de particular que torna possível que mais pessoas adoçam e que certos tipos de tristeza e ansiedade sejam descritos e sentidos como condições patológicas? Que narrativa sobre essa cultura é capaz de dar conta do significativo aumento do número de deprimidos e do sucesso dos antidepressivos?

O aumento das taxas de prevalência e de incidência da depressão pode ser interpretado de diferentes maneiras. As possibilidades de interpretação dependem do modo como se articula esse aumento, de um lado, com as transformações no conceito de depressão e, de outro, com as diversas mudanças morais, sociais e tecnológicas ocorridas nos últimos 60 anos. A seguir, serão apresentadas três narrativas, com o objetivo de mostrar como cada uma delas, ao tentar explicar a mudança, estabelece diferentes relações entre número de deprimidos, classificação científica da depressão e mudanças na moralidade.

1.1 O progresso da ciência

As narrativas podem ser divididas entre as que veem o aumento do número de diagnósticos de depressão como algo positivo e as que o criticam. A primeira narrativa é a que interpreta positivamente o crescimento das taxas da depressão; ele é, segundo os seus adeptos, o resultado do progresso do conhecimento, que é também avanço moral: o percentual de pessoas em uma dada população que sofre de depressão sempre foi o mesmo, mas só a psiquiatria atual foi capaz de diagnosticá-las corretamente. Isso explicaria o aumento dos diagnósticos da doença e também a diminuição do sofrimento dos indivíduos, que podem agora ser tratados de forma adequada.

Segundo essa primeira narrativa – uma típica narrativa de progresso da ciência –, portanto, o aumento na prevalência e na incidência da depressão resulta da mera (e positiva) mudança de diagnóstico. De modo abstrato, essa narrativa supõe a permanência do objeto no tempo e a variação da percepção sobre ele, com o termo “descoberta” – e não “invenção”, “produção” ou “construção” – sendo a metáfora privilegiada na descrição da relação entre

mudança de classificação e objeto classificado. Sob um ponto de vista crítico, o seu procedimento envolve a naturalização de um objeto do presente e a sua extensão para o passado. O DSM-IV-TR afirma que as taxas de prevalência da depressão não teriam relação com etnia, educação ou status afetivo (APA, 2000); projetando o que essa independência sugere para a diferença cultural e histórica, suporíamos que a prevalência de deprimidos em qualquer cultura é constante, variando apenas a percepção e o modo de tratá-los.

Por ser uma narrativa de progresso, ela propõe justamente que a forma atual de classificação da depressão é a que melhor ordena os seus sintomas, descobre as suas causas, estima a sua evolução e dispõe de meios efetivos de intervenção para alterar o seu curso clínico. Ao hierarquizar as classificações, supõe que os cientistas de nossa cultura são os únicos a não serem afetados por crenças e valores que distorcem a percepção do objeto. Os homens do passado, por não pensarem como eles ou não terem acesso à tecnologia necessária, não viam o que hoje eles conseguem enxergar e, por isso, não eram capazes de reconhecer a doença (VAZ, 2002).

Essa retórica é utilizada por autores que propõem novas teorias e querem atribuir às hipóteses anteriores, diferentes das suas, o estatuto de atrasadas. Como exemplo, temos a teoria dos marcadores somáticos proposta por Antônio Damásio em seu livro *O Erro de Descartes* (apud VAZ, 2002). Utilizando técnicas avançadas de visualização do cérebro, ele estabeleceu uma relação entre lesão do córtex pré-frontal e ausência de emoções e dificuldade na tomada de decisões. Em seguida, para explicar porque os médicos de Thineas Gage – um homem que, em um acidente no século XIX, teve o cérebro atravessado por uma barra de ferro – não conseguiram associar a lesão à alteração de comportamento observada no paciente, Damásio alega que os cientistas dessa época ainda acreditavam na alma e não podiam admitir que ações morais tivessem contrapartida anatômica: “De fato é difícil imaginar alguém dos dias de Gage com o conhecimento e a coragem para olhar na direção adequada” (apud VAZ, 2002, p. 126). Como podemos perceber, o passado é descrito por ele como lugar de crenças falsas e ultrapassadas. Mas Paulo Vaz nos alerta para outra forma de entender porque os médicos da época não associaram lesão e comportamento:

O problema não é narrar a superioridade das crenças do presente sobre aquelas do passado, mas pura e simplesmente atentar para a estranheza de nossas crenças. Talvez os homens de outrora não estabeleceram a relação entre conduta social desviante e lesão cerebral simplesmente porque sua sociedade não reconhecia, no comportamento de Gage, um desvio relevante. (VAZ, 2002, p. 126)

A narrativa de progresso do conhecimento não acredita que houve com o tempo mudanças na subjetividade dos indivíduos: o sofrimento que eles experimentam e a maneira como se comportam é a mesma em qualquer época. Também não acolhe a ideia de que os

comportamentos tidos como desviantes variam conforme a cultura em questão. Por esses motivos, ela não servirá a esta dissertação, que se baseia nas ideias foucaultianas e, portanto, parte do pressuposto de que o sujeito é histórico (FOUCAULT, 1983, 2007b), ou seja, se constitui a partir do regime de verdade produzido pelo poder de sua época, regime que, por sua vez, muda de uma sociedade para outra.

Em *The subject and power*, Foucault diz mesmo que o poder transforma indivíduos em sujeitos². Como são leis de verdade que configuram as formas da normalidade e do desvio, cada sujeito pensará a sua individualidade e objetivará a si próprio de uma maneira (positiva ou negativamente), dependendo do saber que tiver à sua disposição. “Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2007b, p. 180).

As outras duas narrativas que serão analisadas aqui se diferenciam da primeira justamente por aceitarem que houve mudança histórica e, conseqüentemente, produção de novas subjetividades. Desse modo, rejeitam a ideia de que o aumento da incidência e da prevalência da depressão resulta de mera mudança na percepção. Há uma distância analítica entre as duas, entretanto. Ela diz respeito ao modo como é feita a articulação entre a mudança e o surgimento de novos sintomas ou patologias: enquanto uma seria, em certo sentido, “realista”, pois defende que a mudança moral age diretamente sobre os indivíduos, provocando neles novos efeitos subjetivos, a outra aposta em umnexo indireto, isto é, na ideia de que a mudança moral afeta a maneira como os indivíduos são pensados pela ciência e como eles próprios se pensam a partir das classificações produzidas por ela.

1.2 A produção do deprimido

A segunda narrativa propõe que cada sociedade coloca exigências singulares a seus membros, que têm, assim, formas diferentes de sofrer e de falhar em atender a elas. Ou seja, uma mudança na normatividade social afeta diretamente e de um modo específico a subjetividade dos indivíduos, que então adoecem de maneiras também específicas. O sociólogo Alain Ehrenberg (2000) defende esse argumento em relação à depressão: a passagem de uma sociedade da disciplina para uma da autonomia ou da responsabilidade teria implicado no declínio da neurose e na ascensão da depressão.

² “It is a form of power which makes individuals subjects” (FOUCAULT, 1983, p. 212).

Vejam como se desenvolve essa narrativa. A sociedade disciplinar era uma sociedade homogeneizante, onde os modos de ser propostos a todos eram construídos na distância com os anormais, com aquilo que ninguém deveria ser: loucos, delinquentes e perversos sexuais (FOUCAULT, 1984, 2001). Nem tudo o que era possível ser e desejar era permitido, pois não era considerado normal. A partir dessa forma de ordenação produtora de culpa, cuidar de si significava abafar no que se desejava tudo o que fosse incompatível com o que se devia desejar ser.

A sociedade contemporânea, por sua vez, teria como marco simbólico Maio de 1968, quando foi dito que nada é proibido, que tudo é possível, onde a exigência de autenticidade, de não ser como os outros, se generalizou (TAYLOR, 2007). Mais do que expressar maior tolerância em relação às diferentes formas de se comportar e obter prazer, a cultura reivindica que cada indivíduo busque seu modo autêntico de vida, expresse suas individualidade e personalidade através de escolhas próprias, principalmente no consumo.

A liberação em relação às exigências da sociedade disciplinar não significa, porém, o fim de pressões sociais: estaríamos submetidos agora à exigência de performance e de iniciativa. Ehrenberg (2000) fala sobre a pressão da sociedade exercida hoje sobre os indivíduos para que se tornem si mesmos, se apoiem em seus recursos internos para autogerir suas vidas, já que se está diante da crise de padrões e de guias externos sobre o que ser e fazer. Essa perda de referências “privatiza” a existência, transformando cada indivíduo em “soberano” de si, em único “proprietário” da sua vida.

A contrapartida da ausência de uma norma unitária que ordene comportamentos e desejos seria o aumento dos sentimentos de insegurança e de fragilidade do indivíduo. E é do conflito entre responsabilidade quase plena por sua vida e impotência diante dela que emergiria o sujeito deprimido (EHRENBURG, 2000). Embora possamos ser tudo o que desejarmos, jamais seremos tudo o que desejamos, pois nem tudo é possível.

No lugar da disciplina e da obediência, a independência em relação aos constrangimentos sociais e o retorno a si; no lugar da finitude e do destino ao qual é preciso se adaptar, a ideia de que tudo é possível; no lugar da velha culpa burguesa e da luta para se libertar da lei dos pais (Édipo), o medo de não estar à altura, o vazio e a impotência que daí resultam (Narciso). A figura do sujeito sai daí bastante modificada: trata-se doravante de ser semelhante a si mesmo. A partir do momento onde *tudo é possível*, as doenças da insuficiência vêm colocar, no interior da pessoa, feridas lhe lembrando que *tudo não é permitido*³. (EHRENBURG, 2000, p. 136)

³Au lieu de la discipline et de l'obéissance, l'indépendance à l'égard des contraintes sociales et l'étayage sur soi; au lieu de la finitude et du destin auquel il faut s'adapter, l'idée que tout est possible; au lieu de la vieille culpabilité bourgeoise et de la lutte pour s'affranchir de la loi des pères (Edipe), la peur de ne pas être à la hauteur, le vide et l'impuissance qui en résultent (Narcisse). La figure du sujet en sort largement modifiée: il s'agit désormais d'être semblable à soi-même. À partir du moment où *tout est possible*, les maladies de

A hipótese de Ehrenberg, então, é a de que, quando houve mudança normativa na relação entre indivíduo e sociedade, a subjetividade dos indivíduos foi afetada pelas novas exigências sociais e os seus modos de sofrer também se modificaram. A depressão se define como patologia da insuficiência, da incapacidade, e não do erro ou do conflito. O deprimido, em vez de se culpar pelo o que deseja, atormenta-se com a distância que existe entre o que é e o seu ideal de ser: ele nunca se torna ele mesmo o suficiente, como se corresse permanentemente atrás de sua sombra.

Assim, a fadiga depressiva toma a frente da angústia neurótica na atualidade (EHRENBERG, 2000). Se o neurótico sofria da sobrecarga de interditos, sustentada por um superego muito severo, que reprimia exageradamente os seus desejos, a fonte de sofrimento do deprimido é um ideal de ego excessivo, o qual ele é incapaz de atingir. O desejo de se libertar produzia neurose; quando houve a libertação do desejo, porém, produziu-se depressão, porque a emancipação retirou o indivíduo dos dramas da obediência e da culpa, mas o conduziu aos dramas da iniciativa e da insuficiência⁴.

Assim como a neurose espreitava o indivíduo dividido por seus conflitos, fendido por uma separação entre o que é permitido e o que é proibido, a depressão ameaça um indivíduo aparentemente emancipado dos interditos, mas certamente fendido pela partilha entre o possível e o impossível. Se a neurose é um drama da culpa, a depressão é uma tragédia da insuficiência. Ela é a sombra familiar do homem sem guia, cansado de ter que encarar a tarefa de se tornar unicamente ele mesmo e tentado a se sustentar até a compulsão por produtos ou comportamentos⁵. (EHRENBERG, 2000, p. 19)

l'insuffisance viennent plaisir, à l'intérieur de la personne, des déchirures venant lui rappeler que *tout n'est pas permis*.

⁴ Mais recentemente, em entrevista concedida ao psiquiatra Michel Botbol e também em seu último livro, *La société du malaise*, Ehrenberg afirma ter sido mal compreendido pelos leitores. Na entrevista, ele diz que “nunca disse que as pessoas antes eram disciplinadas e agora autônomas, que eram culpadas e neuróticas e hoje insuficientes e deprimidas. O que me interessou foram estas transformações normativas, e não a realidade pessoal ou clínica de meus contemporâneos. Dizendo de outra forma, a autonomia é um elemento a partir do qual somos medidos, como o era antes a disciplina. Não se tem que tomar a autonomia por uma substância, uma realidade; é uma linguagem, e como tal, é alguma coisa normativa, que implica expectativas” (EHRENBERG, 2004b, p. 151). No livro, ele diz que algumas “formulações apressadas” do *La fatigue d'être soi* foram mal interpretadas e esclarece que não quis dizer que os novos sintomas são causados pela sociedade (EHRENBERG, 2010). Ainda assim, a partir da leitura atenta do livro *La fatigue d'être soi*, sobretudo das passagens aqui selecionadas, é possível defender que Ehrenberg realmente estabelecia umnexo direto entre mudança na normatividade e mudança na subjetividade dos indivíduos. Na própria entrevista, inclusive, ele fala mais uma vez da “passagem da neurose para a depressão”: “Eu diria que a neurose no sentido de Freud foi, se olharmos as coisas do ponto de vista da sociologia, um modo de nomear a dimensão mental dos problemas gerados pelo tipo de regras sociais da época. Da mesma forma, a depressão, sociologicamente falando, é um modo de nomear certo número de problemas gerados pela regra da autonomia que prevalece hoje” (EHRENBERG, 2004b, 147-148).

⁵ Comme la névrose guettait l'individu divisé par ses conflits, déchiré par un partage entre ce qui est permis et ce qui est défendu, la dépression menace un individu apparemment émancipé des interdits, mais certainement déchiré par un partage entre le possible et l'impossible. Si la névrose est un drame de la culpabilité, la dépression est une tragédie de l'insuffisance. Elle est l'ombre familière de l'homme sans guide, fatigué

1.3 A produção do conceito de depressão

Uma terceira narrativa será proposta aqui para complementar a segunda, que, a princípio, não atenta para o fato de que uma mudança de valores morais, além de pressionar o indivíduo, afeta o próprio modo de a ciência classificar a diferença e propor o seu “tratamento”, isto é, no caso da doença mental, legitimar certa atitude diante do sofrimento. Usando o vocabulário foucaultiano, aquela narrativa pode não problematizar as relações entre saber e poder, que estão diretamente implicados em duas dimensões: de um lado, relações de poder geram objetos para o saber e, de outro, o saber reconduz e reforça efeitos de poder (FOUCAULT, 1983, 1987, 2007b).

A primeira dimensão diz respeito à mudança na normatividade determinar o que é considerado indesejável em uma dada cultura e, portanto, constituir novos objetos para o saber científico, especificamente um saber interessado em prever para controlar e intervir. A segunda, sobre a qual esta dissertação irá focar, leva em conta que o saber assim constituído fornece aos indivíduos normas para se pensarem e serem pensados, ou ainda, uma classificação dos modos de ser a partir da qual eles devem categorizar a si e aos outros, constituir sua identidade, em suma, se reconhecer nela e a partir dela (FOUCAULT, 1983). Ser afetado pela classificação dos modos de ser existentes em uma dada cultura implica que os indivíduos ajam em relação a si próprios e aos outros e atribuam valor às sensações que experimentam baseados na hierarquia historicamente construída das possibilidades de ser e se comportar.

A terceira narrativa pretende, portanto, pensar o processo de construção de uma nova subjetividade a partir de mudanças recentes no conceito de doença mental e no entendimento de sofrimento psíquico. Ela propõe um outro modo de interpretar o crescimento das taxas da depressão, entendendo que é somente quando essa doença surge como uma nova categoria psiquiátrica que se torna também possível a emergência do sujeito deprimido. O argumento se desenvolve da seguinte forma: houve uma mudança nos comportamentos que nossa sociedade considera como merecedores de atenção e cuidado, o que levou à rotulação de alguns deles como sintomas de deprimidos. A partir desse momento, a própria definição da doença passou a interferir na maneira como os indivíduos são pensados e como eles próprios se pensam, constituem sua subjetividade e enxergam possibilidades de ação no futuro.

d'entreprendre de devenir seulement lui-même et tenté de se soutenir jusqu'à la compulsion par des produits ou des comportements.

O processo aqui descrito lembra a ideia de Canguilhem (2009) sobre a possibilidade não-paradoxal de o anormal ser, em relação ao normal, logicamente o segundo e existencialmente o primeiro:

O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato. Do ponto de vista do fato há, portanto, uma relação de exclusão entre o normal e o anormal. Essa negação, porém, está subordinada à operação de negação, à correção reclamada pela anormalidade. Não há, portanto, nenhum paradoxo em dizer que o anormal, que logicamente é o segundo, é existencialmente o primeiro. (CANGUILHEM, 2009, p. 205)

Logicamente, o anormal é o segundo, pois, para que seja criada sua categoria, é preciso que haja anteriormente a normalidade, a regularidade, da qual ele se diferenciara. Porém, também é necessário à criação da categoria que haja projeto normativo. E é a existência do anormal – ainda sem esse rótulo, certamente – que garante a vontade de normalizar; daí ele ser existencialmente o primeiro. O mesmo se pode dizer sobre o sujeito deprimido: por um lado, para existir enquanto negatividade, era necessária a existência do indivíduo saudável, feliz, cujo bem-estar está no espectro de normalidade. Por outro, entretanto, era preciso que os sintomas da depressão, já presentes mas não nomeados, fossem desvalorizados e vistos como desviantes em nossa cultura para que fosse desejável criar uma nova categoria de doença e hierarquizar diferenças de comportamento segundo a polaridade normal-patológico.

E reconhecer-se como pertencendo a uma nova categoria de doentes implica adotar novas atitudes diante da vida e do sofrimento. Se alguém diz estar deprimido, por exemplo, é porque entende que o seu sofrimento já ultrapassou o limite do suportável e é a partir dessa constatação que buscará formas de lidar com ele, mas não quaisquer formas, e sim aquelas legitimadas pela cultura em que vive como as corretas, as que lhe farão bem. Em outras palavras, o que se defende aqui é que a construção histórica do conceito de depressão é indissociável da construção histórica da subjetividade do deprimido.

O objetivo dessa narrativa é ressaltar a afetação do classificado pela classificação, admitindo, ao mesmo tempo, certa semelhança de comportamentos ao longo da história, semelhança, porém, que não autoriza buscar a identidade de referente. Por mais que indivíduos de épocas anteriores se sentissem tristes e relatassem sintomas muito parecidos aos descritos pelos critérios diagnósticos atuais da depressão, não se pode dizer que há aí identidade de referente, pois, sem haver a descrição conceitual, ser deprimido não era uma possibilidade. As diferentes formas de se referir a esses comportamentos e sensações os transformam. Como veremos detalhadamente mais à frente, todas as nossas ações e

sentimentos estão sob alguma descrição (HACKING, 2009), isto é, adquirem sentido e valor dependendo dos conceitos de que dispomos para descrevê-los, incluindo, na aquisição de sentido, o que esses conceitos implicam de mecanismos causais, de formas de funcionamento psíquico e de hierarquização dos modos de ser.

Para apresentar os argumentos da terceira narrativa, é preciso, então, desenvolver dois pontos, que foram apontados aqui como não trabalhados pela segunda narrativa e que mantêm estreita relação entre si: a produção de novas classificações pela ciência e a afetação que elas exercem sobre os indivíduos classificados. A apresentação começará por Michel Foucault e percorrerá outros autores marcados por suas ideias que também se ocupam desses temas.

1.3.1 Poder, verdade e produção de subjetividade

O tema da construção histórica de tipos de indivíduos está presente em muitos textos de Foucault. Em *História da Sexualidade 1*, ele aborda a implantação da perversão na modernidade⁶. Em primeiro lugar, a sua ideia importante é a de que na modernidade o sexo foi constituído em objeto de verdade, ou seja, estabelece-se em torno dele um imenso aparelho para produzir a verdade – mesmo que para, como veremos, mascarar-la em última instância. O antigo procedimento da confissão, que desde a Idade Média já estava entre as técnicas mais importantes de produção de verdade, se liga à ciência (medicina, psiquiatria, pedagogia), se ajustando aos seus esquemas de regularidade. Houve uma codificação clínica do “fazer falar”, isto é, a inscrição do ritual de confissão em um campo de observações cientificamente aceitáveis, com seus métodos e técnicas clínicas, como a associação livre e a hipnose.

Pela primeira vez, sem dúvida, uma sociedade se inclinou a solicitar e a ouvir a própria confidência dos prazeres individuais. (...) Nesse momento os prazeres mais singulares eram solicitados a sustentar um discurso de verdade sobre si mesmos, discurso que deveria articular-se não mais àquele do pecado e da salvação, da morte e da eternidade, mas ao que fala do corpo e da vida – o discurso da ciência. (FOUCAULT, 1984, p. 63)

Essa produção de um discurso de verdade sobre si mesmo, essa “confissão-ciência”, que parece acontecer naturalmente, é, no entanto, como alerta Foucault (1984), inteiramente infiltrada por relações de poder; ela se inscreve no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder. De acordo com *História de Sexualidade 1*, é na modernidade

⁶ Considera-se modernidade aqui o período de 200 anos que vai da metade do século XVIII à metade do século XX, como sugerido por Bezerra Jr. (2009).

que o sexo passa a ser critério fundamental na definição da subjetividade, pois é colocado no domínio do normal e do patológico, e visto como dotado de um poder causal inesgotável e polimorfo: “não há doença ou distúrbio para os quais o século XIX não tenha imaginado pelo menos uma parte de etiologia sexual” (FOUCAULT, 1984, p. 64-65).

Define-se, pela primeira vez, uma morbidez própria do sexual, o que justifica o caráter exaustivo da inquisição à qual as práticas sexuais de cada indivíduo eram submetidas e a consequente proliferação dos discursos sobre a sexualidade.

...a sexualidade foi definida como sendo, “por natureza”, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar. (FOUCAULT, 1984, p. 67)

O autor chama a atenção para uma ambiguidade presente no exercício do poder no que diz respeito à incitação da enunciação de si, que teve como consequência a proliferação de discursos sobre sexo a partir do final do século XVIII (FOUCAULT, 1984). Em uma primeira análise, a criação de dispositivos que obrigam à confissão, incitando as pessoas a declararem seus desejos e práticas sexuais, expressa uma preocupação em reduzir e mesmo eliminar os comportamentos desviantes, de forma a garantir “uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora”, que funcione segundo um padrão ótimo, para o bem coletivo. O sexo nesse contexto é visto em nível de “população”, ao lado de outros indicadores econômicos e políticos, como se o futuro da nação dependesse dos atos sexuais de cada indivíduo.

Na prática, entretanto, esses mesmos aparelhos modernos que institucionalizaram o discurso do sexo não agiram para conter ou diminuir a ocorrência das práticas de prazer ditas periféricas ou sem propósito; ao contrário, Foucault (1984) denomina esse período moderno de “idade da multiplicação”, porque foi exatamente nesse contexto em que se multiplicaram as heterogeneidades sexuais. Segundo ele, o que houve foi a implantação social das perversões.

Para facilitar a compreensão da ideia de implantação da sexualidade perversa, é interessante observar como a forma moderna de controle da sexualidade é bastante diferente da existente anteriormente, na idade clássica. Até o final do século XVIII, quando o poder operava segundo a culpabilidade externa (VAZ, 1997), o “contra a natureza” era percebido unicamente como o “contra a lei”, sendo a relação matrimonial o principal foco de vigilância da sociedade. “As proibições relativas ao sexo eram, fundamentalmente, de natureza jurídica” (FOUCAULT, 1984, p. 39); a condenação do incesto, do adultério e da sodomia

exemplificam bem o que se entendia como ilegalidade dos atos. A regra era a monogamia heterossexual.

Com a modernidade, ao contrário, a atenção migra das regras da aliança para os desvios da genitalidade (VAZ, 1997). O alvo da interrogação passa a ser a sexualidade de loucos, criminosos, crianças, homossexuais, que formam a “incontável família dos perversos que se avizinha dos delinquentes e se aparenta com os loucos” (FOUCAULT, 1984, p. 41), e não mais a sexualidade regular do casal monogâmico.

A lei que punia o infrator, sujeito jurídico, e visava excluí-lo da sociedade perde lugar para a medicina que adentra o doente, mas não quer eliminá-lo do real. Esse novo mecanismo de poder se dá por meio de uma tática diferente, que é a difusão simultânea do próprio poder e do objeto sobre o qual se exerce. Antes, a interdição do incesto visava realmente diminuir a incidência dessa prática nas famílias. Ao falar sobre a atenção moderna em relação à sexualidade infantil, porém, Foucault deixa claro como o poder se exercia mais por reforço e até multiplicação da categoria perversa do que por sua interdição:

O “vício” da criança não é tanto um inimigo, mas um suporte; pode-se muito bem designá-lo como o mal a ser suprimido. O necessário fracasso, a extrema obstinação numa tarefa tão inútil leva a pensar que se deseja que ele persista e prolifere até os limites do visível e do invisível, ao invés de desaparecer para sempre. Graças a esse apoio o poder avança, multiplica suas articulações e seus efeitos, enquanto o alvo se amplia, subdivide e ramifica, penetrando no real ao mesmo ritmo que ele. Trata-se, aparentemente, de um dispositivo de barragem; de fato, organizaram-se, em torno da criança, *linhas de penetração* infinitas. (Foucault, 1984, p. 43)

Faz parte da própria perspectiva histórica de Foucault essa ideia de que uma determinada forma de exercer o poder cria positivamente o que designa como negativo; trata-se da produção no real da negatividade ética e da definição do normal por negação dessa negatividade (VAZ, 1997). A divisão normal-anormal não surge, portanto, por repressão: há objetivação do desvio e, em refluxo, o surgimento do normal.

Foucault usa esse mesmo argumento defendido em relação à implantação da perversão – isto é, o de que o poder produz tipos de indivíduos – em *Vigiar e Punir*, quando afirma que a disciplina é uma tecnologia específica de poder que fabrica indivíduos. Do mesmo modo que o poder moderno fracassou em suprimir a sexualidade infantil, a prisão o fez com a delinquência: em vez de extinguir as infrações por meio de confinamento e castigos, as distinguiu e distribuiu, organizando a transgressão das leis em uma tática geral das sujeições. Eis uma passagem na qual Foucault fala da produção da delinquência:

“Ela [prisão] contribui para estabelecer uma ilegalidade, visível, marcada, irreduzível a um certo nível e secretamente útil – rebelde e dócil ao mesmo tempo. (...) Não devemos ver nesta a forma mais intensa e mais nociva da ilegalidade, aquela que o aparelho penal deve mesmo tentar reduzir pela prisão por causa do

perigo que representa; ela é antes o efeito da penalidade (e da penalidade de detenção) que permite diferenciar, arrumar controlar as ilegalidades (FOUCAULT, 1987, p. 230).

Assim, funcionando mais como princípio incitador do que inibidor, o poder moderno inventou grupos de desviantes, dentre os quais estão os perversos, atribuiu a eles uma realidade analítica e visível, e, ao semeá-los no real, os fez proliferar. Embora se apoiasse em procedimentos de vigilância, isolamento e proibição, funcionava como mecanismo de intensificação. A medicina teve importância essencial nesse contexto, sobretudo na implantação das perversões, na medida em que criou patologias cuja origem deveria ser buscada em formas de prazer singulares, as quais ela também classificou cuidadosamente e empreendeu a gestão (FOUCAULT, 1984).

É importante esclarecer, mais uma vez, que, quando se fala de implantação da perversão na sociedade moderna, não se trata de defender que esses comportamentos receberam uma qualificação pejorativa porque se quis regular e reprimir a sexualidade, para garantir a reprodução da força de trabalho e a forma da família. Também não se deve, tampouco, entender que essas formas de sexualidade emergiram como vingança contra um poder que lhes impunha uma lei demasiadamente repressiva; elas são, pelo contrário, produto da interferência de um tipo de poder sobre os corpos e as suas práticas de prazer:

Se o designado como práticas perversas é uma virtualidade do comportamento humano, os dispositivos de poder implantam a perversão no real solicitando tais comportamentos, solidificando-os, isolando-os, intensificando-os e incorporando-os aos indivíduos como forma de se conduzir e de se pensar. (VAZ, 1997, p. 114)

Portanto, defender a implantação social da perversão implica, em primeiro lugar, argumentar que não há uma propriedade natural inerente ao próprio sexo, cujo desvio causa doença mental. As distinções entre sexualidade regular e sexualidade periférica não são dadas; foram, sim, construídas pela ciência moderna e, somente a partir daí, tornou-se possível separar hierarquicamente os indivíduos e cuidar dos desviantes. “E, inversamente, a partir do momento em que passam a ser ‘coisa’ médica ou medicalizável, como lesão, disfunção ou sintoma, é que [as perversões] vão ser surpreendidas no fundo do organismo ou sobre a superfície da pele ou entre todos os signos do comportamento” (FOUCAULT, 1984, p. 44).

Em segundo lugar, implica admitir a existência de um referente pré-discursivo: as práticas sexuais que passaram a ser classificadas pela medicina moderna como perversas existiam antes de serem assim nomeadas e, provavelmente, ninguém se preocupava com elas, já que não eram definidoras de tipos de pessoa. Em *História da Sexualidade 2*, Foucault (2007a) defende que a sexualidade é uma experiência historicamente singular, constituída por

três eixos: os saberes que a ela se referem, os sistemas de poder que regulam a sua prática e as formas pelas quais os indivíduos se reconhecem como sujeitos dessa sexualidade. O que acontece na modernidade é que o indivíduo é chamado a se reconhecer como sujeito moral de sua conduta sexual e, então, convidado a prestar atenção a si mesmo, a se reconhecer e confessar como sujeito de desejo, e a descobrir aí a verdade do seu ser.

Essa passagem esclarece ainda mais o argumento: “Talvez o Ocidente não tenha sido capaz de inventar novos prazeres e, sem dúvida, não descobriu vícios inéditos, mas definiu novas regras no jogo dos poderes e dos prazeres: nele se configurou a fisionomia rígida das perversões” (Foucault, 1984, p.48). A partir do momento em que certos atos passam a ser objeto privilegiado da ciência e a indicar um desvio naqueles que os praticam, muda completamente a maneira como esses indivíduos dão sentido e valor a suas experiências e prazeres, e como se comportam a partir daí. É nesse sentido que se pode falar de produção de subjetividade.

Mas não são apenas os que praticam atos considerados perversos que são afetados pela criação da nova categoria de doença, e sim todos os indivíduos, pois a anormalidade estigmatizada angustia a todos. Mais uma vez, devemos recorrer a *Vigiar e Punir*, sobretudo às ideias sobre a sanção normalizadora e o exame, para compreender que, simultaneamente a uma diferenciação dos atos, há hierarquização dos próprios indivíduos em “normais” e “anormais” e obrigação à homogeneização, pressão para que todos sejam normais. O diagnóstico de uma doença pode ser entendido como um tipo de exame, conforme sugere Foucault, e, como tal, empreende a sujeição limitadora de todos os indivíduos, porque os submete ao julgamento dos outros e, sobretudo, ao seu próprio juízo.

É interessante perceber que faz parte do funcionamento de um poder que produz no real o desvio que quer controlar, promovendo a sua difusão em vez da exclusão, a lógica da culpabilidade interna (VAZ, 1997). Na passagem da visibilidade de quem exerce o poder para a visibilidade do objeto sobre o qual o poder é exercido, a lógica da culpabilidade deixa de ser externa (necessidade de um indivíduo ser visto por um terceiro para ser punido). Com o anonimato do poder, é a internalização da culpa que garante que as mínimas atividades do indivíduo, inclusive seus desejos e fantasias, continuem a ser vigiados, mas dessa vez por ele próprio. O poder moderno produz um sujeito que objetiva a si mesmo, porque traz em si um superior que julga seus atos e pensamentos.

Talvez a diferença mais aparente entre o suplício e a disciplina seja que esta não pode extinguir do real aquilo que designa como negatividade ética. Dito de outro modo, o poder disciplinar produz positivamente o negativo para exercer uma pressão constante de homogeneização sobre os indivíduos. E de que outro modo, senão pela existência do anormal, poderia suscitar o desejo de estabilidade, a busca

do prazer ressentido de ser normal, da afirmação de si pela negação prévia do outro? A sanção normalizadora institui o campo das experiências íntimas do sujeito moderno: o temor da anormalidade, o contentamento em ser normal, o prazer de uma boa classificação entre os regulares. A disciplina inventou um meio mais eficaz de atingir a alma que a arte de punir dos ideólogos: cada um sofre ou se regozija em ser ou não conforme a norma. Está naturalizado o julgamento perpétuo de si mesmo. (VAZ, 1997, p. 83)

Ian Hacking, filósofo cujas ideias serão expostas ainda neste capítulo, também escreveu um trecho esclarecedor sobre o monólogo interior e a autodisciplina que se constituem quando um saber sobre os indivíduos é produzido:

Raramente é a força que nos mantém na linha; é a consciência. Não é tanto o conhecimento produzido nas ciências humanas que usamos como nosso guia na vida, mas o autoconhecimento. Dizer isso não é voltar à subjetividade. Não há nada de privado nesse uso de palavras e técnicas práticas adquiridas. A astúcia da consciência e do autoconhecimento é fazer com que se sintam isso como privado. (HACKING, 2009, p. 132)

Essa passagem de Hacking nos chama a atenção ainda para a “astúcia” da consciência, que é também a astúcia do poder: a de fazer com que conceitos, valores, modos de pensar o outro e a si próprio, comportamentos e sentimentos bons e ruins, apesar de serem aprendidos na cultura, sejam sentidos pelos indivíduos como se eles os tivessem descoberto, e não como algo que lhes foi ensinado.

Ao dar existência visível e marcada ao negativo, uma nova classificação provoca um movimento de divisão dos homens entre si e de cada um internamente. Afeta a todos, portanto, pois ninguém quer se identificar com o desviante. A medicina moderna, ao acreditar ter descoberto a verdade sobre a perversão e os modos de tratá-la – ou seja, ao propor uma compreensão causal para evitar sofrimento –, acabou provocando mais sofrimento, pois instalou em todos a inquietação com a potencial anormalidade de suas práticas de prazer e o esforço para se adequar à regularidade.

1.3.2 Historicidade da doença mental

Arnold Davidson (2001), baseando-se no conceito foucaultiano de implantação perversa, defende ainda mais explicitamente a ideia de que a perversão, enquanto doença, não existia antes do século XIX. A explicação para a origem histórica da perversão está, segundo o autor, relacionada ao surgimento de um novo modo de entender a doença mental, diferente do olhar anátomo-clínico que caracteriza a medicina moderna. Como a anatomia patológica falhou em explicar os distúrbios mentais, pois não foram encontradas no corpo evidências que explicassem seus sintomas, alguns desvios puramente funcionais foram categorizados como novas categorias de doenças, dentre as quais estão a perversão e a histeria. A perversão

foi então definida como uma anormalidade do instinto sexual, tido como função psíquica, sem contrapartida nos órgãos genitais ou no cérebro. Para se identificar e agrupar anormalidades sob a categoria de perversão, levava-se em conta a procriação como a função natural do instinto sexual.

O instinto sexual foi frequentemente comparado com o instinto de autopreservação, que se manifestava no apetite. Em seção intitulada “Distúrbios dos Instintos”, Krafft-Ebing primeiramente discute as anomalias dos apetites, que ele divide em três tipos diferentes. Há aumentos do apetite (hiperorexia), diminuição do apetite (anorexia), e perversões do apetite, como um “verdadeiro impulso para comer aranhas, sapos, vermes, sangue humano, etc.”. Essa classificação é exatamente o que se deve esperar de um entendimento funcional do instinto. Anomalias do instinto sexual são da mesma forma classificadas como instinto diminuído ou inteiramente ausente (anestesia), anormalmente aumentado (hiperestesia), e com expressão perversa (parestesia)⁷. (DAVIDSON, 2001, p. 14-15)

Analogamente ao apetite, o instinto sexual era considerado desviante se ausente ou excessivo, e quando se manifestava em práticas sexuais consideradas tão “exóticas” quanto comer sapos e vermes, como as homossexuais, fetichistas ou sadomasoquistas. “Admitir desvios funcionais puros como doenças equivaleu a criar inteiras novas espécies de indivíduos doentes, e a alterar radicalmente nossas concepções de nós mesmos⁸” (DAVIDSON, 2001, p. 2).

Assim como Foucault, Davidson aborda a importância que a psiquiatria do século XIX atribuiu à sexualidade, e sobretudo aos seus desvios, na definição da saúde mental e da personalidade dos indivíduos. O deslocamento da regulação das imoralidades da lei para a medicina inaugurou novos modos de conceitualização de nós mesmos. O conceito de perversão, em particular, se tornou um modo dominante de organizar pensamentos sobre sexualidade nessa época:

Sexualidade individualiza, transforma um indivíduo em um tipo específico de ser humano – um sádico, masoquista, homossexual, fetichista. Esse link entre sexualidade e individualidade explica um pouco da paixão com a qual a psiquiatria investigou as perversões. Quanto mais detalhes se têm sobre essas anomalias, melhor se é capaz de penetrar no abrigo da individualidade do self⁹. (DAVIDSON, 2001, p. 21-22)

⁷ The sexual instinct was often compared with the instinct of self-preservation, which manifested itself in appetite. In a section entitled “Disturbances of the Instincts”, Krafft-Ebing first discusses the anomalies of the appetites, which he divides into three different kinds. There are increases of the appetite (hyperorexia), lessening of the appetite (anorexia), and perversions of the appetite, such as a “true impulse to eat spiders, toads, worms, human blood, etc.” Such a classification is exactly what one should expect from a functional understanding of the instinct. Anomalies of the sexual instinct are similarly classified as lessened or entirely wanting (anaesthesia), abnormally increased (hyperaesthesia), and perverse expression (paraesthesia).

⁸ Admitting pure functional deviations as diseases was to create entire new species of diseased individuals, and to radically alter our conceptions of ourselves.

⁹ Sexuality individualizes, turns one into a specific kind of human being – a sadist, masochist, homosexual, fetishist. This link between sexuality and individuality explains some of the passion with which psychiatry

Ao colocar a questão sobre se existiam perversos antes do século XIX, Davidson responde negativamente, reiterando o argumento de que a perversão foi inventada pela psiquiatria no século XIX, pois somente nessa época houve as condições epistêmicas e conceituais necessárias para que a medicina se ocupasse de problemas morais e formulasse a noção de doenças da sexualidade. Essa invenção, no entanto, só é assim nomeada por quem a critica. A própria psiquiatria, ressalta o autor, pensava estar descobrindo uma doença real, e não criando uma, inclusive por relacionar a perversão à degeneração, isto é, a uma etiologia constitucional. Ela tinha a crença em uma narrativa de progresso da ciência, a primeira a ser apresentada neste capítulo. Era inclusive por acreditarem na ahistoricidade da doença que psiquiatras do século XIX interpretavam retrospectivamente indivíduos de épocas anteriores como já sendo perversos.

Perversão não era uma doença que espreitava na natureza, esperando um psiquiatra com poderes de observação especialmente aguçados para descobri-la escondida em quase todo lugar. Foi uma doença criada por um novo (funcional) entendimento da doença, uma mudança conceitual, uma mudança no raciocínio, que tornou possível interpretar tipos variados de atividade em termos médicos e psiquiátricos. Não existia entidade mórbida natural alguma para ser descoberta até a prática psiquiátrica inventar uma. Perversão não era uma doença candidata até que se tornou possível atribuir doenças ao instinto sexual, e não havia possíveis doenças do instinto sexual antes do século XIX; quando a noção de doenças desses instintos perder sua última força remanescente sobre nós, nós libertaremos o mundo de todos os seus perversos¹⁰. (DAVIDSON, 2001, p. 24).

O que é importante compreender a partir da ideia de Davidson é que a perversão é um fenômeno completamente moderno: ela se configurou no século XIX como uma nova categoria de self, um modo de ser que não era possível antes dessa época. Como Foucault e demais autores marcados por Foucault, ele aceita a existência de um referente pré-discursivo – relações entre pessoas do mesmo sexo já aconteciam antes do século XIX –, defendendo que o que muda é o modo de interpretar as práticas. Antes do século XIX, elas seriam denominadas de sodomia e classificadas como crime (FOUCAULT, 1984; VAZ, 1997). O sodomita se resume a seu sujeito jurídico: “não havia relação a si, não havia memória como forma de reduzir no presente os desvios” (VAZ, 1997, p. 113). O que importa é seu

investigated the perversions. The more details one has about these anomalies, the better one is able to penetrate the covert individuality of the self.

¹⁰ Perversion was not a disease that lurked about in nature, waiting for a psychiatrist with especially acute powers of observation to discover it hiding almost everywhere. It was a disease created by a new (functional) understanding of disease, a conceptual shift, a shift in reasoning, that made it possible to interpret various types of activity in medicopsychiatric terms. There was no natural morbid entity to be discovered until clinical psychiatric practice invented one. Perversion was not a disease candidate until it became possible to attribute diseases to the sexual instinct, and there were no possible diseases of the sexual instinct before the nineteenth century; when the notion of diseases of this instinct loses its last remaining grasp upon us, we will rid the world of all of its pervers.

comportamento, um vício que ele falha em controlar e que deve ser reprimido. Na modernidade, no entanto, surge a homossexualidade, doença psíquica que define a totalidade do indivíduo, e não só um comportamento, que ocupa agora lugar secundário: “a qualificação não reside nos atos, mas na singularidade do desejo” (VAZ, 1997, p. 113). Em vez de sujeito jurídico, o homossexual é um personagem com história, caráter, forma de vida. Como é doença e não está sob o domínio de controle da vontade, essa perversão deve ser tratada pela psiquiatria.

Fica claro que, quando muda a classificação, muda radicalmente a maneira como o classificado se vê e se comporta, e como é visto e tratado. Há uma modificação fundamental na passagem do sodomita ao homossexual: diferentemente do primeiro, o segundo é enquadrado em uma categoria que o obriga a se pensar (VAZ, 1997), a se reconhecer como sujeito de desejos, desejos que o definem enquanto um tipo singular (e desviante) de indivíduo. Ao falar sobre as características do poder moderno descritas por Foucault, Vaz complementa o argumento e nos permitirá avançar nele:

A primeira é que atuar sobre o invisível requer, paradoxalmente, que seja implantada sua existência no real. O objeto do poder é suporte de seu exercício e não algo a ser suprimido. Em segundo lugar, a perversão é incorporada ao indivíduo de modo a que este possa ser especificado. (...) Através desta segunda operação, perde-se a sexualidade singular: cada indivíduo deve ser pensado e se pensar na potencialidade ou atualidade de um desvio patológico que pode ser especificado e deve ser medicalizado. Estranha forma de consciência de si mediada pela verdade. A partir do que é a sexualidade, a partir da norma como referência, cada um se percebe ou é percebido como uma identidade no tempo e explica seus sofrimentos atuais por desvios no passado: é porque passou por tais e tais acontecimentos, teve uma certa infância e uma determinada adolescência, que o indivíduo tem uma tal conduta. A culpabilidade interna, quando opera com a sexualidade, precisa articular etiologicamente sexo e experiência vivida. (VAZ, 1997, p. 113)

Vale retomar aqui a ideia de Foucault de que a produção do desvio no real divide os homens entre si e cada um internamente, que passa a se pensar, como ressalta Vaz na passagem acima, na potencialidade desse desvio. “E mesmo aqueles dentre nós que não estamos totalmente na categoria de perversos, tivemos que repensar sobre nós mesmos; cada pequeno desvio do instinto sexual pode ser um sinal da nossa perversão iminente. Somos todos possíveis perversos¹¹” (DAVIDSON, 2001, p. 28). Esse trecho esclarece bem o fato de que essa nova classificação aumenta a consciência de si de todo indivíduo: mesmo aqueles que não se vissem como pertencendo à categoria de perversos, deveriam ficar mais atentos à sua sexualidade, para reconhecer (e abafar) nela quaisquer pequenos desvios.

¹¹ And even those of us who are not full-fledged perverts have had to reconceive of ourselves; every little deviation of the sexual instinct may be a sign of our impending perversion. We are all possible perverts.

Quando pensamos na depressão, um argumento parecido pode ser construído, apesar de não vivermos mais na sociedade moderna, a sexualidade não ser mais o princípio etiológico universal para doenças mentais e nem tampouco a depressão estar associada a desvio. Certamente a construção da categoria dos deprimidos provoca o mesmo efeito de divisão dos indivíduos entre sadios e doentes que ocorria com a dos perversos e leva cada um a perscrutar o seu íntimo, preocupado com a possibilidade de a tristeza experimentada sinalizar para a depressão, já presente ou ainda iminente.

1.3.3 Raridade discursiva

Paul Veyne (2008) problematiza os antagonismos entre a naturalização do objeto e a sua construção social. O autor defende que a intuição inicial de Foucault é a raridade, ou seja, é entender que o que é poderia ser diferente. Em vez de acreditar na “ilusão do objeto natural”, segundo a qual os fatos humanos são óbvios, propõe historicizá-los, enxergá-los como “objetos de época”. Veyne dá o exemplo do antropófago, que só é um canibal em um contexto social onde uma prática objetiva esse modo de nutrição por considerá-lo bárbaro. Os atos que cada sujeito exerce são, portanto, determinados pelas objetivações pelas quais ele passa, objetivações que são correlatos de uma certa prática, como a científica. No entanto, essa prática que objetiva condutas não é aparente, é pré-conceitual, e cada indivíduo, apesar de “atualizar as virtualidades de sua época histórica”, imagina agir de maneira evidente, sem sequer pensar que poderia fazê-lo diferentemente.

Em uma nota no texto, Veyne afirma que o método de Foucault provavelmente se originou de uma meditação de Nietzsche em *Genealogia da Moral*, mais especificamente no aforismo 12 da segunda dissertação. Ao lermos o trecho indicado por Veyne, percebemos que no final do século XIX Nietzsche já abordava o tema do objeto parecer natural, apesar de ser histórico. O filósofo fala sobre o sentido e a finalidade do castigo, que se transformam sempre, mas a cada época são vistos como os únicos possíveis, conforme elucida a passagem a seguir:

Assim se imaginou o castigo como inventado para castigar. Mas todos os fins, todas as utilidades são apenas indícios de que uma vontade de poder se assenhorou de algo menos poderoso e lhe imprimiu o sentido de uma função; e toda a história de uma ‘coisa’, um órgão, um uso, pode desse modo ser uma ininterrupta cadeia de signos de sempre novas interpretações e ajustes, cujas causas nem precisam estar relacionadas entre si, antes podendo se suceder e substituir de maneira meramente casual. (NIETZSCHE, 1987, p. 81-82)

Veyne critica a crença no progresso da ciência, que aceita a permanência do objeto no tempo e pensa que só houve avanço na sua percepção, e utiliza a loucura para exemplificar a sua teoria de que os objetos só existem dentro de e mediante uma prática ou um discurso:

Não existe nenhum “problema eterno” da loucura, considerada como um objeto natural que, como desafio, tivesse provocado, através dos séculos, respostas variadas. Não mais do que diferenças das impressões digitais, as diferenças moleculares não são a loucura; diferenças de comportamento e de raciocínio não o são mais do que nossas diferenças de escrita ou de opiniões. O que em nós é matéria de loucura será matéria de qualquer outra coisa numa outra prática. (VEYNE, 2008, p. 267)

Veyne também concede a existência de um referente pré-discursivo, que é matéria para categorias que ainda não existem nesse estágio e que, por isso, só podem ser definidas a posteriori: “só ser louco materialmente é, precisamente, não o ser ainda. É preciso que um homem seja objetivado como louco para que o referente pré-discursivo apareça, retrospectivamente, como matéria de *loucura*” (VEYNE, 2008, p. 267). Também podemos pensar na tristeza como um referente pré-discursivo e defender então a contingência da depressão, que só surge a posteriori, quando se cria essa categoria específica de doença.

Dizer que a loucura não existe não é afirmar que os loucos são vítimas de um preconceito nem, aliás, o negar: o sentido da proposição é outro; ela não afirma, assim como não nega, que se deveria segregar os loucos, ou que a loucura existe porque fabricada pela sociedade, ou que é modificada em sua positividade pela atitude que as diferentes sociedades têm para com ela, ou que as diferentes sociedades conceitualizaram muito diferentemente a loucura; a proposição também não nega que a loucura tenha uma matéria behaviorista e, talvez, corporal. Mas, ainda que a loucura tivesse essa matéria, não seria ainda loucura. (...) A negação da loucura não se situa ao nível das atitudes diante do objeto, mas ao de sua objetivação; ela não quer dizer que só é louco aquele que é julgado como tal, mas que, a um nível que não é o da consciência, uma certa prática é necessária para que haja somente um objeto, o “louco”, a ser considerado como tal em toda consciência, ou para que a sociedade possa “tornar louco”. (VEYNE, 2008, p. 265-266)

Essa ideia de Veyne também pode ser usada como argumento contra a alegação de que a descoberta de um estado cerebral comum a indivíduos com a mesma patologia comprova a existência dessa doença. É possível admitir que “no máximo, existem moléculas nervosas dispostas de uma determinada maneira, frases ou gestos que um observador vindo de Sirius constataria serem diferentes de outros seres humanos, eles próprios diferentes entre eles” (VEYNE, 2008, P. 265), mas a contrapartida biológica não torna a loucura uma entidade real; não autoriza e nem legitima, portanto, que se agrupem esses indivíduos sob a categoria de loucos. Do mesmo modo, demonstrar que pessoas tristes tenham a concentração de serotonina diminuída em seus cérebros não comprova que elas sofrem de uma doença específica denominada depressão, que essa baixa concentração é a causa de sua tristeza e

nem que o modo legítimo de ajudá-las é aumentar a sua quantidade desses neurotransmissores.

1.3.4 Afetação do classificado pela classificação

Assim como Foucault e Davidson, Ian Hacking (2009) também defende que a perversão, enquanto modo de ser uma pessoa, foi criada no final do século XIX, quando surgiu a classificação dessa doença. O mesmo argumento é desenvolvido em relação à síndrome da personalidade múltipla, categoria que surgiu na mesma época que a de perversão. Ele desenvolveu o conceito de “invenção de pessoas” (“*making up people*”¹²) para defender que novas realidades passam a efetivamente existir no momento em que distinções de comportamentos são feitas e nomeadas.

Nesse sentido, antes de as classificações de doença serem criadas, perversos e múltiplos não existiam enquanto entidades reais à espera da descoberta científica. Assim, não podemos interpretar um comportamento observado antes da criação da síndrome da personalidade múltipla como seu sintoma, mesmo que apresente semelhanças, como o de um indivíduo descrito pelos textos religiosos como estando “possuído”, porque na época “não existia tal síndrome para a pessoa perturbada exibir ou adotar” (HACKING, 2009, p. 117).

Hacking (2009) também dá o exemplo de como a divulgação de estatísticas sobre diversas doenças no século XIX fez com que o número de doentes aumentasse e eles próprios se dividissem em grupos específicos segundo os sintomas experimentados: sua hipótese é a de que as estatísticas, ao inventarem categorias para classificar indivíduos, acabam criando também novas formas de as pessoas serem, pois elas tendem a se encaixar nessas categorias, especialmente se elas hierarquizam modos de ser e são maneiras de os indivíduos se descreverem e proporem sentido e valor para as suas ações.

Para entendermos melhor o seu argumento, vejamos a distinção feita entre o realismo e o nominalismo ou construtivismo social (HACKING, 1995, 1999, 2009). Enquanto os realistas defendem que a separação dos seres em grupos sempre existiu naturalmente, independentemente da nossa criação de categorias, cabendo a nós somente reconhecê-los no

¹² A tradução da expressão “*making up people*” para “invenção de pessoas” talvez não dê conta de toda a sua conotação em inglês. Além de o próprio verbo “*to make up*” significar inventar, construir, constituir, fazer, a expressão “*make up*” quer dizer maquiagem, arranjo, caracterização, composição. Ou seja, o conceito “*making up people*” se refere à ação de compor e maquilar indivíduos, dar-lhes o contorno desejado, para além de simplesmente criá-los: seria possível disfarçar ou realçar certas características suas, por exemplo, como permite a maquiagem.

real e classificá-los corretamente, os nominalistas ou construtivistas sociais argumentam que os seres se reagrupam somente após estabelecermos categorias para eles.

Fica claro de imediato que Hacking está mais próximo do nominalismo do que do realismo. Ainda assim, o autor tem o cuidado de diferenciar nominalismo estático ou construtivismo universal de nominalismo dinâmico (HACKING, 2009), se identificando com o último. O nominalismo estático afirma que toda classificação existente na natureza foi criada pelo homem e, depois de instaurada, não interage com o objeto classificado. O idealismo linguístico é um exemplo, pois afirma que nada tem realidade até ser dito. Já o nominalismo dinâmico aceita que algumas classificações, como “cavalos” e “planetas” (tipos naturais), existem naturalmente, enquanto outras são inventadas (tipos humanos). Nesse caso, defende que a categoria e o tipo de pessoa inserida nela emergem juntos, ao serem criados os modos de nomeá-los. Igualmente discorda do fato de as categorias serem estáticas e não interagirem com o classificado; ao contrário, propõe que a classificação afeta o classificado.

A diferença fundamental entre tipo natural ou indiferente e tipo humano ou interativo é que, enquanto o primeiro é indiferente à classificação, por não ter consciência dela, o segundo reage ao fato de ser classificado (HACKING, 1995, 1999). Não faz diferença ao tipo natural ser nomeado de X ou Y, mesmo que isso gere uma intervenção humana diferente e uma possível mudança nele. O ponto a ser entendido é que essa transformação não acontece porque ele interagiu com a classificação e agiu de acordo com ela; isto é o que ocorre no caso do tipo humano.

As ciências humanas e sociais¹³ classificam os indivíduos – ou comportamentos, atos, experiências e emoções que os caracterizam – com o objetivo de descobrir a verdade sobre eles e, em seguida, intervir para reformá-los ou curá-los. Toda classificação envolve uma construção causal, ou seja, a produção de leis precisas o bastante para prever e modificar o comportamento de um tipo humano. Encontrar causalidade eficiente, classificar e intervir estão juntos. Ao classificar, o cientista se coloca, portanto, como sujeito reformador, que quer fazer o bem, se separando de seu objeto de conhecimento, cujo comportamento é desviante e necessita de ajuda (HACKING, 1995).

Por tipos humanos eu quero dizer tipos de pessoa e seu comportamento que (deseja-se) podem entrar em leis práticas – leis que, se conhecêssemos, poderíamos

¹³ A psiquiatria é aqui considerada como parte das ciências humanas e sociais, a partir do argumento de Ehrenberg (2000) de que a sua situação é particular, por ser a especialidade da medicina que trata de patologias sobre cujas causas (existência de lesões ou agentes patógenos) não há consenso. A epilepsia, por exemplo, deixou de ser objeto da psiquiatria quando a sua contrapartida anatômica foi descoberta. A psiquiatria tem a singularidade, portanto, de se colocar entre o médico e o moral, já que pretende entender “entidades morais” por meio do conhecimento médico.

usar para mudar as condições presentes e prever o que se seguiria. Nós queremos a classificação verdadeira – a correta classificação de abuso infantil ou gravidez na adolescência – para que, confrontados com pais abusivos ou adolescentes grávidas, possamos embarcar em um curso de ação que os modificará para o melhor e prevenirá outras pessoas de aderir a esse lugar na classificação¹⁴. (HACKING, 1995, p. 360)

Por meio de classificações definidas como verdadeiras, a ciência pretende controlar e dar sentido ao sofrimento, e ajudar aqueles que sofrem. Hacking (1995) nos chama a atenção, porém, para o fato de que essas classificações atribuem valor negativo ao desvio e reforçam de modo imanente a moralidade vigente; podem, assim, provocar mais sofrimento ao tentar fazer o bem. É importante entender que toda classificação é hierárquica, pois separa o que é bom e o que é ruim de ser; à classe dos desviantes, se opõem o comportamento normal, o desenvolvimento normal, as reações normais, os sentimentos normais. Tipicamente os tipos humanos que envolvem normalidade são definidos em termos de anormalidade (HACKING, 1999).

E é pelo fato de a classificação ter moralidade que há o que Hacking (1995, 1999) chama de efeito de looping (*looping effect*¹⁵), que pode ser dividido em dois momentos. O primeiro consiste na internalização da compreensão causal pelo indivíduo classificado, que muda o que ele acredita ser e o modo de pensar sobre si, e pode modificar o seu comportamento em resposta a isso. O autor diz que, quanto mais conotação moral houver na classificação, maior será o potencial do efeito de looping. O classificado muda em virtude de ser classificado e de ser tratado de determinada maneira devido à classificação. Essa mudança, que pode ser diferente da pretendida por quem classifica, pode induzir a revisões da classificação e das conexões causais, tornando-se necessário produzir um novo conhecimento sobre ele. O segundo efeito de looping é a transformação da própria classificação, o que leva a uma nova compreensão causal e faz o classificado mudar de novo, e assim sucessivamente.

¹⁴ By human kinds I mean kinds of people and their behavior which (it is hoped) can enter into practical laws – laws that if we knew them we would use to change present conditions, and predict what would ensue. We want the right classification – the correct sorting of child abuse or teen-age pregnancy – so that confronted by abusive parents or pregnant teenagers we can embark on a course of action that will change them for the better and will prevent others from joining their ranks.

¹⁵ Efeito de looping faz referência a *feedback*, anel de retroação ou realimentação. Acontece quando o próprio efeito do sistema torna-se causa de funcionamento desse sistema. Como exemplo, temos o termostato de um ar-condicionado: à medida que o sistema produz como efeito a diminuição da temperatura até o nível estipulado pelo usuário, esse próprio efeito atua sobre o ar-condicionado, fazendo-o parar de refrigerar por um tempo. O efeito é a elevação da temperatura, que por sua vez induz o ar-condicionado a voltar a refrigerar, e assim começa um novo ciclo.

Por ter intrinsecamente valor moral, o tipo humano é um tipo que as pessoas podem querer ser ou não ser. Podem aceitá-lo e se conformar a ele ou rejeitá-lo e fugir dele, porque “nós experienciamos nós mesmos no mundo como sendo pessoas de vários tipos” (HACKING, 1999, p. 103). Toda classificação traz implicitamente uma dimensão de desejo, portanto. De modo geral, os indivíduos se esforçarão para pertencer à categoria “boa” ou “normal”, e se preocuparão com a potencial proximidade em relação à categoria definida como “ruim” ou “desviante”. Assim, enquanto o cientista diria que, pelo conhecimento das causas, é possível afetar o classificado para o bem, reduzindo o seu sofrimento, o crítico argumentaria que, pela dimensão de valor, a classificação afeta o classificado e isso é modo de manter a ordem social.

Se H é um tipo humano e A é uma pessoa, então chamar A de H pode nos fazer tratar A de maneira diferente (...) Mas também faz diferença para A saber que A é H, precisamente porque há frequentemente uma conotação moral em um tipo humano. Talvez A não queira ser H! Pensar em mim como um H muda o modo como eu me penso. Bem, talvez eu pudesse fazer coisas de modo um pouco diferente a partir de agora. Não somente para escapar do opróbrio (eu sobrevivi incólume até agora), mas também porque eu realmente não quero ser esse tipo de pessoa. Mesmo que isso não faça diferença para A, faz diferença em como as pessoas percebem A – como se dirigem a A – de modo que a ambiência social de A muda¹⁶. (HACKING, 1995, p. 368)

Para que uma classificação possa afetar o tipo humano sobre o qual ela produz um saber, ou seja, para que haja o primeiro efeito de looping, é essencial o conceito de “ações sob descrição”, de Elizabeth Anscombe (apud HACKING, 2009): a ideia de que nossas ações intencionais dependem de nossas descrições sobre elas, ou de que escolhemos como agir e, portanto, como ser, de acordo com as descrições disponíveis sobre os nossos atos. Os tipos humanos se diferenciam dos tipos indiferentes na medida em que, enquanto estes são estáticos, não têm consciência da classificação e, por isso, não sofrem efeitos de looping, aqueles pensam as próprias ações a partir das categorias construídas e estão em constante modificação.

Esse conceito de “ações sob descrição” é fundamental, pois nos permite, em primeiro lugar, compreender a ideia de que uma categoria afeta o modo como o indivíduo pensa as suas ações e como é também pensado pelo outro:

Tipos humanos diretos e bem estabelecidos nas ciências humanas realmente afetam intensamente as preocupações humanas. Se você vir alguém que você ama

¹⁶ If H is a human kind and A is a person, then calling A H may make us treat A differently (...) But it also makes a difference to A to know that A is an H, precisely because there is so often a moral connotation to a human kind. Perhaps A does not want to be H! Thinking of me as an H changes how I think of me. Well, perhaps I could do things a little differently from now on. Not just to escape opprobrium (I have survived unscathed so far) but because I do not want to be that kind of person. Even if it does not make a difference to A it makes a difference to how people feel about A – how they relate to A – so that A’s social ambience changes.

(ou vir a si mesmo) como um tipo, isso pode mudar seu conjunto inteiro de percepções. Tipos humanos usualmente se apresentam como científicos e, conseqüentemente, como sem juízo de valor, mas eles frequentemente têm sido criados por julgamentos de bem e mal¹⁷. (HACKING, 1995, p. 354)

Assim, um saber produzido pode transformar a experiência que cada indivíduo tem de si, seus sentimentos e comportamentos, e, ainda, a maneira como ele é visto e tratado pelo outro. Alguns exemplos nos ajudam a compreender melhor essa ideia. Durante algum tempo, a tentativa de suicídio foi vista como um “ato mau”, imperdoável, do qual não adiantaria se arrepender e receber punição, mas hoje é considerada “um grito por ajuda” (HACKING, 1995). A mudança no julgamento do indivíduo que tenta o suicídio, de imoral para sofredor, transformou não só as possibilidades de ação futura para alguém que tentou o suicídio, mas também a atitude das outras pessoas em relação a ele.

Também instituições e práticas mudam a forma de tratar os indivíduos dependendo das classificações que eles recebem. É o que acontece com crianças diagnosticadas com retardo mental, TDAH ou mesmo categorizadas como “telespectadoras” (“*child viewer of television*”): ao serem classificadas como sendo de um tipo, muda o tratamento que recebem da família, dos professores, dos colegas da escola (HACKING, 1999).

Em segundo lugar, o conceito de “ações sob descrição” remete ao fato de essa categoria limitar o espaço de possibilidades de ser e de agir de um indivíduo. Novos modos de descrições geram novas opções de ação e limitam outras que seriam possíveis em um contexto diferente, onde as classificações fossem outras. Segundo Hacking (2009, p. 126), as possibilidades de ser que não existem em determinada época histórica, mas que poderiam existir, formam “uma espécie de nada absoluto, impensável e indecifrável”.

Hacking (1995, 2009) diz que não era possível, por exemplo, ser heterossexual ou homossexual antes do século XIX, justamente porque a diferenciação desses comportamentos não havia sido feita e esses tipos humanos não estavam lá para serem escolhidos pelos indivíduos. O argumento é o mesmo já defendido por Foucault e Davidson: é claro que havia indivíduos que tinham relações sexuais com pessoas do mesmo sexo e outros que as tinham com pessoas do sexo oposto, mas, lembremos do nominalismo dinâmico, esse é um tipo de distinção que não é dado naturalmente e, portanto, não existia antes de ser nomeado, antes de se tornar objeto científico.

¹⁷ Straightforward and well-established human kinds studied in the social sciences *do* affect intensely personal concerns. If you see someone whom you love (or see yourself) as of a kind, that may change your entire set of perceptions. Human kinds usually present themselves as scientific and hence as value-free, but they have often been brought into being by judgements of good and evil.

A posição do nominalismo dinâmico permite pensar em certas categorias, como distúrbio da personalidade múltipla, abuso infantil e gravidez precoce (HACKING, 1995, 1999), como simultaneamente problemas reais e construções sociais. Reais, porque se trata de reconhecer a realidade do sofrimento dos que buscam ajuda e de entender que pessoas já apresentaram os sintomas de múltiplos em épocas anteriores à doença ser criada, crianças sofriam maus tratos antes de essas práticas serem definidas como abuso, jovens sempre engravidaram com a idade que hoje é considerada precoce. O sofrimento ou o ato é um referente pré-discursivo, como propunha Veyne, um objeto real, mas o modo de interpretá-lo, a ideia que se tem dele, varia de acordo com a cultura, e é por isso que se podem considerar essas categorias como socialmente construídas. O que é construído é a ideia, o conceito, o tipo de ser humano, e não a coisa em si (HACKING, 1999). O interessante nessa posição é que, ao mesmo tempo em que dá sentido ao sofrimento experimentado pelos indivíduos, atenta para os efeitos problemáticos de práticas de saber.

“Distúrbio”, “abuso” e “precoce” trazem consigo juízos de valor e são formas de qualificar os referentes aos quais estão ligados. Como diz Hacking (1995, p. 366), “Tipos humanos são carregados de valores. Cerâmica e elétrons polarizados podem ser bons ou ruins, dependendo do que você quer fazer com eles, mas abuso infantil é ruim e múltipla personalidade é uma desordem a ser curada¹⁸”. O que é fundamental de se compreender aqui é que essas experiências e práticas poderiam ser interpretadas de outra maneira, e que isso mudaria completamente o modo de olhar para elas e de tratá-las, assim como a maneira de os próprios indivíduos se pensarem.

Tomemos novamente o exemplo da depressão, que pode ser pensada como uma classificação, sendo o deprimido um tipo humano. Adotando a posição de Hacking, é possível reconhecer o sofrimento do deprimido e ao mesmo tempo ressaltar o caráter histórico da categoria de depressão e da forma de tratamento proposta para a doença. O argumento da narrativa de progresso da ciência seria o seguinte: a verdade desse tipo de sofrimento ou sofredor existe e deve ser revelada para evitar que pessoas continuem sofrendo. Produz-se uma compreensão causal sobre a depressão, como a tão em voga atualmente que atribui à doença uma causa neuroquímica. Se o sofrimento é doença e se esta, por sua vez, é causada por desequilíbrio químico nos neurotransmissores, a forma legítima de intervir para erradicá-lo é também química.

¹⁸ Caked mud and polarized electrons may be good or bad depending on what you want to do with them, but child abuse is bad and multiple personality is a disorder to be healed.

Assim, essa classificação do sofrimento como doença e, mais especificamente ainda, como doença cuja causa é neuroquímica, impossibilita que outros modos de interpretar o sofrimento e de imaginar meios de lidar com ele, que não a transformação pela técnica, estejam entre as opções a serem escolhidas pelos indivíduos classificados na categoria de deprimidos. O incômodo a ser preservado aqui é o de que, quando uma construção causal sobre um sofrimento se apresenta com a única verdadeira e capaz de curá-lo, apenas algumas terapias, e mesmo atitudes mais genéricas, serão legitimadas, o que pode causar mais sofrimento.

E não é só o futuro que é modificado pelo efeito de looping. Também o passado pode ser reconstruído e até mesmo experienciado de outra maneira. Adultos diagnosticados com distúrbio da personalidade múltipla, por exemplo, tendem a reinterpretar suas experiências da infância e a se ver como tendo sido abusados naquela época, pois traumas infantis repetidos é justamente a compreensão causal proposta para a doença. Se um adulto passa a se considerar um sobrevivente de incesto, fica claro que isso muda sua identidade, vida e relação com a família. É importante notar que não se trata aqui de recuperar um trauma esquecido; essa experiência traumática não era sequer um tipo de experiência passível de se ter antes de ser criada a sua categoria (HACKING, 1995). O argumento é o de que, se surgem novas maneiras de contar histórias, novas histórias podem surgir efetivamente, mesmo uma sobre fatos do passado:

Isso não é porque nós descobrimos mais sobre a doença natural, mas porque as pessoas que se veem como tendo essa desordem humana agora acham em si mesmas memórias de trauma, frequentemente traumas de um tipo que elas não poderiam nem ter conceituado 20 anos atrás¹⁹. (HACKING, 1995, p. 369).

Nessa última citação, pode-se perceber uma crítica de Hacking, parecida com a de Davidson e a de Veyne, à tentativa da psiquiatria de naturalizar as doenças mentais, de conceituá-las como objetos ahistóricos e permanentes, que sempre existiram independentemente do modo como eram pensadas ou nomeadas. Há, segundo ele, a tendência de as ciências psicológicas e sociais imitarem as ciências naturais, o que fica evidente em pesquisas que ambicionam encontrar genes e mecanismos biológicos que expliquem as doenças mentais. Biologizar uma doença equivaleria a transformá-la em um tipo natural, indiferente (HACKING, 1999).

Embora o vocabulário usado por Hacking seja diferente do de Veyne, a ideia de que a classificação objetiva o sujeito e traz consigo uma limitação histórica, se apresentando, ao

¹⁹ This is not because we have found out more about the natural disorder, but because people who see themselves as having this human disorder now find in themselves memories of trauma, often traumas of a kind that they could not even have conceptualized 20 years ago.

mesmo tempo, como algo natural, necessário, não produzido, é comum aos dois autores. De um lado, está o cientista (realista) que postula a doença como um tipo indiferente, um alvo estático: ele se esforça para descobrir o mecanismo químico-biológico responsável pelo sofrimento ou condição e, a partir da causalidade assinalada, definir modos de reduzir o sofrimento. Não se preocupa com o valor implícito em uma classificação, e sim com problemas de natureza bioquímica ou neurológica, que, em sua opinião, são o que realmente causa sofrimento.

De outro, está o crítico, que a postula como um tipo interativo e quer mostrar a sua contingência e imbricação com a moralidade da classificação, visando questionar o modo de um indivíduo se pensar e ser pensado. Afirmar, por exemplo, que o homossexual é uma categoria construída consiste em questionar o modo como os indivíduos pensam seus prazeres e desejos. A função da desconstrução é questionar evidências, desnaturalizar, pensar que o que é poderia não ser.

Hacking (1999) apresenta como pré-condição para se falar de construção social de um objeto X a premissa de X parecer inevitável, real. Não adiantaria falar de construção de um objeto cuja contingência fosse unanimemente aceita. E os tipos humanos, interativos, teriam justamente essa propriedade, a de parecerem inevitáveis, modos naturais de classificar alguns tipos de pessoas, apesar de contingentes.

A narrativa de progresso do conhecimento, que acredita que os psiquiatras do presente são os que melhor compreendem as doenças mentais, não atenta para o fato de que o próprio objeto sobre o qual eles produzem um saber se modifica de uma época para outra. Hacking fala sobre isso quando analisa o retardo mental: “Um refrão regular na história do retardo mental é a afirmação de que agora nós estamos começando a entender as coisas – como se fosse a mesma coisa sendo entendida desde sempre²⁰” (HACKING, 1999, p. 112). Mais uma vez, a narrativa de progresso da ciência não serve aqui para entendermos o crescimento da prevalência da depressão, pois o que se quer é pensar a contingência dessa doença, e não a sua ahistoricidade.

1.4 Proposta

Como deve estar claro pelo esforço empreendido em articular os exemplos dos autores da terceira narrativa com os da depressão, são Foucault e os autores que mantêm

²⁰ One regular refrain in the history of mental retardation is the claim that now we are getting to understand things – as if it were the same thing being understood all along.

relações com ele que servem como inspiração para a escrita desta dissertação, por privilegiarem a dimensão da construção histórica da subjetividade. Admitindo a tristeza como um referente pré-discursivo, é preciso entender porque e como, em primeiro lugar, a depressão se configurou na categoria psiquiátrica (contingente) que é hoje e, em segundo, favorece que tantos indivíduos se pensem como pertencendo ao grupo dos deprimidos. Também se pretende problematizar a afetação que o diagnóstico da depressão provoca nos indivíduos, sobretudo no que diz respeito ao modo de tratar o sofrimento, levando em conta que vivemos em uma cultura que legitima uma atitude instrumental e técnica para lidar com ele.

Essa narrativa, no entanto, parece limitada no que diz respeito aos efeitos que as mudanças morais provocam sobre a economia psíquica do indivíduo contemporâneo. Ela precisa, então, ser complementada por uma que analise a influência da nova normatividade sobre os tipos e as intensidades das emoções do sujeito, os seus jogos afetivos, o modo como o outro se constitui para ele, sobretudo na forma de imperativos e possibilidades de falha nas suas relações.

Uma narrativa que se ocupe da nova organização psíquica própria do deprimido é do tipo que estabelece um nexo direto entre moralidade e aumento do número de deprimidos, assim como a segunda narrativa descrita neste capítulo a partir das ideias de Ehrenberg. Na investigação do sociólogo no livro *La fatigue d'être soi*, porém, a dimensão psíquica do deprimido não está presente. Os novos objetivos a serem atingidos pelos indivíduos e os obstáculos que dificultam a sua realização, colocados pela normatividade contemporânea, são descritos apenas externamente, como é o caso da pressão por performance e da dificuldade de os indivíduos conseguirem ser performáticos a todo tempo. Não é abordada a maneira como a vida interior, isto é, os jogos afetivos dos indivíduos, é afetada.

Por esse motivo, no próximo capítulo serão analisadas algumas narrativas psicanalíticas que propõem diferentes interpretações para o aumento contemporâneo das taxas da depressão ou para a posição de destaque que essa doença vem ocupando no discurso psicopatológico atual. A aposta é a de que essas narrativas oferecerão uma articulação, até então não desenvolvida aqui, entre as mudanças morais e a configuração da economia psíquica do deprimido. O interesse, então, é o de uni-las à terceira narrativa aqui descrita, com o intuito de obter uma análise crítica da nossa cultura e da depressão enquanto uma nova forma de sofrimento que nela se configura e expande.

A partir da união das duas narrativas, pretende-se compreender, por um lado, o nexo direto entre mudanças na normatividade social e aumento do número de deprimidos e, por

outro, o seu nexu indireto. O direto diz respeito à maneira como essas mudanças afetam a subjetividade do indivíduo, produzindo vulnerabilidade e uma nova organização psíquica, a do deprimido. Segundo esse nexu, portanto, tanto a vulnerabilidade como a própria depressão teriam sido produzidas como “objetos” no mundo.

Já o nexu indireto trata de como as mudanças provocaram modificações no entendimento das relações entre normal e patológico e nos próprios conceitos psiquiátricos, favorecendo que os indivíduos se sintam frágeis e se pensem como possíveis deprimidos. A produção da vulnerabilidade e da depressão nesse caso seria enquanto “objetos” mentais ou conceitos (FOUCAULT, 1984; HACKING, 2009), ou seja, enquanto categorias que descrevem e hierarquizam emoções e comportamentos, e se configuram como nova possibilidade de os indivíduos serem na atualidade.

CAPÍTULO 2

NARRATIVAS PSICANALÍTICAS DA DEPRESSÃO

Neste capítulo, será feito um percurso por algumas narrativas psicanalíticas que tentam explicar o aumento recente da depressão ou entender a singularidade dessa doença na contemporaneidade quando comparada a outras formas de sofrimento do passado. Em comum, os autores têm o olhar histórico sobre a subjetividade. Como foi explicado anteriormente, narrativas que não historicizam o sujeito e os seus modos de sofrer não interessam a esta dissertação e, portanto, não serão descritas aqui. O objetivo é entender quais mudanças morais foram selecionadas por cada autor e de que forma elas são pensadas como afetando a economia psíquica dos indivíduos.

2.1 Cultura da vergonha

Os autores Julio Verztman, Regina Herzog e Teresa Pinheiro (2009) consideram que a depressão contemporânea é uma patologia onde está em jogo a perturbação e a vergonha que o outro provoca por denunciar uma falha, uma performance aquém do esperado. Esse sentimento de vergonha, e também o de insuficiência, ligados sobretudo ao fracasso de performance, seriam características próprias desses deprimidos, que se diferenciariam por isso dos melancólicos. Enquanto estes falam sobre si sem apresentar vergonha, o que fica evidente nas suas autoacusações, aqueles se queixam frequentemente de sentirem vergonha em relação ao modo como o outro pode julgar o seu desempenho social e profissional, ou a sua imagem, inclusive corporal.

Para explicar melhor a articulação entre depressão e uma cultura onde a vergonha se configura como a emoção mais importante, é interessante recorrer a outros artigos onde os autores esclarecem que a acepção de vergonha que estão considerando é uma bem específica, desvinculada, por um lado, da sexualidade e do recalque – como seria a vergonha sentida nos sonhos de nudez – e, por outro, do segredo e da introspecção – como a vergonha que faz o sujeito ruborizar e está associada ao medo de não atender ao desejo do outro. A ideia de vergonha em questão hoje, sentida pelos deprimidos, apontaria para uma insuficiência, para um sentimento de não estar à altura dos ideais (PINHEIRO, 2005; PINHEIRO et al, 2006).

Os dois primeiros tipos de vergonha descritos seriam sentidos tipicamente por neuróticos e, nesse sentido, pode-se inferir que a depressão se distanciaria da neurose, na

medida em que a vergonha que a caracteriza não está ligada a culpa, sexualidade ou introspecção (HERZOG, PINHEIRO e VERZTMAN, 2009). O deprimido se envergonharia de estar aquém das exigências da sociedade de consumo. Nessa sociedade voltada para a performance, inclusive, o próprio sentir vergonha já seria considerado um defeito do indivíduo (PINHEIRO, 2005; PINHEIRO et al, 2006).

Em artigo sobre a fobia social, Pinheiro et al (2006) discorrem mais longamente sobre a vergonha de si ou narcísica, emoção que estaria em questão também no diagnóstico de fóbicos sociais. A vergonha seria sentida como dor narcísica, como ameaça de desintegração psíquica: atinge o sujeito como um todo, impossibilitando-o de reagir à “violência” sofrida. As consequências seriam a desvalorização da imagem de si, a diminuição da autoestima e o esvaziamento narcísico. Aqui já se podem reconhecer muitos dos sintomas descritos tanto pelos fóbicos sociais como pelos deprimidos contemporâneos.

Os autores ressaltam a importância de se entender que a vergonha narcísica não diz respeito exclusivamente à relação do sujeito consigo próprio; trata-se de uma emoção que pressupõe ainda a presença de um outro, mais especificamente um outro que vê o que o sujeito não gostaria que fosse visto. Assim, para que haja vergonha, que é, portanto, sempre pública, é preciso, em primeiro lugar, que o indivíduo perceba uma discrepância entre o que ele é e o que imagina dever ser. Em segundo, é necessário que acredite ter exposto essa “falha” ou “inferioridade” perante as referências ideais, passível de repúdio, ao olhar do outro. Vale esclarecer, ainda, que importa menos o que o outro pensa do envergonhado e mais o que este fantasia ser pensado sobre si: “Sentir vergonha é ter sobre si um olhar – real ou fantasiado – que atravessa os limites que separam o ‘si mesmo’ do mundo e denuncia algo que deveria permanecer encoberto” (PINHEIRO et al, 2006, p. 154).

A seguir, serão expostas as diferenças traçadas pelos autores entre vergonha e culpa e entre vergonha e honra, com o objetivo de esclarecer ainda mais a modalidade de vergonha predominante na cultura contemporânea e de entender a sua relação com o diagnóstico da depressão. Enquanto a culpa surge em consequência de uma ação julgada pelo sujeito como transgressora, a qual provocaria indignação no outro, e está ligada à voz (interior), a vergonha é relativa àquilo que o sujeito é, passível de provocar o desprezo do outro, e está relacionada ao olhar que observa e avalia (ser olhado), mesmo que apenas em fantasia (HERZOG, PINHEIRO e VERZTMAN, 2009).

Além disso, ao contrário da culpa, que é acompanhada pelo desejo e pela possibilidade de reparação – o sofrimento em si já contribui para o processo de purgação da culpa –, a vergonha traz o desejo de transformação, mas é irreparável, pois na organização

psíquica do envergonhado, marcada pelo esvaziamento narcísico e pela passividade do eu, não ocorre descarga do afeto (HERZOG, PINHEIRO e VERZTMAN, 2009; PINHEIRO et al, 2006).

Entre honra e vergonha, por sua vez, a diferença parece dizer respeito ao motivo pelo qual o sujeito se envergonha, estando ambas as emoções associadas ao olhar do outro. No primeiro caso, a causa da vergonha é uma ação que viola o código moral coletivo, que deveria ser respeitado. No segundo, é um déficit ou insuficiência puramente individual, sem relação com uma tradição pública (PINHEIRO et al, 2006).

Segundo Pinheiro (2005, 2006), estaríamos nos distanciando da cultura da culpa e voltando a uma cultura da vergonha, porém diferente das sociedades hierárquicas tradicionais, quando a vergonha estava ligada à honra, à vida e à narrativa públicas. A contemporaneidade estaria se afastando da cultura da culpa porque, em vez de internalizada por cada indivíduo, suscitando a autoavaliação, a instância de avaliação, nem tanto de moral, mas de performance, está exterior a ele, e é constantemente reatualizada pelo olhar do outro.

Além disso, a vergonha na atualidade teria perdido o seu vínculo com a honra, devido ao enfraquecimento da noção de bem comum, dos referenciais externos de identidade e dos laços com os ideais sociais e com as narrativas públicas. Como hoje cada indivíduo deve fazer escolhas próprias e constituir identidade e narrativa singulares, somente o seu desempenho pessoal pode envergonhá-lo: ele sente vergonha por aparecer para o outro como perdedor e incapaz (HERZOG, PINHEIRO e VERZTMAN, 2009; PINHEIRO et al, 2006).

A perda das referências modernas também gera em cada indivíduo insegurança e requisita a confirmação e a aprovação constante do outro do que se é e de que se está fazendo o certo. “No mundo contemporâneo, operou-se uma inversão: é o outro quem terá de me dizer constantemente o que sou (...) o sujeito só poderá se reconhecer na exterioridade de uma imagem refletida no olhar do outro” (PINHEIRO et al, 2006, p. 160).

Ao apresentarem suas impressões sobre os novos sintomas da depressão contemporânea, Herzog, Pinheiro e Verztman frisam a frequência com que eles se referem a uma perda de si mesmo, sobretudo de uma imagem (física) de si, e também o papel importante que o olhar do outro ocupa na vida dos pacientes. A vergonha relatada por eles não está ligada à honra, e sim à incompetência ou à insuficiência pessoais.

Restou ao sujeito da contemporaneidade um corpo. Uma materialidade que prova a sua existência para si e para os outros e talvez com ele, em muitos casos, o único indício de que dispõe da continuidade da sua existência. Um mundo que vive do aqui e agora, do tempo que voa, do espetáculo, do visível, do descartável, todos esses elementos são muito fugazes. O referencial externo tão estável do início do século passado tendo se volatilizado na contemporaneidade deixa ao corpo das sensações a tarefa de, nesses quadros de depressão contemporânea, circunscrever o

modo de existir. Nesse sentido, a depressão contemporânea difere tanto das depressões históricas quanto dos quadros descritos como melancolia, em função da relação que estabelece com o corpo, com a imagem de si e do papel que a vergonha desempenha. (HERZOG, PINHEIRO e VERZTMAN, 2009)

A dificuldade de sustentação da autoimagem diante do outro, característica central dos fóbicos sociais, também estaria relacionada à vergonha contemporânea. Assim como os deprimidos, os pacientes com fobia social descrevem um sentimento de insuficiência diante de um ideal e uma preocupação com o olhar do outro (PINHEIRO et al, 2006). Embora esses autores não elaborem claramente uma hipótese para o aumento do número de diagnósticos da depressão na contemporaneidade, a explicação pensada para o aumento de fóbicos sociais nos permite deduzir que aquela seria bastante parecida com esta.

Formulamos a hipótese de que o ambiente cultural atual, no qual se favorece a superexposição de seus membros e o valor da vergonha e da privacidade é tido como negativo, tenha contribuído para que um quadro clínico como a fobia social adquirisse relativa estabilidade e se tornasse fonte de inibições, sintomas e angústia. (PINHEIRO et al, 2006, p. 167-168)

A mudança moral selecionada por esses autores para entender a singularidade da depressão contemporânea e da fobia social é, portanto, a passagem de uma cultura da culpa para uma cultura da vergonha, com a simultânea desvinculação dessa emoção da honra. Dessa mudança moral, fazem parte o enfraquecimento das referências externas para a construção da identidade, a valorização das escolhas pessoais, da exteriorização da subjetividade e da performance, a importância do julgamento e da aprovação do outro. Tanto a depressão como a fobia social, com seus sintomas principais sendo justamente a insuficiência e a vergonha, seriam dois modos de os indivíduos experimentarem o fracasso de performance e a falta de reconhecimento do outro na atualidade. E como esses sentimentos, por sua vez, não são valorizados socialmente, o sofrimento dos indivíduos aumentaria ainda mais.

2.2 Imperativo de gozo e seus conflitos

Em seu livro sobre a depressão *O tempo e o cão*, Maria Rita Kehl (2009) também se ocupa da questão de como explicar o aumento da depressão na contemporaneidade, considerando importante interpretá-lo como sintoma social, isto é, sinalizador do “mal-estar na civilização”. A autora estabelece uma distinção entre neuróticos que se deprimem e deprimidos enquanto sujeitos com outra estrutura psíquica, que seria decidida na saída do Complexo de Édipo. Estes seriam indivíduos que nunca experimentaram outro modo de estar no mundo diferente do estado depressivo. Aqui, o foco será dado às suas explicações para o

crescimento do primeiro grupo, ou seja, o dos indivíduos que são acometidos pela depressão em algum momento da vida.

Kehl argumenta que a depressão na sociedade atual se encontraria na mesma posição de desacordo com a normatividade social que a melancolia ocupou da Antiguidade até a sociedade moderna e a histeria, na modernidade. As três doenças anunciariam, cada uma em seu tempo, que muitos indivíduos sofrem de determinada maneira por não se adaptarem às normas e exigências de sua época.

O melancólico pré-moderno, figura fronteira entre o gênio e o louco, era um sujeito marcado pelo sentimento de que é insignificante como agente de transformações na vida privada ou política e pela consequente adoção de uma atitude fatalista diante do conflito. Denunciava, portanto, o desajuste e a inserção conflituosa de certos indivíduos no laço social. Porém, com a emergência da psicanálise e, principalmente, a publicação por Freud de *Luto e melancolia*, houve a privatização do conceito de melancolia, que então perdeu o seu potencial de sintoma social. Ao propor que as queixas melancólicas têm origem inconsciente, mais especificamente no ódio recalcado sentido em relação a um objeto de amor precocemente perdido, Freud foca nas relações familiares do sujeito e afasta definitivamente a melancolia de suas representações pré-modernas, que propunham uma ligação entre vida íntima e laço social.

A histeria nas sociedades europeias do século XIX, por sua vez, apontava para um descompasso existente entre os modos tradicionais de simbolizar a diferença sexual e o lugar designado à mulher na sociedade, por um lado, e as novas configurações que se abriam diante das mulheres desde as revoluções do século XVIII, por outro.

Já o deprimido contemporâneo, segundo a autora, seria aquele que adoece frente aos imperativos da cultura de gozo e de felicidade. A norma contemporânea, em vez de exigir que os indivíduos renunciem minimamente de seus prazeres em prol do convívio social, designa que ninguém renuncie a nada.

Kehl levanta a hipótese de as transformações na normatividade social afetarem a própria constituição dos sujeitos, inclusive a instância superegóica, cuja exigência de gozo teria se tornado mais rigorosa pela aliança com os ideais ordenadores da vida social. O superego funciona incitando ora ao gozo ora à renúncia a ele. E são os ideais da cultura que parecem estabelecer uma solução de compromisso entre esses dois mandatos impossíveis. Como atualmente os imperativos de gozo predominam sobre os de interdição, ao contrário da época em que Freud propôs sua teoria sobre o funcionamento do aparelho psíquico, é a face do superego que ordena ao sujeito que ele goze que se torna mais proeminente.

Afirmar isso não significa, porém, segundo Kehl, defender que tenha havido um afrouxamento das exigências do superego ou que o sujeito esteja agora mais livre de suas injunções e severidade, até porque o imperativo de gozo é, por definição, impossível de se cumprir. Além disso, a culpa continua sendo, para a autora, a emoção que mais perturba os indivíduos hoje, inclusive os deprimidos, pois não haveria diferença entre culpar-se por excesso de gozo, o que representaria uma transgressão às interdições, ou por falta de gozo, o que denotaria a incapacidade de atender a essa exigência:

A culpa neurótica em relação ao superego torna-se ainda mais impagável sob tais condições, em que os ideais parecem não exigir das pessoas mais do que a disposição de usufruir dos prazeres do presente, de cultivar o corpo e entregar-se às fantasias associadas aos apelos de consumo. O sujeito culpado não leva em conta, porque não sabe disso, a impossibilidade de responder ao gozo ao qual é convidado ou, do ponto de vista do superego, lhe é exigido. O sentimento de insuficiência, o medo de perder o amor dessa instância que representa, no psiquismo, a esperança de recuperar a fatia de narcisismo e a porção de gozo perdidas torna os neuróticos candidatos à depressão. (KEHL, 2009, p. 95)

A partir dessa passagem, é possível dar continuidade ao argumento e compreender a hipótese de Kehl para o aumento do número de deprimidos. Diante das demandas de gozo que lhe são feitas e que ele não quer deixar de atender por medo de perder o amor superegógico, o indivíduo renuncia ao seu desejo e acata as ofertas de gozo que estão disponíveis a ele na cultura, o que leva à depressão.

Em Freud, o recuo do sujeito ante o conflito que o divide e que indica a força do desejo inconsciente, resulta em inibição da ação. Convocado a fazer UM com seu gozo, o sujeito tomado pela paixão de segurança identitária paga caro por essa nova modalidade de alienação. Desgarrado das referências identificatórias que o sustentariam a partir do eixo de transmissão dito paterno, convocado a negociar sua via desejante em troca das ofertas de gozo apresentadas pelo Outro, o sujeito contemporâneo está mais propenso a deprimir-se. (KEHL, 2009, p. 296)

Está anunciada nesse trecho outra singularidade de nossa sociedade contemporânea, além do imperativo de gozo, que é ressaltada pela autora para explicar porque os indivíduos aceitam tão facilmente abrir mão do seu desejo, recusando o conflito: a inconsistência das referências simbólicas, inclusive da figura do pai enquanto representante da lei.

Kehl cita e aceita, portanto, a hipótese de Ehrenberg de que o aumento do número de deprimidos decorreria de uma crise identitária, que se produziu na segunda metade do século XX: a depressão “sinalizaria o cansaço extremo diante dos compromissos de autenticidade, ousadia e originalidade que substituíram os imperativos da moral do trabalho, da renúncia e da adequação às normas” (KEHL, 2009, p. 214).

Imperativo de gozo e de felicidade, por um lado; insegurança identitária, por outro. Essas são as duas faces da mudança moral selecionada por Maria Rita Kehl para entender o aumento das taxas da depressão na contemporaneidade. Inseguro para agir devido à

inconsistência das referências simbólicas que tem à disposição, o indivíduo hoje, ao ser convocado a consumir as ofertas de gozo disponíveis na cultura, aceita a exigência, renunciando ao seu desejo e ao conflito. A depressão seria o efeito dessa “escolha” em certa medida induzida pela nova normatividade.

Nessas condições, é fácil entender o aumento dos episódios depressivos entre os neuróticos: histérico(a)s e obsessivo(a)s, cada um à sua maneira, são presas fáceis da tentação de abrir mão de sua via desejante, sempre periclitante por sinal, em troca de tantas ofertas/demandas de gozo de/para o Outro. Os episódios de depressão combinam o vazio subjetivo produzido por essa negociação, o sentimento de insuficiência narcísica diante das exigências do supereu e a culpa pela covardia moral a que Lacan se referiu em duas ocasiões diferentes. (KEHL, 2009, p. 101)

Segundo a autora, não é a mudança na normatividade, por si só, que abole o conflito psíquico: nossa cultura, intolerante ao conflito, oferece estratégias para anulá-lo, como o uso de psicofármacos e a adesão às “ofertas de gozo em circulação no mercado”, que o deprimido costuma acatar. Por desistir de seu desejo e recuar diante do conflito, o deprimido se caracterizaria, segundo Lacan, por uma “covardia moral”. Ele sofreria da única culpa justificável em psicanálise, aquela por ceder de seu desejo. Kehl acredita, então, ao contrário de outros autores, que o deprimido continua sofrendo de culpa. Mais do que isso: o aumento da culpa é um efeito da nova normatividade, que incita a um gozo inalcançável, sobre a economia psíquica do sujeito. Outro efeito é a desistência do desejo, que produz o vazio depressivo, a insuficiência e a inibição, novos sintomas que caracterizam o deprimido.

2.3 Cultura do narcisismo e desamparo

Joel Birman (2010) argumenta que a felicidade e a autonomia se configuram como imperativos na cultura contemporânea, isto é, a demanda para que cada indivíduo seja feliz e autônomo adquire a importância de uma lei moral. O autor defende que já na modernidade o ideário de felicidade estava configurado como uma possibilidade para todo e qualquer indivíduo. A Revolução Francesa ratifica o discurso iluminista, segundo o qual, com o uso devido da razão, os homens poderiam refundar a ordem social para promover o projeto de felicidade para todos. A felicidade, nesse contexto, era vista como um ideal coletivo, ancorada nos princípios de igualdade, liberdade e fraternidade.

O que muda, com a disseminação do liberalismo no século XIX e, sobretudo, do neoliberalismo na década de 80 do século XX, concomitantemente à derrota do projeto socialista de promover a igualdade e à crise do Estado de Bem-Estar Social, é que o projeto de felicidade passa a estar estreitamente associado ao culto do indivíduo. É nesse contexto

que também a autonomia ganha importância. Se o indivíduo não pode contar mais nem com a proteção do Estado nem com a solidariedade do outro, cabe somente a ele a realização de seus empreendimentos e a busca da felicidade, atualmente intimamente conjugada com a elevação da autoestima, da performance e da qualidade de vida: “pode-se enunciar, sem vacilar, que a articulação entre a autonomia concedida ao indivíduo e o cultivo da qualidade de vida e da autoestima deste delinea o fundamental moral do projeto da produção da felicidade na contemporaneidade” (BIRMAN, 2010, p. 37).

Seguindo com o argumento, Birman defende que o imperativo da autonomia possibilita a disseminação da cultura do narcisismo, termo cunhado por Lasch, pois para ser autônomo hoje é preciso apostar em si mesmo e se autopromover no espaço social. O autor chama a atenção para o fato de a economia do narcisismo atual estimular a expansão do eu ideal e a desconstrução do ideal do eu. A diferença entre os dois, estabelecida por Freud (apud BIRMAN, 2010), é a de que, enquanto o primeiro transforma o sujeito em seu próprio ideal, sem levar em consideração o outro ou qualquer imperativo ético de alteridade, o segundo se submete a um ideal externo, que o regula. A performance exigida hoje dos indivíduos implicaria justamente na economia narcísica do eu ideal.

O indivíduo narcísico seria o cidadão por excelência da sociedade neoliberal, ou da sociedade do espetáculo, tal como descrita por Debord (apud BIRMAN, 2005). Como vivemos em uma cultura que valoriza a estetização da existência e a inflação e a exaltação desmesurada do eu, a interiorização excessiva não tem vez ou lugar. O sujeito “dentro-de-si” se desvaloriza frente ao sujeito “fora-de-si” e o que se perde em interioridade deve ser recompensado por ganho em exterioridade. Apesar de parecer paradoxal, o autocentramento do sujeito, moralmente valorizado hoje, não corresponde ao sujeito “dentro-de-si”, e sim à exigência de um excesso de exterioridade. Além disso, ao contrário do que ocorria no século XIX, quando o discurso psiquiátrico representava negativamente o sujeito “fora-de-si” como alguém com perda da função de sujeito – o louco, o alienado –, na sociedade atual ele perde o estigma, retoma a função de sujeito, é integrado e mesmo requisitado (BIRMAN, 2005).

A melancolia e o estilo sofredor de ser não estão mais na moda, como acontecia entre os das gerações existencialista e *beat* dos anos 40, 50 e 60. Da mesma forma, as pessoas com estilo retraído, reflexivo e sonhador não se coadunam mais com a moral vigente de exaltação do eu e do exibicionismo. A mundaneidade pós-moderna valoriza os carreiristas e oportunistas, que sabem utilizar os meios de se exibir e de capturar o olhar dos outros, independente de qualquer valor. (BIRMAN, 2005, p. 191)

Nesse contexto em que a felicidade e a boa sociabilidade dependem do cultivo do narcisismo e da capacidade de se exibir espetacularmente, o deprimido é o indivíduo que se

retrai e fracassa no exercício da performance (BIRMAN, 2010). Ele é o sujeito “dentro-de-si”, caracterizado pela interiorização excessiva, que não consegue se tornar o tão socialmente valorizado sujeito “fora-de-si” (BIRMAN, 2005).

Embora não fale do aumento do número de deprimidos, Birman (2005) ressalta que a depressão hoje se configura como uma nova modalidade da subjetividade e está entre as três síndromes das quais a psicopatologia contemporânea mais se ocupa, ao lado das toxicomanias e da síndrome do pânico. O autor defende justamente que as três doenças têm em comum uma modalidade de subjetividade e sociabilidade que não se coaduna com o imperativo moral do que devemos ser hoje. Nas três, está em jogo o fracasso em glorificar o eu e em participar dos rituais espetaculares. Em artigo mais recente, ele compara a posição que a depressão ocupa na sociedade atual com a ocupada pela neurose na modernidade. E, se houve essa mudança, foi porque transformações morais ocorreram:

Se a disseminação da neurose, na modernidade, implicava uma leitura da felicidade inscrita no espaço psíquico da interioridade, a depressão evidencia, em contrapartida, o impasse do sujeito num mundo onde se valorizam a autonomia, a performance e a visibilidade do espetáculo (Birman, 2006), pelas quais é a cena da exterioridade que é sempre colocada em pauta. (BIRMAN, 2010, p. 42-43)

Uma solução muito frequentemente procurada pelos que fracassam em desenvolver o narcisismo mínimo necessário à inserção na sociedade do espetáculo seria a droga. A adição seria um modo de o indivíduo lutar contra a depressão e a insegurança identitária que o marcam na contemporaneidade e de buscar responder às exigências de ação e de performance que lhe são colocadas. Birman afirma, então, que existe “um processo social de produção das toxicomanias”, possibilitado pela ética da nossa sociedade do espetáculo e do narcisismo:

Assim, as toxicomanias foram produzidas como uma peste na pós-modernidade, na medida em que se inscrevem nos pressupostos antropológicos daquela. Considerando, então, os fundamentos morais da cultura do narcisismo e da sociedade do espetáculo, as toxicomanias são os efeitos mais evidentes de seus imperativos éticos, daquilo que devemos ser. Produzidas pela medicina clínica, pela psiquiatria e pelo narcotráfico, as toxicomanias são os contrapontos das depressões e da síndrome do pânico, no sentido de que é pelo consumo massivo de drogas que o sujeito tenta regular os humores e efeitos maiores do mal-estar na atualidade. O sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na rede de relações da sociedade do espetáculo e seus imperativos éticos. (BIRMAN, 2005, p. 249)

Birman (2005, 2010) selecionou, portanto, como mudança moral importante para entender o espaço que a depressão ocupa hoje no discurso psicopatológico e também o crescimento recente da toxicomania, a expansão da cultura do narcisismo ou da sociedade do espetáculo, que passam a requerer dos indivíduos novos valores e atitudes – autonomia, performance, exaltação e exteriorização do eu.

Em artigo de 2006, o autor aborda ainda outra característica da sociedade contemporânea que parece estar relacionada à depressão: o desamparo. Segundo Birman, assim como o ideário de felicidade, o desamparo é uma experiência que já marcava o sujeito moderno; ele caracteriza mesmo “o mal-estar da civilização”, do qual fala Freud. Quando há a crise das sociedades tradicionais e das figuras simbólicas de referência (do pai, sobretudo), o projeto identitário deixa de ser dado e passa a depender de escolhas e de adesões pessoais. O sujeito se vê, então, desamparado diante da tarefa complexa de se constituir com seus próprios meios.

Foi a experiência do desamparo que permitiu o surgimento do modernismo, conjunto de saberes e manifestações críticos à modernidade que pretendiam oferecer aos indivíduos meios de lidar com o desamparo, dentre os quais estão a psicanálise, as vanguardas estéticas e os movimentos emancipatórios do século XIX. Na contemporaneidade, porém, estaríamos vivenciando a crise do discurso modernista, o que aumenta ainda mais a experiência de desamparo dos indivíduos e explica o aumento da medicalização do sofrimento e do recurso aos psicofármacos e à autoajuda, os novos “apaziguadores” do desamparo (BIRMAN, 2006).

O que nos interessa aqui é entender que a experiência do desamparo, enquanto fragilidade da subjetividade, além de sintoma de nossa época histórica, é fonte de perturbações psíquicas atuais, que se constituem justamente como modo de evitar esse desamparo:

Se o desamparo revela a fragilidade da subjetividade num mundo onde Deus está morto e que não se pode mais confiar na proteção do pai, já que este foi humilhado, as diversas modalidades assumidas pelo masoquismo e pela violência são os meios privilegiados na atualidade para que o sujeito possa dominar, custe o que custar, o seu desamparo. (BIRMAN, 2006, p. 51)

Birman afirma que, quando a dor do desamparo é tamanha que o sujeito não consegue afrontá-lo e constituir destinos eróticos e sublimatórios para ele, uma solução possível é o pacto masoquista, por meio do qual o indivíduo se assujeita ao outro, se oferece a ele para que goze como queira, em troca de proteção contra o desamparo. O sujeito prefere a humilhação da autoestima a permanecer desamparado.

Uma consequência possível desse pacto masoquista é a despossessão subjetiva, que se apresenta, segundo o autor, de forma vertiginosa hoje, nos registros do corpo, da ação e do sentimento. Seriam nesses três registros que se evidenciariam hoje as novas modalidades de mal-estar, como o estresse, a síndrome do pânico e as compulsões, não mais centradas no conflito psíquico e sim na incapacidade de simbolizar o excesso de excitação e, assim, de evitar a angústia.

Segundo esse argumento, as depressões na atualidade seriam resultantes do pacto masoquista, enquanto defesa contra o desamparo, e a expressão da despossessão de si no seu limite máximo no registro do sentimento, que se caracterizaria por um estado de suspensão do eu e um “colapso do psiquismo”: “Nessa cena catastrófica, a autoestima se dissolve. O sentimento de segurança psíquica, isto é, de que o eu pode dar conta das relações entre o corpo e o mundo, se esvazia” (BIRMAN, 2006, p. 186). Com o masoquismo, o indivíduo evita a perda do outro, mas não conquista a liberdade e nem usufrui do seu desejo. A despossessão subjetiva produz o sentimento de vazio, que é a marca maior das depressões contemporâneas, ao contrário da culpa que marcava as neuroses.

Tal vazio pode ser articulado diretamente com o violento desmapeamento do mercado de trabalho produzido pela mundialização e que se materializa naquilo que Sennett denominou de ‘corrosão do caráter’, presente na sociedade pós-moderna. Ou, então, de maneira ainda mais trágica, com aquilo que Ehrenberg descreveu como a ‘fadiga de si mesmo’, que dominaria o cenário das subjetividades contemporâneas. (BIRMAN, 2006, p. 187)

Pode-se dizer, então, que Joel Birman propõe duas narrativas para entender a singularidade da depressão na contemporaneidade, que partem de dois aspectos diferentes da mudança moral, relacionados entre si: um diz respeito às exigências novas de performance e exaltação do eu, que afetaria a dinâmica psíquica dos sujeitos na forma da expansão do eu ideal e do retraimento do ideal do eu, e da exteriorização da subjetividade. O deprimido, por sua vez, seria aquele que fracassa diante das novas exigências e cuja economia psíquica, marcada pela interiorização excessiva, não corresponde à subjetividade idealizada do sujeito “fora-de-si”; daí essa doença ganhar destaque na psicopatologia contemporânea.

O outro aspecto da mudança consiste na perda de referências simbólicas e na crise dos dispositivos que a modernidade inventou para enfrentar o desamparo, que aumentam a fragilidade e a vulnerabilidade do indivíduo contemporâneo. Desamparado, ele prefere se submeter ao outro em troca de proteção, o que leva à despossessão de si e aos sentimentos de vazio e insegurança psíquica, sintomas da depressão contemporânea, e não à culpa, própria do neurótico.

2.4 Autonomia e ordem simbólica

Benilton Bezerra Jr. (2009, 2010) desenvolve uma narrativa para explicar o aumento recente da distímia, uma das formas da depressão, que parece dialogar bastante com as narrativas de Birman. Bezerra Jr. inicia um de seus textos explicitando que pretende pensar o

crescimento dos diagnósticos de distímia como um sintoma de nossa formação social e a própria doença como uma configuração psíquica característica da atualidade:

Em outras palavras, a expansão crescente da distímia é uma chave para compreender as vicissitudes características da vida subjetiva na sociedade contemporânea. Compreender os traços marcantes do processo que alçou a distímia ao lugar de destaque que hoje ela tem no cenário psicopatológico atual nos permitirá, então, mostrar como sua presença difusa na sociedade atual aponta para o esvaziamento e a retração da autonomia – no momento mesmo em que a autonomia é alçada à condição de valor supremo. (BEZZERA JR., 2009, p. 36)

Pela passagem acima, pode-se prever que o elemento da mudança moral escolhida pelo autor para entender o aumento do número de distímicos é a paradoxal característica do ideal de autonomia, como ficará mais claro a seguir. Bezerra Jr. (2009) faz uma exposição sobre a passagem das sociedades tradicionais para a moderna e desta para a contemporânea, procurando focar no tema da autonomia.

A primeira passagem corresponderia à ascensão da autonomia como um valor fundamental. Se nas sociedades tradicionais a identidade de cada indivíduo e o projeto de vida eram assegurados pelos seus laços de pertencimento e por um sistema fechado e unificado de fontes de significação transcendentais, na modernidade cresce o horizonte de possibilidades subjetivas para os indivíduos, que têm maior liberdade para escolher, em um universo simbólico de filiações plurais, aquelas nas quais vão ancorar suas significações. Simultaneamente a essa mudança, há internalização das instâncias de controle e surge o sujeito dividido internamente por conflitos entre os seus desejos e as normas externas. Antes disso, o conflito vivido pelo sujeito em relação às regras normativas não era intrapsíquico e nem sentido como tensão interna entre impulsos contraditórios.

A segunda passagem, por sua vez, remeteria à precarização das múltiplas fontes doadoras de identidade e de horizontes existenciais aos indivíduos, que também se fragilizam. Houve o enfraquecimento da ordem simbólica, isto é, das narrativas compartilhadas que indicavam regras sobre certo e errado, possível e impensável, e a vida de cada um passou a depender de suas próprias escolhas e reflexão (BEZERRA JR., 2009, 2010).

Rompem-se os laços de submissão automática a valores, interditos e significações já estabelecidas. O indivíduo não se define mais pela filiação automática e natural ao contexto sociocultural do qual emerge. O eu torna-se um projeto, ou seja, uma interrogação contínua acerca do seu passado, do presente e, sobretudo, do seu futuro. (BEZERRA JR., 2010, p. 118).

A consequência é que o sujeito contemporâneo é estimulado a se desvencilhar das referências externas e de roteiros pré-determinados, como classe, religião e etnia, e a agir de modo autônomo, buscando em si mesmo recursos para construir sua identidade. Soma-se a

isso o fato de que, com a expansão das biotecnologias, além da tradição, também a natureza deixou de ser limite ou obstáculo à realização das potencialidades do indivíduo e à sua busca por fruição máxima na vida (BEZERRA JR., 2010).

Essa liberação do indivíduo, entretanto, acabou se transformando em um imperativo de autonomia “tirânico e paradoxal” (BEZERRA JR., 2009). Embora a nossa cultura contemporânea dê a impressão de que não faz imposições, isso não é verdade. Bezerra Jr. (2010) parece concordar com Maria Rita Kehl em relação a não ter havido o desaparecimento da injunção superegógica na organização do laço social, e sim uma mudança: o superego aparece hoje, não na forma de interdição ao gozo, mas de incitação a ele. A felicidade e o prazer se tornam, então, obrigações do indivíduo contemporâneo.

É possível, portanto, traçar paralelos entre os argumentos de Birman e Bezerra Jr., já que ambos entendem a autonomia e felicidade hoje como imperativos morais e atentam para a situação precária e desamparada na qual o sujeito contemporâneo se encontra. Bezerra Jr. (2009) chama a atenção para o fato de uma ordem que diz “seja livre!” ser um paradoxo e ter como consequência a busca incessante de cada indivíduo por uma performance social aceitável que substitua os referentes estáveis perdidos, o que pode provocar os sentimentos de fragilidade (da autoestima) e inconsistência do eu. Talvez porque a boa performance não é uma definição que possa ser universalizada e, como a exigência e a competição são constantes, ter vencido uma vez não é garantia de que se vencerá novamente diante do próximo desafio.

Jogados num universo social em que referências sólidas e estáveis se tornaram líquidas e fluidas, os indivíduos precisam eles próprios confirmar a todo instante sua continuidade, sua força, seus méritos, por meio da conquista e exibição de altas performances nos planos pessoal, econômico e social. Impelidos a rejeitar a interferência coletiva em seus destinos, acabam por transformar a gerência privada de sua própria vida no centro principal de sua existência. Sem se darem conta, sucumbem aos imperativos sociais no instante mesmo em que se imaginam fugindo deles. (BEZERRA JR., 2009, p. 40)

A contrapartida do ganho em autonomia é a emergência da incerteza e da dependência em relação ao outro, já que não é mais possível recorrer a formas estabelecidas de pensamento e de ação. Ehrenberg (apud BEZERRA JR., 2010) chama de autonomia assistida essa combinação de liberdade e dependência que caracteriza o indivíduo contemporâneo. Apesar de o comportamento moralmente valorizado hoje ser o de agir de forma autônoma, sem se preocupar com referências externas, a sensação de precariedade que domina o sujeito parece tornar necessário que ele seja reconhecido pelo outro, atual juiz de sucessos e fracassos da vida subjetiva. Nesse contexto, “a distímia pode ser descrita como uma persistente experiência subjetiva de vazio que brota de uma autoestima fragilizada, motivada

por um sentimento de dependência e grande insegurança nas relações com os outros” (BEZERRA JR., 2009, p. 46).

Bezerra Jr. (2009) diferencia os sentimentos de culpa e de vergonha, argumentando que o distímico só sofre do segundo. A culpa é o sentimento próprio do sujeito moderno, aquele dividido internamente entre impulsos e proibições. Ela diz respeito a um conflito privado, vivido na intimidade do sujeito, ocultado ao olhar dos outros. Já a vergonha, que estaria reaparecendo no cenário atual, pressupõe o espaço público e está relacionada ao fracasso que o indivíduo sente em atender às expectativas (suas e da própria cultura) de performance.

Essa correlação entre vergonha e fracasso de performance também foi estabelecida por Herzog, Pinheiro e Verztman, conforme exposto anteriormente. Ao contrário da culpa, que acomete a subjetividade interiorizada, a vergonha seria a emoção típica de formas de subjetividade mais exteriorizadas, como a somática, na qual o corpo se configura como fonte e medidor privilegiado de performance e sensações prazerosas. Enquanto o sujeito culpado sofre porque abriga um sentimento íntimo de fracasso em relação à lei, o envergonhado sofre por não conseguir esconder o seu fracasso do outro (BEZERRA JR., 2009).

O distímico não se queixa propriamente de perdas, não sofre por conta de culpas em relação aos desmandos de seu desejo. Na verdade, o que lhe pesa é o sentimento de insuficiência: falta-lhe algo, cuja presença o impeliria à ação, à conquista (e, então, a possíveis perdas). Seu sofrimento não advém da impossibilidade de realizar desejos, mas sim da dificuldade em se posicionar como um sujeito desejante. (BEZERRA JR., 2009, p. 46-47)

Para entender o crescimento da distímia como sintoma social, Benilton Bezerra Jr. selecionou, como singularidade da normatividade atual, a combinação do imperativo paradoxal de autonomia, que produz a busca por performance e reconhecimento, com a precarização das condições de subjetivação, fruto da perda de referenciais estáveis. Ele defende, assim, que a nossa cultura favorece o aumento do número de distímicos, porque exige de indivíduos fragilizados autonomia e lhes promete onipotência para desenvolver projetos de vida grandiosos. Configura-se, desse modo, um ideal frágil e complicado, que necessariamente conduzirá à sensação de fracasso e de baixa autoestima. A distímia seria, portanto, uma “patologia da ação”, mais do que uma disfunção do humor ou um sintoma resultante do recalque:

O desalento existencial que caracteriza a distímia encontra explicação na situação desconcertante vivida por sujeitos que (supostamente) tudo podem e (na percepção que atribuem ao olhar dos outros) nada conseguem realizar. Oscilando entre a aspiração a uma onipotência prometida pelo imaginário cultural e o sentimento de impotência que decorre da inviabilidade desse projeto, os distímicos se deixam abater pela frustração que não conseguem suportar, e se retraem, incapazes de agir. Desvencilhados de quaisquer amarras e instados a usufruir de toda liberdade e

autonomia, se mostram apáticos, incapazes de dar um passo ou fazer um gesto em qualquer direção. (BEZERRA JR., 2009, p. 47)

Segundo o autor, então, a nova normatividade social afeta a economia psíquica dos sujeitos de modo particular, produzindo distímia, “um processo subjetivo que se refere, menos a uma estruturação psíquica específica, do que à expressão de conflitos subjacentes ao modo de ordenação dos laços subjetivos em nosso cenário atual” (BEZERRA JR., 2009, p. 50). Os próprios sintomas da distímia, que emergem no lugar da culpa e do conflito – os sentimentos de insuficiência, vazio, fragilidade da autoestima e vergonha –, são compreendidos como efeito dessas mudanças na moralidade sobre a dinâmica psíquica. Esses novos sintomas parecem ser produzidos pelo fracasso de performance e pela dificuldade de escondê-lo do outro, em relação ao qual o sujeito se sente simultaneamente dependente e inseguro.

As narrativas psicanalíticas selecionadas aqui estabelecem umnexo direto entre a moralidade contemporânea e o aumento recente do número de deprimidos ou a importância que essa doença ganha no discurso psicopatológico atual. De modo geral, os autores escolheram como mudanças morais importantes a crise das referências simbólicas modernas, por um lado, e as novas exigências de autonomia, gozo, performance e exteriorização da subjetividade, por outro.

Vale retomar a ideia defendida no final do capítulo passado de que o nexodireto entre moralidade e aumento do número de deprimidos pressupõe a produção da vulnerabilidade e da depressão como “objetos” no mundo. Isso significa que elas resultam diretamente da combinação entre enfraquecimento da ordem simbólica e novas exigências. Com a crise de modelos ou guias existenciais, os indivíduos ganharam liberdade, mas perderam segurança. O resultado foi o aumento dos sentimentos de insegurança, vulnerabilidade e de dependência em relação ao outro, o que favorece que eles adoçam, sobretudo de depressão.

As novas exigências também participam da produção dessa vulnerabilidade. A obrigação de ser autônomo é, como ressalta Bezerra Jr., um paradoxo. Já a de performance tem uma definição difícil de ser universalizada e mesmo alcançada, pois sempre seria possível melhorar. É compreensível, assim, que cada vez mais indivíduos se sintam como fracassando e estando aquém do ideal. A sensação de fracasso frente às novas demandas leva, então, à depressão, caracterizada pela diminuição da autoestima e pela vergonha por não conseguir esconder as falhas do outro.

Essas narrativas também articulam as mudanças morais à configuração da economia psíquica do deprimido. Despossessão subjetiva, insegurança psíquica, economia narcísica do eu ideal, desejo de ter o reconhecimento do outro, imperativo superegóico de gozo, apagamento do desejo, substituição da culpa pelos sentimentos de insuficiência, vergonha e vazio (ou, ao contrário, aumento da culpa, como defende Kehl): esses são alguns efeitos sobre a dinâmica psíquica do sujeito contemporâneo de uma normatividade que retira dele a garantia de referências simbólicas e ao mesmo tempo estabelece para ele alvos complicados ou paradoxais a serem atingidos.

No próximo capítulo, será feito um percurso mais detalhado pelas mudanças recentes na moralidade. Serão trazidas ideias de autores que não necessariamente falam da depressão, mas que possibilitam que pensemos sobre o crescimento dessa doença. Como veremos, a maioria deles também aponta, na passagem da modernidade à pós-modernidade, a produção de vulnerabilidade como “objeto” no mundo. No final do capítulo, porém, o sociólogo Frank Furedi introduz a ideia da construção de vulnerabilidade como conceito ou “objeto” mental.

Conforme foi defendido no capítulo passado, o objetivo desta dissertação é unir as duas narrativas. A ideia da produção de vulnerabilidade como conceito será, então, retomada nos capítulos seguintes da dissertação, a partir da análise das modificações no entendimento das relações entre normal e patológico, inclusive no conceito de depressão, e da participação da mídia na divulgação de uma nova classificação da depressão e no convite aos indivíduos para que avaliem a qualidade de seus estados mentais.

CAPÍTULO 3

TRANSFORMAÇÕES NA MORALIDADE

Perdas; desilusões amorosas; dificuldades de realização profissional; o vazio que resulta de conquistas: situações desse tipo compõem a vida de todos nós. Porém, se admitimos que a maneira como a experiência do sofrimento nos interpela é dada historicamente, o modo de interpretar essas situações e de enfrentá-las varia conforme a cultura em que estamos inseridos. Dependendo da cultura, um dado sofrimento será visto como natural ou doentio, algo a partir do qual se deve pensar a vida e o futuro ou algo que é somente prejudicial, devendo ser erradicado rapidamente, sem qualquer reflexão.

Neste capítulo, para entender o crescimento da prevalência da depressão na cultura contemporânea, serão analisadas as mudanças morais ocorridas nas últimas décadas, que determinaram novas relações entre sofrimento, doença mental, moralidade e alteridade. O argumento no qual se insiste é o de que transformações na moralidade fazem surgir novas categorias de doença e legitimam novas atitudes éticas diante do sofrimento.

Para isso, recorrerei a mais alguns autores que refletem sobre as transformações da moralidade e do individualismo ocorridas na passagem da modernidade à pós-modernidade. Cada um deles fala da mudança de um modo particular, selecionando aspectos específicos seus. Zygmunt Bauman, parafraseando Freud, aponta um mal-estar da pós-modernidade, relacionado a um sentimento de incerteza. Charles Taylor defende que vivemos na era da generalização da exigência de autenticidade. Ehrenberg foca nos dilemas da autonomia. Philip Rieff e Frank Furedi falam da característica terapêutica da cultura atual.

De forma geral, os autores aqui selecionados, embora não falem especificamente da depressão, dialogam bastante com os autores psicanalistas cujas interpretações para o aumento do número de deprimidos ou para a posição de destaque da depressão na psicopatologia contemporânea foram analisadas no capítulo passado. A maioria deles nos oferece elementos para pensar de que modo as mudanças morais ocorridas na passagem da sociedade moderna à contemporânea contribuíram para o aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, enquanto “objeto” no mundo. O argumento, na sua forma resumida, é o de que o crescimento do individualismo e o aumento da liberdade e do horizonte de ação e de escolhas dos indivíduos, possibilitados pelo enfraquecimento da função prescritiva das referências modernas, tiveram como contrapartida a emergência de um sentimento de fragilidade e de insegurança.

A produção dessa fragilidade também está relacionada às novas exigências que são feitas ao indivíduo contemporâneo, como as de autonomia, iniciativa, autenticidade e performance. Sem modelos estáveis que lhe indiquem como ser e se comportar e o que desejar, por um lado, e pressionado a agir de maneira autônoma e a buscar de modo autêntico o bem-estar, hoje tido como algo manipulável (RIEFF, 1990), por outro, ele se sente vulnerável. A vulnerabilidade, por sua vez, cria a necessidade de o sujeito reconstruir constantemente a sua identidade e de ser reconhecido pelo outro.

Furedi (2004) traz uma ideia nova, no entanto. O autor defende que os indivíduos se sentem mais vulneráveis na atualidade, passíveis de adoecerem e se traumatizarem mais facilmente com as experiências da vida, porque há uma vulnerabilidade que é construída enquanto conceito por nossa cultura, por ele denominada de terapêutica. O que mudou segundo o raciocínio de Furedi, então, foi o entendimento cultural a respeito dos limites e da resistência do sujeito frente aos problemas e às adversidades que precisa enfrentar na vida. Enquanto antes se pensava que os indivíduos eram capazes de suportá-los, hoje se cria a ideia de que eles são vulneráveis a priori.

Ainda que a interpretação particular de cada autor se proponha totalizante na reflexão sobre as mudanças morais e sociais ocorridas nas últimas décadas, o meu interesse aqui é reunir os seus elementos em uma narrativa própria que dê conta de nossa singularidade histórica. Acredito, inclusive, que as ideias de produção de vulnerabilidade enquanto “objeto” no mundo e de vulnerabilidade enquanto conceito, aparentemente conflitantes, podem ser usadas como complementares. Entendendo o que a nossa cultura configura que cabe ao indivíduo fazer e como ele pode falhar na vida e nas suas relações com o outro, será traçado um panorama geral da nova normatividade contemporânea, que então possibilitará o entendimento de por que os diagnósticos de depressão têm crescido tanto nas últimas décadas e também de como se organiza a economia psíquica do deprimido.

3.1 Mal-estar na contemporaneidade

Em *O mal-estar na civilização*, Freud faz a seguinte afirmação: “O homem civilizado trocou um quinhão das suas possibilidades de felicidade por um quinhão de segurança” (apud BAUMAN, 1998, p. 8). A crítica do psicanalista é a de que a condição necessária à construção e à sustentação da cultura foi a renúncia dos indivíduos à satisfação de pulsões poderosas, ligadas à sexualidade e à agressividade. Nesse sentido, a vida segura em sociedade tornou irrealizável o programa de tornar-se feliz, imposto pelo princípio de prazer. Isso

explicaria o desconforto (o dito “mal-estar”) que domina o campo dos relacionamentos humanos e o adoecimento neurótico daqueles que não suportam a frustração imposta pelas restrições sociais (FREUD, 1930/1996).

Só que os ganhos e as perdas mudaram de lugar: *os homens e as mulheres pós-modernos trocaram um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade*. Os mal-estares da modernidade provinham de uma espécie de segurança que tolerava uma liberdade pequena demais na busca da felicidade individual. Os mal-estares da pós-modernidade provêm de uma espécie de liberdade de procura do prazer que tolera uma segurança individual pequena demais. (BAUMAN, 1998, p. 10)

O trecho acima, transcrito do livro *O mal-estar da pós-modernidade*, escrito por Bauman quase 70 anos após Freud ter escrito o seu, enuncia o argumento principal daquele autor em relação à passagem da sociedade moderna à pós-moderna: enquanto a primeira se caracteriza pela escassez de liberdade em prol da estabilidade e da durabilidade dos projetos de vida e de identidade, a segunda se define pela soberania da liberdade nas decisões e escolhas individuais, à custa, porém, de uma vida sob condição permanente de incerteza e indeterminação. Os três ideais da modernidade citados por Freud – beleza, pureza e ordem – não teriam sido abandonados, mas devem agora ser perseguidos com espontaneidade e esforço individuais.

Freud alertava seus leitores para a impossibilidade de se prever se os indivíduos poderiam ser mais felizes em outras culturas. Bauman afirma que o aumento da liberdade de fato não os tornou mais felizes. Liberdade sem segurança não garantiria mais felicidade do que segurança sem liberdade. Em vez de tentar medir se os indivíduos sofrem hoje mais ou menos do que os homens do passado, trata-se de entender que as próprias formas de sofrer mudaram; e, por isso mesmo inclusive, seria impossível saber em qual cultura se sofre mais.

Viver livre em um mundo maleável e incerto é experiência diferente de uma vida subordinada à tarefa de construir a identidade em um mundo ordenado, mas ambas produzem mal-estares, embora certamente diferentes. O mal-estar próprio da pós-modernidade seria provocado pelo sentimento de incerteza, que parece dizer respeito à falta de solidez e continuidade que caracteriza tanto as estruturas sociais como os projetos de vida individuais e os laços sociais e afetivos.

O sentimento dominante, agora, é a sensação de um novo tipo de incerteza, não limitada à própria sorte e aos dons de uma pessoa, mas igualmente a respeito da futura configuração do mundo, a maneira correta de viver nele e os critérios pelos quais julgar os acertos e erros da maneira de viver. O que também é novo em torno da interpretação pós-moderna da incerteza (em si mesma, não exatamente uma recém-chegada num mundo do passado moderno) é que ela já não é vista como um mero inconveniente temporário, que com o esforço devido possa ser ou abandonado ou inteiramente transposto. O mundo pós-moderno está se preparando para a vida sob uma condição de incerteza que é permanente e irredutível. (BAUMAN, 1998, p. 32)

Na modernidade, o processo de construção de identidade por cada indivíduo era gradual e definitivo, porque já havia um esquema concluído da identidade antes mesmo de ela começar a ser erigida. A vida era planejada a partir de um conjunto finito e rígido de possibilidades, e mudava bem pouco. As tentativas e os esforços individuais para empreender alguma mudança tinham pouco resultado diante da solidez das estruturas sociais (BAUMAN, 1998).

Atualmente, porém, a identidade de cada indivíduo parece estar em constante reconstrução, com demolições e novos começos, pois não há recursos para construí-la verdadeiramente duradoura. Da mesma forma, os projetos de vida individuais não se ancoram mais em terreno estável e os laços sociais se enfraquecem, já que o outro passa a ser visto e tratado como fonte potencial de experiências agradáveis (BAUMAN, 1998).

“Meio de vida, posição social, reconhecimento da utilidade e merecimento da autoestima podem todos desvanecer-se simultaneamente da noite para o dia e sem se perceber” (BAUMAN, 1998, p. 35). Bauman entende, portanto, que a perda de modelos e de referenciais estáveis sobre como ser e agir, na passagem da modernidade à pós-modernidade, produziu um ambiente de incerteza no qual o indivíduo necessita a todo tempo se reconstruir e ser reconhecido pelo outro.

É possível, assim, traçar um paralelo entre as ideias de Bauman e as dos autores psicanalistas analisadas no capítulo passado. Apesar de usarem diferentes expressões para caracterizar a situação frágil em que se encontra o indivíduo pós-moderno (incerteza, desamparo, precariedade, vulnerabilidade, insegurança), de modo geral os autores argumentam que ela é consequência do enfraquecimento, perda, crise ou inconsistência das referências simbólicas modernas. Ou seja, a vulnerabilidade do indivíduo contemporâneo resulta diretamente do fato de algo ter sido perdido em relação à sociedade moderna. Além disso, sem modelos nos quais se basear para construir sua identidade ou, pelo menos, aos quais se opor para afirmar seu desejo, cria-se a necessidade nova de aprovação e de confirmação do outro em relação ao que se é e ao que se faz.

Charles Taylor (2000, 2007) também se dedica a analisar o mal-estar atual. O autor seleciona o crescimento do individualismo expressivo e a generalização da exigência de autenticidade a partir dos anos 60 como os dois fatores principais que modificaram o indivíduo. Assim como Bauman, ele entende que essa mudança tem dois lados: aumento da liberdade e do horizonte de ação e de escolhas, por um, e rompimento com ordens e regras morais, por outro, que, segundo ele, eram importantes porque atribuíam sentido ao mundo e

às atividades sociais. A consequência negativa apontada por Taylor seria o “subjetivismo moral”: as posições morais não se baseiam mais na razão ou na ordem das coisas, mas são adotadas por cada indivíduo conforme ele se ache mais afinado com uma ou com outra.

Em um mundo, segundo Taylor (2000), “desencantado”, cuja moral fora “desacreditada”, o mal-estar diria respeito, não tanto ao sentimento de incerteza, como aponta Bauman, mas à perda de objetivo e ao empobrecimento do significado da vida. Na busca de pequenos prazeres, focando apenas em suas vidas, os indivíduos estariam se afastando da esfera política e de preocupações que transcendem o self, como as demandas da cidadania, as necessidades do meio-ambiente, as dívidas da solidariedade.

3.2 Generalização da exigência de autenticidade

Taylor (2000) explica que uma das origens da autenticidade, no século XVIII, remete a uma voz moral interna, ao sentimento intuitivo sobre o que é certo e o que é errado, inclusive em relação a como se comportar sexualmente e em família. Porém, sob a influência do expressivismo romântico do final desse mesmo século, segundo o qual cada um de nós deveria achar um jeito próprio de viver, sem se render à conformidade a um modelo exterior, o ideal de autenticidade se configura sem acento moral. Se anteriormente a voz interior era importante por indicar a atitude certa a ser tomada, hoje ela seria fonte de completude e autorrealização, por revelar a verdade do indivíduo.

O ideal de autenticidade é um ideal moderno, mas no século XIX a busca por um modo autêntico de viver e de expressar a si mesmo era projeto apenas das elites artísticas e intelectuais. A diferença é que na atualidade ela se generalizou enquanto exigência, passou a comandar a vida em sociedade e se atrelou ao consumo. Também é parte importante dessa mudança a revolução dos costumes sexuais na segunda metade do século XX, representada sobretudo pela relativização da castidade e da monogamia, e pela afirmação da homossexualidade como uma opção sexual legítima. A ética da autenticidade tal como configurada hoje seria o resultado das lutas sociais que atingiram seu auge da década de 60, com Maio de 1968, contra o conformismo, o abafamento da criatividade, a repressão do sentimento, da espontaneidade e da sexualidade (TAYLOR, 2007).

Segundo Taylor (2000), o ideal de autenticidade tem atualmente importante força moral. Para exemplificar, ele diz que o novo não é o indivíduo sacrificar seus relacionamentos amorosos ou o cuidado dos filhos em prol da carreira, mas o fato de ele se sentir obrigado a agir assim sob o risco de desperdiçar sua vida, por não ter descoberto quem

é ou o que deseja, ou não se autorrealizar o suficiente. E isso pode ser articulado à primazia da razão instrumental, que se refere ao fato de hoje as decisões serem tomadas e as próprias relações se configurarem a partir da ideia de que é preciso obter delas o máximo de eficiência com o menor custo. O autor dá o exemplo do lugar dominante da tecnologia na sociedade atual, inclusive na prática médica, que substitui intervenções acolhedoras aos pacientes por outras mais técnicas.

Quando o objetivo da vida passa a ser a obtenção de felicidade e de bem-estar individuais, e a maximização da performance, inclusive o outro é tratado como instrumento de nossos projetos. As relações duradouras são aquelas que, apesar da passagem do tempo, continuam a atender à autorrealização de cada um dos parceiros. O mal-estar em jogo no que Taylor (2007) chama de “expressivismo simplificado”, mais uma vez, é a perda de sentido e de profundidade na finalidade da vida, que levaria ao estreitamento e trivialização desta. Uma vida trivial seria uma vivida no espaço privado, desvinculada de modos antigos de ajuda mútua e baseada no consumo de bens e serviços.

As características singulares de nossa cultura selecionadas por Taylor – o crescimento do individualismo expressivo, a generalização da exigência de autenticidade, o aumento da autonomia, o rompimento com regras morais, a liberação sexual e a primazia da razão instrumental – são muito interessantes para pensarmos na nova moralidade que se configurou na contemporaneidade. É preciso, porém, estabelecer uma distância em relação a dois pontos abordados por ele. O primeiro diz respeito à sua opinião de que, devido a essas mudanças, nossa cultura vive um declínio moral. Taylor não acha que o indivíduo contemporâneo está mais frágil, como Bauman e os autores psicanalistas; acredita, sim, que ele vive uma vida trivial, escassa de significado. A distância entre as ideias defendidas nesta dissertação e as dele está no fato de que não se trata de lamentar aqui, como parece ter sido feito por ele, a perda de regras morais ou motivos transcendentais e profundos aos quais os indivíduos deveriam recorrer para fazer escolhas e tomar decisões, apesar de se compartilhar o incômodo com a atitude instrumental diante da vida, sobretudo dos sofrimentos que dela fazem parte.

O segundo ponto de discordância é sobre a adequação à contemporaneidade do próprio conceito de autenticidade descrito por Taylor. Ao apresentar o ideal de autenticidade, que se oporia ao de sinceridade, ele afirma estar se referindo às mesmas noções propostas por Leonel Trilling no livro *Sincerity and Authenticity*. Enquanto a sinceridade teria se configurado como um ideal nas sociedades pré-modernas, quando havia a preocupação com a

reputação, a autenticidade seria própria da modernidade, época em que estava em jogo o dilema entre desejo individual e normas sociais.

Na definição de Trilling (1971), sinceridade significa congruência entre confissão e sentimento ou entre ser e aparência, ou seja, ausência de fingimento ou dissimulação na descrição ao outro do que se é ou do que se sente. As condições psicológicas do surgimento do ideal de sinceridade são o espaço psíquico privado e a transparência das emoções e ideias ao próprio indivíduo. Se o sujeito tem consciência do que sente, não pode haver autoengano e ser sincero implica somente em ter coragem para dizer a verdade. O indivíduo sincero não questiona a regra social, mas avalia a sua conduta e os seus pensamentos de acordo com ela e pode resistir a confessar o que acredita que prejudicaria a sua reputação. O problemático nessa relação de verdade é, portanto, enganar o outro, que não pode ter acesso ao que se passa no espaço psíquico daquele que confessa.

Já autenticidade teria se configurado como um ideal na virada subjetiva da cultura moderna (TAYLOR, 2000), quando, com a crescente influência da psicanálise, o espaço psíquico passou a ser visto como dividido entre uma parte consciente e outra inconsciente, à qual o sujeito não tem acesso. A distância problemática não seria mais entre o que se é e o que se aparenta ser, ou entre o que se sente e o que se diz sentir, e sim entre o que se pensa ser ou sentir e o que se é ou sente verdadeiramente (TRILLING, 1971).

O sujeito inautêntico é vítima do autoengano, por estar submetido às pressões sociais: a cultura impõe limitações à sua sexualidade, levando-o a ter uma ideia equivocada do que é e deseja. Nesse sentido, os sintomas da neurose, que emergem do conflito entre desejo e normas sociais, seriam inautênticos justamente porque impedem a satisfação de uma pulsão, essa sim autêntica. Buscar a autenticidade implicaria, então, criticar-se por aceitar as regras morais da sociedade, desvincular-se delas e descobrir o que há em si de autêntico e que o diferencia dos outros indivíduos, o seu desejo.

Assim, tanto em Taylor como em Trilling, a busca por autenticidade está associada à autoexploração e à autodescoberta, isto é, à procura pela verdade que residiria na profundidade psíquica de cada indivíduo. O que se trata de defender aqui é que na contemporaneidade estaríamos em outro estágio do ideal de autenticidade, diferente do descrito pelos dois autores.

Com a imposição de um paradigma biológico no campo da psiquiatria a partir da década de 70 do século XX e a consequente perda gradativa do lugar de hegemonia da psicanálise como arcabouço teórico para o entendimento da subjetividade (BIRMAN, 2005), o espaço psíquico parece estar perdendo sua profundidade e os sentimentos e os

pensamentos, retomando sua característica de transparência. Hoje o que não está acessível à consciência do indivíduo é a movimentação química de seu cérebro; deixa de ser, portanto, uma profundidade que limita a autonomia da consciência por omitir dela o sentido do que faz e deseja.

Como os indivíduos atualmente acreditam já saber o que são e desejam e como querem viver suas vidas, ser autêntico não diz mais respeito a reconhecer o seu desejo; tampouco se trata da volta ao compromisso de dizer a verdade ao outro, próprio do ideal de sinceridade. Em uma sociedade onde o respeito mútuo pelas escolhas de vida do outro se tornou um valor moral importante e o que não é tolerado é justamente a intolerância diante da diferença (TAYLOR, 2000), ser autêntico implica, por um lado, ser original, ser “você mesmo”, independentemente das pressões externas, e, por outro, questionar os preconceitos da cultura.

A ética contemporânea de autenticidade é própria de uma cultura cuja organização é, nos termos de Rieff (1990), expressivo-impulsiva, e não mais repressivo-sublimatória, como na época moderna, quando predominaria o ideal de autenticidade anterior ao atual. Enquanto na modernidade não havia espaço para a busca por uma nova abertura para a experiência e os indivíduos eram socializados a renunciar a seus desejos em prol de identidade e propósito coletivos, na contemporaneidade, com a crise dos ideais coletivos, cada indivíduo tem permissão para levar uma vida experimental, com muitas opções. “O fato de um sentimento de bem-estar haver se tornado o fim e não o subproduto de um empenho para alguma finalidade comunal superior anuncia uma mudança de foco fundamental em todo o arranjo de nossa cultura” (RIEFF, 1990, p. 253).

3.3 Dilemas da autonomia

Seguindo alguns autores já citados, Ehrenberg (2000, 2010a) seleciona como mudanças principais ocorridas no individualismo na passagem da sociedade moderna à contemporânea a libertação do indivíduo e a consequente crise identitária ou da autoconfiança. De modo geral, nessa passagem, o modelo disciplinar de gestão das condutas e as regras de conformidade aos interditos perderam espaço para normas que incitam cada indivíduo à autonomia e à iniciativa, o intimando a se tornar si mesmo.

Um dos mecanismos de funcionamento do poder disciplinar era a sanção normalizadora (FOUCAULT, 1984, 1987), que produzia positivamente no real a negatividade ética (VAZ, 1997), agindo sobre o desejo. Diferenças mínimas de

comportamento eram observadas e hierarquizadas segundo a polaridade regular e desviante, permitido e proibido. Essa classificação separava também os indivíduos entre normais e anormais e, principalmente, fazia com que cada um internalizasse essa divisão, se inquietasse com sua potencial anormalidade e desejasse se adequar à regularidade.

A passagem para a contemporaneidade é percebida nas novas técnicas de poder, mais permissivas e tolerantes em relação a desejos e atitudes. Em vez de pressionados a formarem uma massa homogênea, os indivíduos podem, e devem, ser diferentes e autênticos em suas práticas. Com a liberação sexual, o nexos entre forma dos atos sexuais e identidade é rompido; a sexualidade não é mais causa e efeito de doença psíquica. O enfraquecimento das regras que induziam a pensamentos conformistas e automatismos de conduta abre um espectro enorme de possibilidades sobre como levar a vida e ter prazer.

O homem soberano, semelhante a si mesmo, do qual Nietzsche anunciava a vinda, está em vias de se tornar uma realidade de massa: não há nada acima dele que possa lhe indicar o que ele deve ser, pois ele se pretende o único proprietário de si mesmo. Pluralismo moral e não conformidade a uma norma única, liberdade de construir suas próprias regras no lugar de vê-las se impor: o desenvolvimento de si torna-se coletivamente uma questão pessoal que a sociedade deve favorecer. Um tipo de sujeito, menos disciplinado e como que “psíquico”, isto é, com a injunção de se decifrar, sobrecarrega a paisagem²¹. (EHRENBERG, 2000, p. 151)

O indivíduo se acha transformado pela nova normatividade, que o incita a ser autônomo, buscar o seu modo autêntico de viver e construir a sua identidade singular. Também o corpo, que antes sofria limitações por ser investido como força produtiva, deve agora ser explorado na sua capacidade de provocar sensações (EHRENBERG, 2000, 2010a).

Mas não se trata apenas disso: também faz parte dessa nova normatividade que a busca por bem-estar e a construção da identidade sejam resultado de uma ação individual, tornada possível pela liberação psíquica do sujeito (EHRENBERG, 2000). Autonomia – assim como autorrealização, autenticidade, felicidade e gozo –, mais do que um novo direito, se configura mesmo como uma obrigação, um imperativo ao indivíduo contemporâneo. É fundamental que, em vez de ser agido por uma ordem exterior, ele aja de forma autônoma, se apoiando em recursos internos e recorrendo a competências mentais. Se isso já não bastasse para sobrecarregá-lo de responsabilidades, há ainda, por fim, a prescrição de que disso resulte uma boa performance.

²¹ L’homme souverain, semblable à lui-même, dont Nietzsche annonçait la venue, est en passe de devenir une réalité de masse : il n’y a rien au-dessus de lui qui puisse lui indiquer qui il doit être, car il se prétend le seul propriétaire de lui-même. Pluralisme moral et non conformité à une norme unique, liberté de se construire ses propres règles au lieu de se les voir imposer: le développement de soi devient collectivement une affaire personnelle que la société doit favoriser. Un type de sujet, moins discipliné et conforme que « psychique », c’est-à-dire enjoint de se déchiffrer lui-même, surcharge le paysage.

Sejam os psicólogos em seus consultórios com as terapias da liberação (RIEFF, 1990) ou a mídia, com um discurso que encoraja uma atenção nova à vida íntima e abre espaço para que as pessoas descrevam em detalhes seu sofrimento e questões privadas, tenta-se fornecer ao indivíduo meios para que ele se liberte e construa sua identidade independentemente de qualquer coação externa ou censura interna. Ensina-se a viver plenamente, atingir o bem-estar, melhorar a autoestima, tornar o “proibido” passível de ser feito. Ancorado na máxima de que tudo é possível, vinga o discurso de que não se trata mais de adaptar-se a uma realidade pré-dada, e sim de trilhar caminhos particulares (EHRENBERG, 2000).

Ehrenberg (2000) lembra que tanto os avanços das ciências biológicas e da farmacologia nos últimos 50 anos como o progresso das condições materiais de vida, que fez surgirem novas possibilidades de ascensão social, reforçaram a premissa de que tudo é possível e contribuíram para que o bem-estar deixasse de ser aspiração longínqua e passasse a ser pensado como mais concreto e acessível a todos. Além disso, a tolerância nova em relação à diferença, da qual já falava Taylor, também ratifica a ideia de que tudo é possível. O bem-estar pode adquirir formas e significados diversos, dependendo das preferências de cada indivíduo, que deve escolher seu estilo de vida sem temer ser julgado e estigmatizado. Mais uma vez, a ética da autenticidade contemporânea exige mesmo que o sujeito assuma e exprima os seus desejos singulares, e multiplique as suas oportunidades de prazer.

Se a separação entre o permitido e o proibido declina em prol da divisão entre o possível e o impossível, também haveria um declínio da referência ao conflito na contemporaneidade (EHRENBERG, 2000). O lugar do sujeito conflitual, angustiado pela divisão interna entre o que deseja e o que deve desejar, passa a ser ocupado pelo indivíduo emancipado, que deve agora enfrentar a discrepância entre a promessa de onipotência diante da vida e a impossibilidade de realizar ou alcançar tudo o que é possível. Se a concretização de objetivos e o sucesso na vida só dependem de ações individuais, a simples imaginação sobre quão mais prazerosa a vida poderia ser ou sobre quanto mais de riqueza e reconhecimento se poderia obter caso se esforçasse mais já garante a frustração consigo mesmo e a dificuldade em aceitar realizações aquém das expectativas.

Estamos diante, então, mais uma vez, do argumento de Ehrenberg em relação à outra face da liberação psíquica: a insegurança identitária. A ausência de limites e de uma norma unitária que ordene desejos e comportamentos, aliada à pressão por iniciativa e performance, teria contribuído para a fragilização do indivíduo. Fica difícil para ele fabricar a si mesmo e a sua história sem poder contar com referências estáveis de apoio. O autor cita uma série de mudanças sociais ocorridas no final do século XX que teriam reforçado a sensação de

precariedade do indivíduo contemporâneo, como a diminuição das garantias de estabilidade das carreiras, que se tornam voláteis, e o enfraquecimento das fronteiras hierárquicas na família e das diferenças simbólicas entre gêneros e gerações.

Controle de si, flexibilidade psíquica e afetiva, capacidades de ação fazem com que cada um deva suportar a incumbência de se adaptar permanentemente a um mundo que perde precisamente sua permanência, um mundo instável, provisório, feito de fluxo e de trajetórias em dentes de serra. (...) Essas transformações institucionais dão a impressão de que cada um, aí incluído o mais humilde e o mais frágil, deve assumir a tarefa de *tudo escolher* e de *tudo decidir*²². (EHRENBURG, 2000, p. 236)

Ehrenberg se distancia de autores que lamentam a perda de referências do indivíduo moderno, a privatização da existência, o enfraquecimento do laço social e o declínio da vida pública, como é provavelmente o caso de Taylor. Ele afirma que houve um ganho positivo de liberdade e não se trata de lamentar o fim do controle disciplinar, apesar da crise identitária que acomete o indivíduo com a emancipação. Não se trataria inclusive de uma perda de referências. O indivíduo contemporâneo se vê confrontado, ao contrário, com a multiplicação de referências, como novos saberes, filosofias, religiões, programas midiáticos.

Não importa tanto se estamos diante da perda ou da proliferação de referências simbólicas. O indivíduo que daí resulta descrito por Ehrenberg tem a mesma característica de desamparado ou frágil que descrevem Bauman e os autores do capítulo 2. Sem uma norma única na qual se basear e constantemente impelido a ser autônomo, autêntico e exibir uma boa performance, o indivíduo se sente, por um lado, sobrecarregado de responsabilidade e, por outro, inseguro e vulnerável. O que está em jogo aqui, mais uma vez, é uma vulnerabilidade produzida diretamente por mudanças na normatividade.

3.4 Cultura terapêutica

Cultura terapêutica ou cultura do emocionalismo (FUREDI, 2004) remete ao fato de as experiências individuais e os acontecimentos do mundo serem interpretados, ganharem sentido e valor a partir de um script emocional, a linguagem terapêutica. A cobertura midiática de catástrofes naturais e de atentados terroristas ilustra bem como é o ethos terapêutico que define a sua interpretação: eles se configuram como eventos traumáticos, que trarão prejuízos emocionais, de curto ou longo prazo, às vítimas, inclusive à sua autoestima.

²² Maîtrise de soi, souplesse psychique et affective, capacités d'action font que chacun doit endurer la charge de s'adapter en permanence à un monde qui perd précisément sa permanence, un monde instable, provisoire, fait de flux et de trajectoires en dents de scie. (...) Ces transformations institutionnelles donnent l'impression que chacun, y compris le plus humble et le plus fragile, doit assumer la tâche de *tout choisir* et de *tout décider*.

Depressão, TAG e TEPT são apresentados como algumas de suas “sequelas” quase inevitáveis.

Rieff (1990) fala do triunfo da terapêutica. Com essa expressão, ele quer dizer que a terapia não é apenas um instrumento de cuidado, e sim uma concepção de mundo, que transformou o homem social em homem psicológico. Enquanto o primeiro se definia por traços de caráter (moral) e atitude adaptativa, o segundo se caracteriza por traços de personalidade (psicológica) e atitude analítica. Em vez de modos de salvação de si, que passavam pela identificação de cada indivíduo com uma meta comum, as doutrinas do homem psicológico são individualistas e estão relacionadas com a capacidade de ele usufruir da vida sem erigir barreiras simbólicas.

O homem religioso havia nascido para ser salvo; o homem psicológico nasceu para ser agradado. A diferença foi há muito estabelecida, quando o “eu creio”, o brado do asceta, perdeu a precedência para “a pessoa sente”, o *caveat* do terapêutico. E se o terapeuta deve ganhar, então certamente o seu guia espiritual secular será o psicoterapeuta. (RIEFF, 1990, p. 37)

As emoções e os sentimentos ganham na contemporaneidade o lugar de importância que as ideias e as crenças ocupavam anteriormente (FUREDI, 2004; RIEFF, 1990). Na ausência de critérios objetiváveis que permitam diferenciar o bem do mal, o justo do falso, são os sentimentos que se tornam o guia moral do indivíduo contemporâneo. Daí a importância que se atribui hoje ao investimento em si mesmo e, como propõe Sennett (apud EHRENBERG, 2010a), à busca permanente pela resposta à questão “o que eu sinto?”. Em um contexto de incerteza, onde falta segurança social, o trabalho sobre si mesmo garantiria certa segurança pessoal. As terapias e os livros de autoajuda seriam formulados como substitutos à comunidade perdida.

Essa cultura que valoriza as emoções e os sentimentos dos indivíduos, e lhes faz novas demandas de autenticidade, felicidade, bem-estar e autorrealização cria a necessidade de novas instituições e agentes terapêuticos. Daí, portanto, a grande expansão da oferta de terapias em nossa cultura (FUREDI, 2004; RIEFF, 1990; TAYLOR, 2007). Rieff, porém, nos chama a atenção para o fato de que, como a terapia é atualmente uma concepção de mundo, e não somente o tratamento para doenças mentais, também a função do terapeuta se modifica, passando a englobar a liberação psíquica e a manipulação do bem-estar.

Uma ideia interessante de Furedi sobre a cultura terapêutica é a de hierarquização das emoções, que parece seguir dois critérios, de acordo com dois aspectos dessa cultura. Um primeiro aspecto é a celebração da felicidade e do bem-estar. Assim, o primeiro critério define as emoções positivas como aquelas que deixam o sujeito feliz e as negativas, como as que o fazem se sentir triste. O segundo aspecto é o fato de o emocionalismo ser promovido

pela cultura de uma forma intensamente individualizada e, nesse sentido, a felicidade se torna problemática quando depende de outras pessoas para ser alcançada. O segundo critério, portanto, classifica como negativas emoções que no primeiro critério seriam vistas como positivas, independentemente de sua qualidade intrínseca, se elas expressarem o vínculo do indivíduo com algo externo, um ideal ou outra pessoa.

Os exemplos amor e culpa são bastante elucidativos. O amor teria uma classificação paradoxal: se por um lado é positivo, por ser considerado uma das fontes principais de autorrealização e felicidade, por outro teria o grande inconveniente de ligar e subordinar um indivíduo a outro, impedindo a satisfação de seus próprios interesses e necessidades. Por essa perspectiva, o amor seria uma emoção tão negativa quanto a raiva ou o medo, pois nas três está em jogo a distração com um objeto externo e a diminuição do investimento em si mesmo. Amar alguém em excesso ou se dedicar a causas externas, como cuidar de um parente doente, “fazer a esposa feliz”, trabalhar por um ideal, ter muita fé em uma religião, podem ter como consequência, inclusive, o adoecimento psíquico, sobretudo de doenças associadas com co-dependência (FUREDI, 2004).

Já a culpa seria classificada como emoção negativa por qualquer critério e inclusive seria a mais estigmatizada dentre elas atualmente, segundo Furedi. Na sociedade moderna a culpa poderia ser classificada pela psiquiatria e pelas demais instâncias de controle social como instrutiva, apesar de qualitativamente desprazerosa, pois indicava que o indivíduo estava em contato com as expectativas morais da sociedade. Nesse contexto, a culpa seria mesmo um elemento importante no processo de socialização do sujeito. Na sociedade contemporânea, porém, na qual o desejado é se libertar das normas sociais, e não segui-las, a culpa seria rotulada apenas como negativa, porque, além de deixar quem a sente infeliz, faz o indivíduo desviar energia emocional para atender às demandas impostas pela cultura em vez de cultivar a si mesmo.

Vivemos em uma cultura, portanto, na qual o indivíduo, e mais especificamente a sua vida interior, é o foco central de preocupações sociais e morais. Furedi nomeia de determinismo emocional o entendimento de que as emoções privadas dos indivíduos podem explicar todo problema – econômico, político, educacional –, cuja solução, então, também se desvincula do âmbito social. O argumento tem dupla aplicação: os problemas sociais tanto provocam sofrimento quanto são explicados por disfunções emocionais. Tomemos o desemprego como exemplo. Entende-se, por um lado, que estar desempregado causa estresse, raiva, insônia. Por outro, que o indivíduo não consegue um emprego porque tem autoestima baixa, dificuldade de controlar as emoções, dentre outros déficits. Em ambas as

considerações, fica claro que um problema social é descrito hoje com os termos da linguagem terapêutica e passa a ser enquadrado como sendo de saúde mental, e devendo ser por ela tratado. Em vez das desigualdades sociais e econômicas, são os sintomas e as disfunções que devem ser corrigidos.

3.5 Vulnerabilidade, autoestima e trauma

A ideia de que todo sofrimento ganha sentido e valor por meio da linguagem terapêutica vem acompanhada de outra, igualmente interessante, também proposta por Furedi: a de que nossa cultura cria o indivíduo vulnerável, aquele que, devido aos déficits emocionais, suporta pouco o sofrimento e, por isso, adoece com facilidade. O autor compara duas reportagens sobre enchentes, uma de 1952 e outra de 2000, para argumentar que houve uma mudança significativa na forma de interpretação do sofrimento. Enquanto a primeira, sem usar termos terapêuticos, interpretou a tragédia como resposta esperada da natureza contra a intervenção do homem e elogiou a coragem daqueles que conseguiram se salvar, a segunda definiu os sobreviventes como “vítimas traumatizadas de falhas humanas” e alertou que a limpeza das casas invadidas pela água elevaria os níveis de estresse da população, se ela não recebesse o suporte psicológico necessário.

Não é só o uso da linguagem das emoções que diferencia a segunda reportagem da primeira. Percebe-se, com a comparação, que em 50 anos mudou consideravelmente o modo de se pensar a resistência emocional dos indivíduos. Enquanto antes se entendia que as pessoas eram capazes de suportar adversidades e sofrimentos, na cultura terapêutica parte-se do pressuposto de que elas são vulneráveis a priori. Haveria dois modos de se interpretar essa mudança. O primeiro seria pensar que em cinco décadas os indivíduos de fato se tornaram mais frágeis e, por isso, toleram menos sofrer. O segundo seria argumentar que é a cultura que os encoraja a interpretar uma série de experiências e eventos dolorosos como muito prejudiciais à sua saúde mental. Furedi defende a segunda opção de interpretação e, retomando os termos anteriormente utilizados, a produção de vulnerabilidade a partir do surgimento do “objeto” mental ou conceito.

O discurso do déficit emocional patologiza sentimentos ruins e transforma uma variedade crescente de experiências em elementos nos quais a sobrevivência emocional se torna uma questão. Essa é uma perspectiva que age para persuadir as pessoas a se enxergarem como doentes. A profunda sensação de vulnerabilidade emocional é o produto da tendência de objetificar as incertezas da vida e de remodelá-las na forma ampliada do risco. (...) ao objetificar incerteza em riscos além do controle individual, uma sensação de impotência e de desamparo é cultivada. A objetificação da experiência humana na gramática de riscos tem o potencial de transformar todo novo encontro em um teste de resiliência emocional.

Isso encoraja a sensação de vulnerabilidade emocional e a adoção da linguagem do déficit emocional. O outro lado da consciência do risco é a impotência. Essa é a consciência formada pela internalização da narrativa do déficit emocional²³. (FUREDI, 2004, p. 7-8)

Além da vulnerabilidade, a cultura terapêutica cria a imagem de um mundo perigoso, sobre o qual os indivíduos têm pouco domínio e capacidade de transformação. Isso reforça a ideia de uma subjetividade passiva e frágil, cuja atitude possível diante de uma realidade ameaçadora e inalterável passa a ser a de sobrevivência ou a de superação.

Por um lado, o que define o indivíduo vulnerável são os seus déficits emocionais e, dentre esses, a baixa autoestima é considerado o mais importante em termos de prejuízo e incapacitação do indivíduo. Por outro, todo episódio adverso é passível de traumatizar um indivíduo vulnerável. A noção de vulnerabilidade emocional parece estar intimamente ligada, portanto, às ideias de autoestima e de trauma: enquanto a primeira parece ser a causa principal da vulnerabilidade, a segunda é o seu efeito mais usual.

Segundo Furedi, o déficit da autoestima é entendido como algo que mina a habilidade do indivíduo de controlar sua vida e impossibilita que ele lide emocionalmente bem com experiências e relacionamentos. A crítica do autor é a de que nossa cultura reduz a complexidade dos comportamentos humanos e dos problemas sociais a um único fator: o quão bem ou mal a pessoa se sente em relação a si mesma. Assim, a autoestima é associada hoje a virtualmente toda doença (depressão, obesidade, desordens de ansiedade, distúrbios sexuais) e todo problema social (desemprego, racismo, prostituição, uso de drogas), seja na forma de causa ou de consequência.

Se a autoestima é considerada como podendo causar todo mal, sua elevação também é entendida como solução para os mais variados problemas, tanto individuais como sociais. O seu aumento reduziria a vulnerabilidade emocional do indivíduo e o ajudaria a viver melhor. Mais uma vez, porém, o autor chama a atenção para o fato de o déficit da autoestima, assim como a vulnerabilidade, ser um mito promovido pela cultura terapêutica:

Que um único fator seja responsável por tantas questões sociais complicadas indica que são as forças da cultura e não da investigação científica que induziram à universalização do problema da autoestima. Como resultado, o problema da autoestima adquiriu um caráter flutuante que pode se vincular a qualquer questão.

²³ The discourse of emotional deficit pathologises bad feelings and turns an expanding variety of experiences into sites where emotional survival becomes an issue. This is a perspective that acts to persuade people to regard themselves as ill. The profound sense of emotional vulnerability is the product of tendency to objectify the uncertainties of life and to recast them in the amplified form of risk. (...) through objectifying uncertainty into risks beyond individual control a sense of powerlessness and helplessness is cultivated. The objectification of human experience into the grammar of risks has the potential of turning every new encounter into a test of emotional resilience. It encourages the sense of emotional vulnerability and the adoption of the language of emotional deficit. The flip side of risk consciousness is powerlessness. This is a consciousness that is shaped through the internalisation of the narrative of emotional deficit.

Sua habilidade de pular de um problema ao próximo sugere que o déficit de autoestima se transformou em algo como um mito folclórico que é transmitido pelo canal da nossa imaginação cultural²⁴. (FUREDI, 2004, p. 155)

A obrigação de se sentir bem consigo mesmo, isto é, de apresentar autoestima elevada, parece estar associada a outra: a de ser reconhecido pelos outros. Essas duas seriam, segundo Furedi (2004), as duas necessidades emocionais do indivíduo contemporâneo. A necessidade de reconhecimento pelo outro já foi, inclusive, analisada no capítulo 2 da dissertação. Com o colapso das hierarquias sociais, o enfraquecimento dos suportes morais tradicionais e a emergência do ideal de autenticidade, a identidade do indivíduo não pode mais ser derivada de sua posição ou atividade social. Deve, ao contrário, ser gerada internamente, de um jeito original. Essa emancipação faz com que o indivíduo se sinta inseguro e, ao mesmo tempo, em constante competição com os outros, e coloca em questão o reconhecimento social, que deixa de estar garantido a priori e pode falhar. A autoconfiança e a independência cedem lugar à dependência de consideração e atenção do outro. A identidade precisa, então, ser negociada nas relações com o outro, um outro certamente significativo para o indivíduo que deseja ser reconhecido (EHRENBERG, 2010a; TAYLOR, 2000).

A negação de reconhecimento social pode ser, portanto, muito prejudicial ao indivíduo. Cada indivíduo poderia ver no “espelho social” (ELLIOT, 2003) como a sociedade o vê. Se a imagem for distorcida, isto é, não corresponder àquela que o indivíduo tem de si e gostaria que fosse socialmente compartilhada, o indivíduo sofre e pode inclusive reconstruir sua identidade, mudando o modo de ver a si próprio e adequando-o à imagem do espelho. Isso equivale à internalização de uma imagem depreciativa de si (TAYLOR, 2000). Mesmo que não o faça, está em jogo aqui o sofrimento que a sociedade pode causar ao indivíduo por ser preconceituosa. Se o indivíduo constrói sua identidade como diferença e ela não é reconhecida, sua autoestima é abalada, causando sofrimento, déficits emocionais, problemas sociais, doença mental.

O trauma também está passando por uma redefinição na cultura terapêutica: cada vez mais eventos, antes vistos como parte normal da vida, são classificados como traumáticos. Isso aponta para uma tendência à universalização da própria vulnerabilidade. A consequência é o aumento de indivíduos que interpretam suas experiências como traumáticas e se colocam na posição de vítimas. Um exemplo interessante da produção da vulnerabilidade universal na

²⁴ That one single factor can be held responsible for so many complicated social questions indicates that it is the forces of culture and not of scientific investigation that has led to the universalisation of the problem of self-esteem. As a result, the problem of self-esteem has acquired a free-floating character that can attach itself to any issue. Its ability to jump from one problem to the next suggests that the self-esteem deficit has become something of a folk myth that is transmitted through the conduit of our cultural imagination.

cultura contemporânea e da participação da psiquiatria nesse processo é a mudança nos critérios diagnósticos do TEPT.

Até a década de 80 do século XX, quando a psiquiatria passou por uma grande reforma e foi publicado o DSM-III, o trauma – sob a nomenclatura das neuroses traumáticas – era interpretado pelos psiquiatras segundo a teoria psicanalítica, freudiana principalmente (RECHTMAN, 2002, 2005). Isso significa, em primeiro lugar, que se entendia o trauma como ligado ao recalque de um desejo, ou seja, ao conflito entre consciente e inconsciente próprio do sujeito moderno; sua expressão sintomática, através do afeto traumático, denunciava esse processo e servia como ponto de partida para o diagnóstico clínico.

Mesmo no caso da neurose de guerra, cuja causa poderia em um primeiro momento ser explicada pelo traumatismo real no campo de batalha, o argumento psicanalítico era o de que o acontecimento na guerra, apesar de trauma acidental, levava à doença por despertar ou revelar um trauma intrapsíquico mais antigo, esse sim ligado a fantasias e desejos inconscientes. Assim, a busca pelo traço traumático se dava na escuta da narrativa do paciente, que devia integrar o acontecimento à sua história pessoal (RECHTMAN, 2002).

Em segundo lugar e inversamente, nenhum evento por si só poderia ser dito intrinsecamente traumatizante, passível de fazer adoecer todo e qualquer indivíduo. O “psicologicamente traumatizante” não era atributo do evento, variava de um sujeito a outro, conforme a reação de seu aparelho psíquico aos acontecimentos externos. Havia, então, “múltiplos intoleráveis psicológicos”, sem hierarquia entre si (RECHTMAN, 2005).

Com a publicação do DSM-III, a categoria de neurose traumática saiu do manual de categorias psiquiátricas e a de TEPT foi inserida em seu lugar. Essa mudança implicou na reconfiguração do modo de se interpretar o trauma, acompanhando a própria transformação mais geral nos critérios diagnósticos das doenças mentais: de modo geral, o acontecimento real e os sintomas psiquiátricos passaram a ser suficientes para o reconhecimento da doença. Inversamente, a narrativa do paciente, bem como sua história e memória, foram desvalorizadas pela psiquiatria, tidas como fatores não interferentes no diagnóstico (RECHTMAN, 2002).

O TEPT redefiniu o trauma como a reação normal (esperada) de um indivíduo a uma situação anormal, fora do comum (RECHTMAN, 2002, 2005), ao contrário de antes, quando era possível que uma situação aparentemente ordinária provocasse uma reação inesperada e patológica em um indivíduo por trazer à tona traumas anteriores – ou, inversamente, que uma situação excepcional não traumatizasse alguns indivíduos. E, nesse contexto, a psiquiatria assumiu a incumbência de listar tanto os acontecimentos estressores, que produziriam uma

resposta necessariamente patológica em qualquer indivíduo, como os sintomas para o reconhecimento da doença, que seriam também comuns a todos. Os “múltiplos intoleráveis psicológicos” foram substituídos por um conjunto definido a priori de “intoleráveis psiquiátricos”.

Apesar de ter sido criada com o objetivo primeiro de dar nome e status de doença ao sofrimento psíquico dos ex-soldados de guerra, a categoria de TEPT no DSM-III não limitou as situações estressoras passíveis de causar a doença aos acontecimentos da guerra: ao lado de combate e de ter sido prisioneiro de campos de guerra e de concentração, foram colocados incidentes que podem atingir qualquer indivíduo, como acidentes (de carro, no trabalho e em casa), catástrofes naturais e estupro (YOUNG, 1995). O estresse pós-traumático causado por guerra não foi colocado nem mesmo como uma subcategoria diferenciada da doença. Não foi estabelecida, além disso, hierarquia alguma entre os eventos estressores em termos da gravidade da doença que poderiam causar – os sintomas seriam sempre os mesmos.

Na quarta edição do DSM, houve duas mudanças principais na categoria do TEPT (BRESLAU e KESSLER, 2001). A primeira foi o aumento dos eventos estressores. Foram incorporados à lista: ser diagnosticado com uma doença grave; saber da morte inesperada de um parente próximo ou de um amigo, mesmo que ela tido causas naturais (antes só a morte violenta era traumatizante); saber de eventos traumáticos experienciados por um parente próximo ou por um amigo, como abuso sexual, acidente de carro ou acidente de outro tipo. A segunda foi a adição de um componente subjetivo, igualmente necessário ao diagnóstico, que diz respeito à resposta emocional da vítima ao evento, devendo incluir medo, desamparo ou horror.

Uma pesquisa realizada por meio de entrevistas com mais de duas mil pessoas na faixa etária de 18 a 45 anos, na cidade norte-americana de Detroit, mostra que praticamente todos os participantes já experimentaram, ao longo de suas vidas, pelo menos um evento estressor descrito na categoria do TEPT do DSM-IV. Além disso, para essa amostra, a extensão da lista de estressores ocorrida do DSM-III para o DSM-IV correspondeu a um aumento de 59,2% no número de pessoas que teriam passado por um evento traumático na vida. Quando os dois critérios foram combinados (estressores e resposta emocional), o aumento em relação ao critério único com menos estressores foi menor, de 22%, mais já bastante significativo (BRESLAU e KESSLER, 2001).

O trauma assumiu no saber psiquiátrico, portanto, três diferentes concepções ao longo do tempo. Na modernidade, estava associado ao conflito psíquico e ao recalque de um desejo inconsciente. Já nas décadas de 70 e 80 do século XX, passa a ser considerado real, uma

reação normal a um evento anormal, sem ligação com conflito psíquico. Por fim, após a publicação do DSM-IV, em 1994, em vez de reação normal a evento anormal, o trauma se redefine como reação normal a um evento também normal. Se antes os episódios traumáticos estavam associados a eventos extremos e incomuns, como guerra e crimes violentos, hoje o incomum se tornou a norma (FUREDI, 2004).

Essas mudanças no entendimento do que caracterizam experiências traumáticas ratificam o argumento de Furedi, segundo o qual o que houve nas últimas décadas, em vez de a vida em sociedade ter se tornado mais traumática, foi a transformação da “imaginação cultural do trauma”: “Patologizando respostas emocionais negativas às pressões da vida, a cultura contemporânea inconscientemente encoraja as pessoas a se sentirem traumatizadas e deprimidas por experiências até então vistas como rotina²⁵” (FUREDI, 2004, p. 6).

É importante notar a diferença entre o conceito de vulnerabilidade sugerido por Furedi e o proposto pelos demais autores anteriormente citados que também analisam a fragilidade do indivíduo contemporâneo. Ao contrário de Bauman, Ehrenberg e os autores psicanalistas do capítulo passado, que entendem a vulnerabilidade como consequência da perda de referências simbólicas estáveis, ocorrida na passagem da modernidade à contemporaneidade, Furedi a interpreta como uma construção da cultura atual. O sujeito é hoje encorajado a se entender como vulnerável, com uma série de déficits emocionais, dos quais o mais importante é a baixa autoestima, o que implica pensar que todo evento pode traumatizar e fazer adoecer.

O meu objetivo nesta dissertação, já anunciado anteriormente, é compreender essa nova vulnerabilidade como produzida simultaneamente como “objeto” no mundo e como conceito. A narrativa que daí resulta entende, em primeiro lugar, que o indivíduo contemporâneo está mais fragilizado devido à perda de uma série de estruturas e modelos sólidos e estáveis nos quais se baseava e com os quais contava para viver. Também contribuem para a produção de desamparo as novas exigências contemporâneas de felicidade, autenticidade, autonomia, autorrealização, performance: sobrecarregado de responsabilidades, o sujeito não tem uma norma unitária a seguir. Como saber se é de fato autêntico, por exemplo? Embora na modernidade não houvesse modelo de como alcançar a autenticidade, havia ao menos normas morais às quais se contrapor para a afirmação do desejo, e, desse modo, a dependência em relação ao outro era menor. Daí, portanto, o

²⁵ Through pathologising negative emotional responses to the pressures of life, contemporary culture unwittingly encourages people to feel traumatised and depressed by experiences hitherto regarded as routine.

indivíduo estar mais fragilizado na contemporaneidade em relação ao reconhecimento do outro.

Em segundo lugar, a narrativa proposta aqui deseja analisar em que medida a vulnerabilidade do indivíduo contemporâneo também tem a sua parcela construída enquanto conceito ou “objeto” mental. O exemplo das modificações no conceito de trauma nos indica que redefinições da doença mental e reformulações das relações entre normal e patológico parecem contribuir para a produção dessa nova vulnerabilidade. E será delas que o próximo capítulo se ocupará. Nesse contexto, as transformações recentes da própria psiquiatria merecem ser analisadas. Está em questão a oferta pelo discurso psiquiátrico atual de novos conceitos de doença, como o de depressão, que favorecem que os indivíduos se concebam como frágeis e doentes. Além disso, a função da psiquiatria está migrando do controle social para a manipulação e a otimização da sensação de bem-estar do indivíduo.

CAPÍTULO 4

REFORMULAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE NORMAL E PATOLÓGICO

Vimos, nos capítulos passados, que mudanças morais ocorridas na passagem da modernidade à pós-modernidade por um lado afetaram diretamente a economia psíquica dos indivíduos, produzindo vulnerabilidade enquanto “objeto” no mundo. Isso significa que novos valores morais modificaram as garantias e as exigências que a sociedade faz aos sujeitos, levando-os a efetivamente sentirem-se frágeis e aumentando também a probabilidade de eles adoecerem, por não conseguirem atender às demandas sociais e atingir os ideais da boa vida.

Terminei o capítulo passado, porém, defendendo que essas mudanças, por outro lado, também provocaram transformações no entendimento das relações entre normal e patológico e nos próprios conceitos da psiquiatria, inclusive no de depressão, contribuindo para a produção de vulnerabilidade a partir do surgimento do conceito ou “objeto mental”. O argumento aqui é o de que a normatividade contemporânea possibilitou o surgimento de novas classificações dos modos de ser, sentir e agir, a partir das quais os indivíduos passam então a dar sentido e valor a suas emoções e a seus atos, a se pensar e a também serem pensados. E a consequência dessa afetação do classificado pela classificação é a adoção de novas formas de “tratamento” da diferença e de novas atitudes éticas diante do sofrimento.

Neste capítulo, tentarei mostrar como a vulnerabilidade a se deprimir foi construída como “objeto mental” na atualidade, a partir da análise da reformulação das relações entre normal e patológico. O capítulo será dividido em duas partes. Na primeira, inicialmente será descrita a função da psiquiatria no século XIX, a partir de ideias de Foucault e Canguilhem: normalizar desvios e corrigir o doente, um sofredor perigoso. Nessa época, o diagnóstico psiquiátrico estigmatizava o paciente, porque a doença mental estava ligada a moralidade e alteridade.

Em seguida, veremos que a medicalização de comportamentos e emoções ocorrida a partir da reforma psiquiátrica no final da década de 70, bastante diferente da medicalização de condutas do século XIX, contribuiu para a desestigmatização da doença mental e para a modificação da função do diagnóstico, que se torna autenticador de sofrimento, garante o reconhecimento do doente e o ajuda na luta contra o preconceito da sociedade. Desse modo, o diagnóstico, que já não define anormalidade, e sim uma condição normal, passa a ser mesmo reivindicado pelo sujeito. Serão utilizados como referências autores contemporâneos

que estudam a medicalização, como Benilton Bezerra Jr., Peter Conrad, Joseph Dumit, Charles Rosenberg, Richard Rechtman, Allan Young, entre outros.

Além disso, quando os manuais psiquiátricos passaram a focar em sintomas que todos nós poderíamos identificar em momentos mais difíceis da vida e a considerar menos importante a etiologia da doença mental, isto é, a maneira como os sintomas se relacionam com a história do sujeito, aumentou muito o número de indivíduos passíveis de serem diagnosticados como doentes.

No caso da depressão, o fim da separação entre os tipos endógena e exógena, aliado à crescente aprovação da interpretação neuroquímica como causa para a doença e à concomitante desvalorização da possibilidade de aspectos singulares da vida do indivíduo atenuarem a gravidade do sofrimento experimentado, que então não seria doentio, contribuiu para que cada vez mais pessoas se reconhecessem como estando deprimidas. Nesse contexto, as propagandas de medicamentos realizadas pelas companhias farmacêuticas, a mídia e a internet são importantes, na medida em que fornecem informações sobre sintomas das doenças e testes que favorecem o autodiagnóstico, além de legitimarem o tratamento medicamentoso como o mais indicado para curar sofrimentos.

O último item dessa primeira parte do capítulo fará justamente uma crítica à lógica, predominante em nossa cultura, hedonista e tecnológica de lidar com o sofrimento, segundo a qual o sofrimento não é mais um elemento que perturba e incita a pensar, mas déficit a ser corrigido.

Se por um lado o indivíduo, até então despreocupado com as suas emoções, passa a se inquietar ao ter acesso aos sintomas da depressão, por outro as próprias mudanças recentes no nexo entre sofrimento psíquico e doença mental, determinadas pela nova normatividade, contribuem para que ele se conceba como vulnerável e propenso a se deprimir. Será esse novo nexo, então, o tema da segunda parte do capítulo.

De maneira breve, pode-se adiantar que, com a virada hierárquica do sofrimento psíquico sobre a doença mental e a redefinição de saúde mental, temas abordados por Ehrenberg, uma quantidade enorme de situações e dificuldades são entendidas como causando sofrimento e todo sofrimento como impedindo que alcancemos o novo ideal de saúde mental, que se caracteriza por um estado pleno de bem-estar. Nesse contexto, a normalidade se torna praticamente inalcançável, de modo que sempre haverá um sofrimento a ser cuidado.

Em seguida, será defendida a ideia, proposta por Carl Elliot, de que em nossa cultura estamos sempre em dúvida sobre se a nossa vida interior poderia ser melhor e se podemos já

estar doentes sem saber. Rapidamente surge a questão de como definir felicidade ou bem-estar suficiente. Há uma pergunta, porém, ainda anterior a essa: o que é felicidade ou bem-estar? Para desenvolver essa questão, recorrerei às ideias de Wittgenstein sobre o aprendizado do sentido dos termos mentais precisar ser público e às de Ehrenberg e de Furedi sobre a linguagem da saúde mental ou linguagem terapêutica. O argumento deles é o de que o uso dessa linguagem constitui a forma atual de os indivíduos expressarem e lidarem com os conflitos e os problemas, o que os encoraja a se pensarem e se descreverem como vulneráveis, isto é, como quase ou já doentes.

PARTE I MEDICALIZAÇÃO

4.1 A psiquiatria do século XIX: normalização e estigmatização dos indivíduos

A partir do século XIX, com as reformas hospitalar e da própria medicina, a psiquiatria se configurou como uma das instâncias sociais onde o poder normalizador passou a ser exercido (CANGUILHEM, 2009). Em *Os Anormais*, Foucault (2001) afirma que especificamente entre as décadas de 40 e 70 desse século houve um grande afrouxamento epistemológico da psiquiatria, que passou a identificar e a tratar sintomas em fenômenos que até então não tinham o estatuto de doença mental.

Temos aqui a definição moderna do conceito de medicalização: por um lado, comportamentos anteriormente pertencentes a outras esferas da sociedade, sobretudo o direito e a religião, e, portanto, tratados por outras instituições, como a justiça e a igreja, passam a ser objeto de intervenção da medicina e, no seu interior, da psiquiatria. Por outro, condutas até então não consideradas problemáticas e passíveis de cuidado pela medicina passam a sê-lo.

Segundo Foucault, o fator que possibilitou a expansão da medicalização na sociedade moderna foi a transformação na concepção de loucura. Antes da mudança conceitual, o doente mental, para receber o diagnóstico, deveria apresentar sintomas que comprovassem uma alienação do pensamento, como alucinações, delírios e falsas crenças. Com a redefinição da doença, porém, o que passa a caracterizá-lo é a discrepância de sua conduta em relação às regras de regularidade, combinada ao predomínio dos processos involuntários, instintivos, sobre os voluntários: “A discrepância em relação à norma de conduta e ao grau de afundamento do automático são as duas variáveis que, *grosso modo* a partir dos anos 1850, vão permitir que se inscreva uma conduta seja no registro da saúde mental, seja, ao contrário, no registro da doença mental” (FOUCAULT, 2001, p. 200).

Com a desalienação da psiquiatria, isto é, quando o núcleo delirante ou demencial deixou de ser requisito ao diagnóstico de doença mental, praticamente toda conduta se tornou domínio de ingerência psiquiátrica e de suas práticas normalizadoras. Normalizar significa partir do desvio de comportamento e da vontade de corrigir, e estabelecer a regra, a norma, cuja função é retificar, regularizar, reabsorver a diferença (CANGUILHEM, 2009).

Ela [a psiquiatria] vai introduzir efetivamente, em toda a superfície do campo que ela percorre, essa coisa que lhe era até então parcialmente alheia, a norma, entendida como regra de conduta, como lei informal, como princípio de

conformidade; a norma a que se opõem a irregularidade, a desordem, a esquisitice, a excentricidade, o desnivelamento, a discrepância. É isso que ela introduz pela explosão do campo sintomatológico. (FOUCAULT, 2001, p. 204)

Também é possível entender o funcionamento do poder normalizador da psiquiatria a partir da compreensão proposta por Canguilhem da possibilidade não-paradoxal de o anormal ser logicamente o segundo e existencialmente o primeiro: para a norma existir e trazer à existência a categoria do anormal, é preciso que haja anteriormente a irregularidade. É necessário também que haja intenção, projeto normativo, que já desvaloriza qualquer forma de desvio. A partir, então, da existência do anormal – ainda sem esse rótulo – e da vontade de normalizar, um regulamento é proposto e as diferenças visíveis e mensuráveis de comportamento, hierarquizadas segundo a polaridade normal-patológico.

A polaridade normal-patológico exprime discriminações de qualidade, ou seja, implica a oposição positivo-negativo e também a permitido-proibido. Aceitando essa afirmação, entendemos o nexos estabelecido entre loucura e perigo pela psiquiatria moderna, tal como descrito por Foucault: o louco, figura da qual a psiquiatria propunha cuidar e corrigir, era considerado um indivíduo perigoso para a sociedade. Era alteridade negativa e simultaneamente perigosa, pois remetia a crimes terríveis, a desejos e práticas sexuais proibidos, que nenhum indivíduo normal poderia ter.

Embora perigoso, o doente mental na modernidade era visto e tratado como um sujeito que sofria; podemos dizer que era um sofredor perigoso. Seu comportamento transgressor acontecia apesar dele mesmo, apesar de suas tentativas de se controlar. Ele era, em última instância, uma vítima de sua própria doença e deveria, por isso, ser curado. Vale lembrar aqui a diferença entre o sodomita, um sujeito jurídico, e o homossexual, um doente mental. Embora os dois se definissem pelas mesmas práticas sexuais, o primeiro era julgado pelo o que fez e o segundo, pelo o que é. A sodomia era classificada como um vício que o sujeito falhava em dominar e que deveria ser reprimido. A homossexualidade, por sua vez, pertencia à categoria de doenças mentais e não podia ser controlada pela vontade própria do sujeito. Em vez de criminoso, ele era um sofredor que necessitava de cuidados médicos.

Um bom exemplo dessa passagem de criminoso a doente mental (sofredor) e também da própria noção moderna de medicalização é o caso de Pierre Rivière, comentado por Foucault (1991). Trata-se de um camponês que matou a mãe, a irmã e o irmão no século XIX e que desejava receber da justiça duras penas pelos crimes cometidos. O direito, entretanto, pediu ajuda à medicina – é a época justamente da medicalização das condutas – e Rivière teve o estatuto de réu substituído pelo de paciente psiquiátrico. Em vez de puni-lo

pela crueldade dos assassinatos, o novo tratamento pretendia entender o seu passado e os motivos que o levaram a agir assim para, então, curá-lo.

A figura do anormal deveria, portanto, ser tratada e curada pela psiquiatria. Esse procedimento de cuidar daquilo a que se opõe, ao invés de excluí-lo do real, dá ao poder moderno uma forma pastoral (FOUCAULT, 1983, 2001). A norma, ao postular que alguém é anormal, pressupõe a crença na cura e no dever de curar. O poder pastoral se apresenta como piedoso: ao mesmo tempo em que sabe o que é bom para os indivíduos, se coloca na posição de seu salvador. Ou seja, produz o perigo e o internaliza nos indivíduos, criando a necessidade de serem salvos, e simultaneamente se apresenta como quem pode salvá-los. Se for necessário punir, a punição terá também a forma de uma cura. Além disso, trata-se de uma forma de poder que cuida, não só da comunidade como um todo, mas de cada indivíduo, durante toda a sua vida.

O sentido do diagnóstico psiquiátrico na modernidade era normalizar, isto é, medicalizar os indivíduos que apresentassem desvios de comportamento. A consequência dessa psiquiatria normalizadora que medicalizava os desviantes e cuja função era curá-los e corrigi-los, era a emergência de doentes mentais fortemente estigmatizados, por si mesmos e pelos outros. Isso acontecia porque a própria classificação de comportamentos segundo a polaridade normal-patológico separava os homens também entre normais e anormais, sendo estes aqueles cujo comportamento desviava da regra e deveria ser corrigido (FOUCAULT, 1987). Em simultâneo, promovia a internalização da divisão social, favorecendo que cada indivíduo se inquietasse com sua potencial anormalidade e se esforçasse para pertencer ao grupo dos normais. É importante reforçar que essa preocupação de cada pessoa com seus desejos íntimos, aos quais ninguém teria acesso, existia porque a norma garantia que cada pessoa, ao olhar para si e julgar seus atos e pensamentos, o fizesse com os olhos de um outro, o que gerava culpa e angústia.

Desse modo, na idade da vigilância e da ortopedia moral e social (FOUCAULT, 1987), a doença mental tinha uma ligação direta com a moralidade e a alteridade e, portanto, com o conflito de cada indivíduo entre desejos singulares e o ideal de normalidade internalizado. O estigma do doente mental assustava a todos, evocados pelo poder normalizador como loucos em potencial – em todo homem são, haveria um resto de loucura, contra o qual seria preciso lutar.

Além de médica, por cuidar da doença mental, a função da psiquiatria era simultaneamente social, pois, enquanto poder normalizador a corrigir a loucura, estava fazendo o controle social, a boa sociedade, contribuindo para o bem-estar social. Daí

decorrem outras duas características dessa psiquiatria: o objeto principal do qual se ocupava não era o sofrimento psíquico em si, e sim o desvio (e o perigo associado a ele); e a sua forma de intervenção e de tratamento requeria, conseqüentemente, a vigilância e o encarceramento dos loucos. Havia mesmo todo um aparato institucional de poder para cuidar do anormal.

No que diz respeito ao tratamento e à internação dos loucos, um ponto fundamental era a real necessidade da figura do médico, não só para cuidar da saúde dos indivíduos e ser capaz de curá-los, mas, principalmente, para lhes dizer do que sofriam: a autoridade médica era a única detentora do saber sobre a doença na cultura moderna, ao contrário de hoje, quando se frisa tanto a autonomia do paciente no tratamento de sua doença (EHRENBERG, 2000). Interpretação do relato do paciente, quando houvesse, diagnóstico da doença, reconhecimento da loucura, decisão sobre a necessidade de internação: todas essas eram funções exclusivas do psiquiatra e não demandavam o consentimento do paciente.

No final do século XIX, com o nascimento da psicanálise e o desmembramento da loucura em vários distúrbios mentais (ENRENBORG, 2000), veio à tona a existência de um espaço psicológico desconhecido do próprio indivíduo. O vínculo com a profundidade psíquica mantinha a articulação do sofrimento com aquilo que o indivíduo era e o sofrimento continuava articulado ao conflito entre seus desejos e as identidades socialmente recomendadas. E era justamente essa distância entre conteúdos conscientes e inconscientes que pressupunha a presença do psicanalista para ajudar o paciente a descobrir a sua verdade e a origem de seus conflitos. A própria presença do conflito só era possível nesse sujeito moderno porque implicava a presença de um desejo inconsciente que, por questionar a sua identidade, não vinha à consciência.

4.2 A psiquiatria na atualidade

A psiquiatria das décadas de 50 e 60 do século XX era fortemente marcada pela influência da psicanálise. A concepção dominante de doença mental era a psicodinâmica, isto é, priorizava-se a análise da causalidade inconsciente e conflitual do sofrimento, em detrimento da descrição de sintomas. Além disso, os psiquiatras dessa época preocupavam-se pouco com a elaboração de um diagnóstico (BEZERRA JR., 2007).

No final dos anos 1960, porém, a psiquiatria entrou em crise, na qual foi posta em questão a sua confiabilidade. Além de haver pouca ênfase no diagnóstico, os critérios para a sua elaboração variavam muito conforme a orientação teórica do médico e de um país a

outro. Houve também exageros e usos estereotipados do discurso psicanalítico então hegemônico, a partir dos quais mães foram culpabilizadas pelos problemas de seus filhos, e adultos, por suas doenças orgânicas.

A crítica à psicanálise ganhou ainda mais força com a expansão dos psicofármacos, criados nos anos 50, e o crescimento das teorias de orientação comportamental. Adicionalmente a esses motivos internos, movimentos externos à psiquiatria também passaram a criticá-la. Foi o caso dos militantes pelos direitos dos homossexuais, que reivindicavam a retirada da homossexualidade do grupo de doenças mentais do DSM-II (BEZERRA JR., 2007), movimento cujo surgimento está certamente associado à emergência dos novos ideais morais da nossa cultura, como a valorização da autenticidade e o direito à diferença.

Estava pronto o terreno, portanto, para um dos fatores que impulsionaram a revolução da psiquiatria: a publicação do DSM-III, em 1980, que promoveu a mudança de paradigma na organização dos diagnósticos psiquiátricos – uma psicopatologia descritiva substituiu a até então dinâmica e fenomenológica. Os outros três fatores foram: o surgimento dos primeiros psicofármacos na década de 50, destinados a tratar biologicamente distúrbios, tanto graves como leves; o ultrapassamento do asilo ou do hospital enquanto lugar privilegiado da prática psiquiátrica, rompendo com a tradição de mais de 150 anos iniciada por Pinel no final do século XVIII; e o desenvolvimento das neurociências a partir da década de 80, possibilitado pelo surgimento de novas tecnologias de visualização e de investigação cerebrais (BEZERRA JR., 2007, 2010).

O objetivo da criação do DSM-III era propor um sistema diagnóstico simples e objetivo, passível de ser universalmente aceito e utilizado por médicos de diferentes especialidades e inclusive por outros profissionais que compõem a rede de atenção à saúde mental. No lugar de noções nosológicas fortes, como neurose e psicose, seria erigido um sistema de classificação sindrômico, isto é, baseado em sinais e sintomas facilmente reconhecíveis. Havendo uma linguagem descritiva comum de sintomas, estariam resolvidos os problemas causados pela diversidade de orientações teóricas (BEZERRA JR., 2007).

Na introdução do DSM-III, fica evidente a intenção de se criar um sistema descritivo e ateuórico e, inclusive, a tentativa de eliminar toda interpretação de doença mental que levasse em conta os processos intrapsíquicos, variáveis de um indivíduo a outro, como a psicanálise. É proposto “um modo de falar sobre doenças mentais que não é particular a orientação teórica alguma, porque é baseado em traços – comportamentos visíveis,

marcadores bioquímicos, déficits cognitivos, e daí em diante – que devem ser visíveis a qualquer observador competente²⁶” (apud YOUNG, 1995, p. 94).

4.2.1 Desestigmatização da doença e reconhecimento do sofrimento

Outro objetivo da publicação do DSM-III, e inclusive da reforma psiquiátrica como um todo, foi contribuir para a desestigmatização da doença mental, deixando para trás a função de medicalização de desvios e a participação no controle social (RECHTMAN, 2002, 2005). A reforma marcou o posicionamento do saber psiquiátrico ao lado dos movimentos de minorias e de grupos sociais, o que ficou claro em dois acontecimentos principais. O primeiro foi a retirada da homossexualidade do grupo das patologias mentais, simbolizando o fim da medicalização de diferenças de comportamento, até então alvos de discriminação. O segundo foi a invenção da categoria de TEPT, incluída no DSM-III em 1980, representando o novo papel da psiquiatria de dar às vítimas de trauma o estatuto jurídico e social merecido.

A criação do TEPT esteve intimamente ligada às demandas de movimentos e de manifestações sociais, tanto dos ex-soldados da Guerra do Vietnã, como dos psiquiatras e da mídia norte-americana, que denunciavam as dificuldades desses indivíduos de se reintegrarem à sociedade, seus comportamentos autodestrutivos, como o uso de drogas e o alcoolismo, e as tentativas recorrentes de suicídio (RECHTMAN, 2002; YOUNG, 1995). Ao receberem o diagnóstico de TEPT, esses ex-soldados se livram da imagem desfavorável de covardes e de criminosos de guerra, e conquistam a de vítimas.

A ressonância entre os conceitos psiquiátricos e as reivindicações dos movimentos sociais e de minorias colocou a psiquiatria na posição de autenticar, por meio de suas teorias científicas, o sofrimento psíquico desses indivíduos, até então estigmatizados pela sociedade. No caso do movimento feminista, por exemplo, a reclamação era a de que a interpretação psicanalítica do trauma – ao dizer que os sintomas das mulheres eram históricos, associados a fantasias infantis recalcadas, e não causados por um abuso sexual real – negava o seu passado traumático, o seu sofrimento presente e a sua condição de vítima (RECHTMAN, 2005). A psiquiatria deveria, portanto, requalificar a palavra dessas mulheres, denunciando o trauma real e legitimando o seu sofrimento.

Nos dois casos, o dos ex-soldados do Vietnã e o do movimento feminista, o doente mental, que é uma vítima, tem inocência moral: como a simples exposição a uma situação

²⁶ a way of talking about mental disorders that is not particular to any theoretical orientation because it is based on features – overt behaviors, biochemical markers, cognitive deficits, and so on – that should be visible to any competent observer.

extrema levou a danos psicológicos futuros, a doença não está ligada a sua identidade ou personalidade, como estava na modernidade. O diagnóstico psiquiátrico retira a responsabilidade moral pelo seu trauma, já que ele é consequência de situações-limite ou condições de vida inaceitáveis; mesmo uma predisposição singular é fator agravante, e não atenuante, dos sintomas (RECHTMAN, 2002, 2005). No caso dos ex-combatentes do Vietnã com TEPT, por exemplo, foram nomeados culpados pelo seu sofrimento os inimigos de guerra e o Estado, que os obrigou a participar de uma guerra humilhante (YOUNG, 1995).

O peso da inocência psiquiátrica da vítima é tão grande que até mesmo quem cometeu atos traumáticos, em vez de sofrê-los, está sujeito a se tornar um “agressor autotraumatizado” (YOUNG, 2007): mesmo que tivesse sido autor de crimes horríveis, o indivíduo era estimulado a abandonar toda culpa e remorso e a se reconhecer como uma vítima, afinal fora exposto a uma “situação produtora de atrocidades”. No final da década de 80, com a publicação do DSM-III-R, essa inocência da vítima foi radicalizada, com a retirada do seguinte item do grupo de sintomas do TEPT: “culpa por ter sobrevivido, enquanto outros não, ou pelos comportamentos requeridos por sobreviver” (YOUNG, 1995).

Para grande parte das doenças mentais, também pode ser observado um movimento recente de rompimento da associação entre desvio e perigo, doença mental e o socialmente proibido, que também contribui para a sua desestigmatização. Enquanto o louco era pensado pela psiquiatria e pela sociedade modernas como um ser que está perturbado e que simultaneamente perturba, um sofredor perigoso, enfatiza-se hoje que o doente mental é alguém que só sofre. As exceções de desrazão perigosa são justamente aqueles cuja doença provoca sofrimento ao outro, como transtorno de personalidade antissocial e pedofilia – o desvio sexual, que deixou de estar associado à causa de doença mental, reaparece quando os atos envolvem crueldade e falta de compaixão com o outro na busca de prazer.

Um exemplo da transformação da desrazão perigosa em doença mental sem perigo e sem estigma – e até com certo valor – é a conotação positiva atribuída recentemente à mania, uma das fases do transtorno bipolar (MARTIN, 2000, 2007). Enquanto no início do século passado a doença estava associada a um tipo assustador de insanidade, ao descontrole e à autodestruição, e causava medo, atualmente os indivíduos maníacos são vistos como talentosos e criativos, devido a características atribuídas à própria doença, como excesso de energia, rapidez e flexibilidade de pensamento, coragem para correr riscos. Para certas profissões, inclusive, como as em grandes empresas e na área de negócios, o maníaco seria o empregado ideal, modelo de alta performance.

O fato de a saúde mental se ocupar tanto de questões mais graves, como esquizofrenia e outras psicoses, como de outras que dizem respeito às dificuldades da vida social e aos “déficits emocionais”, como baixa autoestima, insegurança e timidez excessivas, também revela a tendência de diluição da hierarquia estigmatizadora entre os problemas mentais (EHRENBERG, 2004a).

Vivemos em uma cultura do individualismo, na qual o princípio do não-dano, proposto por John Stuart Mill (apud TAYLOR, 2000), é totalmente aceito: ninguém tem o direito de interferir nas escolhas de vida de um indivíduo para o seu próprio bem a não ser que seja para prevenir prejuízos que elas causariam a outras pessoas. O poder não tem mais a intenção de salvar, como tinha o pastoral. Todos devem ter chances iguais de ser si mesmo e saber o que é bom para si, desenvolver sua identidade autêntica de maneira autônoma, sem correr o risco de serem criticados por seus valores ou preferências.

E a tolerância à (neuro)diversidade é uma das formas de o reconhecimento e o respeito à diferença aparecerem enquanto novos valores morais hoje, quando a normalidade é marcada pelo pluralismo de valores e estilos de vida e a reivindicação da diferença é um dos traços da paixão igualitária contemporânea (EHRENBERG, 2004a, TAYLOR, 2000). Enquanto na modernidade a estranheza era vista como anormal e lamentável, e o futuro, como lugar de homogeneização, na pós-modernidade a diferença passa a ser considerada boa e desejável, algo que necessita, portanto, de proteção e de cultivo (BAUMAN, 1998).

É nesse contexto que a psiquiatria realiza a sua reforma a partir da década de 70. Fica claro aqui, portanto, de que maneira as mudanças morais afetaram o modo de a psiquiatria pensar os indivíduos e, como veremos, de eles próprios se pensarem a partir das classificações produzidas por ela. O diagnóstico deve garantir, então, não a exclusão, mas o reconhecimento social da diferença individual. Em vez de atribuir “etiqueta pejorativa”, o diagnóstico fornece um “certificado paradoxal de normalidade” (RECHTMAN, 2002), porque o próprio estado patológico passa a ser considerado um estado normal.

Com a crise das sociedades disciplinares e a progressiva desestigmatização da doença mental, o estigma, que diz respeito à internalização da divisão normal-patológico, vem cedendo lugar ao preconceito, que se configura como um problema na cultura contemporânea e se manifesta quando as diferenças não são reconhecidas. Se todos têm o direito, e até a obrigação, de serem si mesmos, já não há internalização de normas sobre o que é permitido e o que é proibido ser e fazer, como acontecia na sociedade moderna. A culpa e a angústia tendem, então, a acometer menos o indivíduo, e são o preconceito e o não-reconhecimento da diferença pela sociedade que o fazem sofrer hoje, sobretudo por baixar a sua autoestima. E é

a psiquiatria que se coloca à frente da luta contra o preconceito e a intolerância. Em vez de dar caução científica ao estigma, sua função na modernidade, o diagnóstico na atualidade, ao afirmar que há doença, legitima o sofrimento e a luta do indivíduo por direitos.

4.2.2 Reivindicação ou recusa do diagnóstico

Há, inclusive, uma tendência crescente de o próprio doente reivindicar o diagnóstico médico, justamente porque ele denuncia condições de vida intoleráveis e reconhece o seu sofrimento. Ao contrário de antes, o doente mental é também cidadão na nossa sociedade e o diagnóstico pode legitimar práticas e comportamentos sociais. É o caso de um motorista de ônibus escolar na Pensilvânia, que se vestia com roupas e acessórios femininos e, quando repreendido pelos pais das crianças, respondia que tinha o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (ROSENBERG, 2002).

Esse exemplo é interessante, porque, em primeiro lugar, mostra como o diagnóstico garante direitos – no caso, o de o motorista ter desejos e preferências autênticos e o de poder expressá-los sem risco de ser socialmente discriminado. Em segundo, indica que o tratamento do doente mudou: enquanto o paciente moderno deveria ser curado para conseguir dominar os seus desejos incompatíveis com as normas morais vigentes (lembramos novamente o exemplo da homossexualidade), o doente contemporâneo não deve ser curado no sentido de abafar o que há nele de diferente. Não há mais incompatibilidade entre desejo e moralidade. Desse modo, a diferença, no caso do motorista o desejo de ser ou ao menos se vestir como uma mulher, revela a verdade, a autenticidade dele, e deve ser reconhecida, até valorizada.

Se o diagnóstico reconhece sofrimento e garante direitos, o inverso também acontece: recusar o diagnóstico de doente mental a um paciente que diz sofrer equivale a negar o seu sofrimento e privar-lhe dos direitos de doente. E pode, da mesma forma que a recusa mais geral de reconhecimento pela sociedade das diferenças identitárias, causar preconceito e baixar a autoestima. Atualmente já existem muitos grupos de pacientes que se organizam para reivindicar o diagnóstico médico de doenças até então não reconhecidas pela psiquiatria; seriam as “doenças incertas” ou as “doenças que você deve lutar para ter” (DUMIT, 2005).

Um exemplo é a síndrome da fadiga crônica. Indivíduos que se reconhecem como merecedores desse diagnóstico se organizam e tentam provar que estão sofrendo e, portanto, doentes. Os depoimentos dos fatigados são bastante elucidativos da queixa de que, ao negar-lhes o diagnóstico, os médicos estão dizendo que a sua forma específica de sofrimento não é legítima, e de que são tratados como fingidores por amigos, família e colegas de trabalho. Eis

um deles: “Meus amigos e minha família me viam muito doente e sabiam que eu estava doente, mas, como os médicos não chegaram a um nome, eles diziam ‘talvez isso seja coisa da sua cabeça’ ou ‘Se os médicos não conseguem encontrar nada, isso não pode ser tão grave²⁷” (apud DUMIT, 2005, p. 579). A sigla IAIYH (“It’s all in your head”) é inclusive usada em diálogos entre os fatigados em sites sobre a doença, o que parece demonstrar a frequência com que ouvem a frase dos médicos e de pessoas próximas, e o aborrecimento que isso provoca neles.

A recusa de diagnóstico de doença mental é tão problemática atualmente que já se ensinam em sites da internet regras – muitas vezes propostas a partir da leitura do DSM – como se comportar, o que falar e como se vestir, na primeira consulta ao psiquiatra ou em audiência com o juiz. Uma dica, por exemplo, para alguém que não quer ser rotulado como IAIYH é não enumerar uma quantidade muito grande de sintomas. Segundo a sugestão no site, quanto maior o número de reclamações do paciente, mais provável será o médico pensar que se trata de algo meramente psicológico. Vestir-se bem também é algo que atrapalha a obtenção de alguns diagnósticos, como o de depressão, porque não prestar atenção à aparência está entre os critérios diagnósticos dessa doença nos manuais psiquiátricos (DUMIT, 2005).

Segundo Dumit, a síndrome da fadiga crônica tem um nome, mas não um código, isto é, faltam critérios consensuais ou evidências objetivas, como marcadores biológicos, que permitam defini-la. Somente o relato do sofrimento dos pacientes não parece ser suficiente nesse caso para a obtenção do diagnóstico: “Devem-se ter sinais laboratoriais para estar sofrendo; deve-se sofrer em código para se estar sofrendo de fato; ou simplesmente não se sofre²⁸” (DUMIT, 2005, p. 580). De fato, é comum atualmente que a luta pelo reconhecimento da doença mental venha acompanhada pelo desejo de ela ser legitimada como tendo uma causa biológica. Talvez porque a biologização da doença mental provoque o afastamento subjetivo do doente em relação a ela e o desresponsabilize: vinculado ao cérebro, o transtorno não teria ligação com identidade e não denunciaria falha moral. O indivíduo poderia dizer que tem uma doença, em vez de que é um doente (ORTEGA, 2008).

Rosenberg (2002), no entanto, chama a atenção para o fato de que, enquanto para alguns o diagnóstico garante certa equidade social, para outros o termo doença mental tem

²⁷ My friends and my family saw me so sick and they knew I was sick but because the doctors couldn’t come up with a name, they’d say ‘maybe it is all in your head’ or ‘If the doctors can’t find anything, it can’t be so serious’.

²⁸ One must have laboratory signs in order to be suffering; one must suffer in code in order to be suffering in fact, or one does not suffer at all.

ainda peso de estigma; nesse caso, a demanda dos ativistas é por reconhecimento de diferença ou deficiência (handicap). É o caso dos Aspergers (autistas de alto desempenho), que reivindicam o reconhecimento de uma diferença de estilo cognitivo, de uma maneira única de existir e ver o mundo, e demandam a tolerância dos “neurotípicos” (EHRENBERG, 2004c; BEZERRA JR. e ORTEGA, 2008; ORTEGA, 2008). Também há movimentos de obesos e anoréxicos, que defendem que obesidade e anorexia, respectivamente, não são doenças, e sim estilos de vida diferentes. Esses indivíduos afirmam que, por mais que seus comportamentos coloquem a sua saúde em risco, há com eles um ganho de satisfação (CONRAD, 2007).

Apesar de alguns grupos reivindicarem o diagnóstico e outros, ao contrário, o recusarem e inclusive muitas vezes demandarem a sua retirada dos manuais psiquiátricos, não parece haver aí um paradoxo. Quando estão em questão modos de se comportar, preferências ou estilos de vida, como é o caso da homossexualidade, da obesidade, da anorexia e mesmo do autismo, a psiquiatria, ao afirmar que se trata de doenças, está sendo preconceituosa, por não reconhecer o tão importante direito à diferença desses indivíduos. Eles não se dizem sofredores; ao contrário, escolheram viver de determinada maneira (o autismo seria exceção em termos de “escolha”), gostam de ser assim e não querem que a sua condição seja medicada ou curada.

Por outro lado, quando o que está em jogo é um sofrimento, uma condição que o indivíduo tem, mas não gostaria de ter, o diagnóstico tem papel diferente. É o caso da depressão, do TEPT e da síndrome da fadiga crônica. Nas três doenças, há a presença de sintomas dolorosos e incapacitantes. O diagnóstico é uma forma de o indivíduo ter o seu sofrimento reconhecido, além de possibilitar o seu acesso aos serviços de assistência médica, aos medicamentos e, então, à cura, que é desejada. Mas, ainda aqui, a cura é diferente daquela pensada para o doente mental na sociedade moderna. Talvez porque nessas doenças não está em jogo a alteridade e a identidade, a cura não consiste em corrigir um desvio de comportamento ou em aumentar o controle do sujeito sobre desejos socialmente problemáticos; implica, pelo contrário, em corrigir sintomas, déficits, que atrapalham o paciente, mas não parecem defini-lo moralmente.

O diagnóstico também traz, assim, reconhecimento social e desestigmatiza, justamente por tirar de cena a moralidade: um indivíduo com TEPT não é covarde ou frágil, e sim uma vítima de acontecimentos traumáticos; o deprimido e o fatigado não são preguiçosos, mas têm uma doença que dificulta e mesmo inibe a ação e a iniciativa. Como estar doente é normal, o diagnóstico garante o já citado “certificado paradoxal de

normalidade”. Inversamente, dizer ao paciente que os sintomas que relata não constituem uma doença, equivale a afirmar que a sua forma de sofrimento não é legítima, ou que não é mesmo sofrimento. Se possuir uma doença hoje é pertencer à normalidade, o excluído é aquele que sofre de uma condição sem nome e que não tem acesso, por isso, à possibilidade de curar o seu sofrimento.

O caso do transtorno de identidade de gênero não se enquadra nos dois grupos anteriores. Trata-se de uma diferença que provoca desconforto e faz sofrer, deve ser reconhecida por meio do diagnóstico, como as do segundo grupo, mas, ao contrário delas, não demanda a cura pela medicina. Temos aqui a psiquiatria medicalizando uma diferença de comportamento sem ser preconceituosa, ao contrário do caso da homossexualidade. Talvez isso ocorra porque a nossa sociedade ainda é muito preconceituosa e a psiquiatria precisa dar caução científica a esses indivíduos que se identificam com o gênero oposto, querem se comportar como ele, mas sem o diagnóstico seriam vítimas de atitudes discriminatórias. Com o tempo talvez, também esse transtorno será retirado dos manuais devido à pressão de grupos, como os de homossexuais ou de obesos, que defenderão serem diferentes, e não doentes.

4.3 Medicalização na contemporaneidade

Pode-se perceber, a partir dos exemplos acima, que os indivíduos hoje se posicionam de maneira ativa em relação ao processo de medicalização, seja reivindicando diagnósticos, seja contestando seus limites e justificativas. Pela leitura comparativa sobre a prática psiquiátrica do século XIX e a da contemporaneidade, é possível afirmar que o próprio conceito de medicalização mudou. Embora ainda possa significar que comportamentos migram de outros âmbitos sociais para a tutela da medicina e, principalmente, que condutas até então consideradas normais são redefinidas como patológicas, o processo de medicalização atual pressupõe funções bastante diferentes para o psiquiatra, o diagnóstico, a cura e mesmo o paciente.

A psiquiatria está diminuindo a participação no controle social, pensado como normalização e homogeneização de desvios para o bem da sociedade. A própria noção de desvio, e também a de anormalidade, perde a pertinência quando o direito à diferença e a autenticidade se configuram como novos valores morais importantes. O objeto do qual a psiquiatria se ocupa é o sofrimento psíquico, que, por sua vez, se desarticula da identidade do sujeito, sobretudo devido à desvalorização da interpretação psicodinâmica das doenças e à

tendência à sua biologização. Também o nexos entre doença mental e perigo vem se desfazendo: em vez de sofredor perigoso, o doente mental hoje é só sofredor.

Como o sofrimento não remete à identidade e nem à moralidade, o diagnóstico tende a não mais estigmatizar nem excluir; ao contrário, ele autentica cientificamente o sofrimento e os direitos do sofredor, ao mesmo tempo em que ratifica a ideia de que estar doente é normal. Se na modernidade, quando o diagnóstico de doença mental dava caução ao estigma, não ser diagnosticado como um doente de certo tipo diminuía o sofrimento do indivíduo, por reduzir a culpa e a angústia em relação à possibilidade de ser desviante, hoje ocorre exatamente o inverso: a recusa do diagnóstico é sentida como desconsideração de certos tipos de sofrimento, faz sofrer ainda mais e legitima o preconceito.

Também a cura parece estar se redefinindo. Em primeiro lugar, conforme já foi argumentado, curar um indivíduo não implica mais em eliminar o que há nele de anormal e moralmente impróprio. Trata-se apenas de corrigir aspectos, emoções, comportamentos que dificultam a sua vida e as suas conquistas. E, como veremos detalhadamente mais à frente, também parece estar havendo mais três mudanças que concernem à cura: o seu adiamento, o afrouxamento dos limites entre cura e aprimoramento e a crescente responsabilização do paciente por seu processo de cura.

Autores contemporâneos que pensam sobre a singularidade da medicalização na atualidade em comparação com a do século XIX descrita por Foucault concordam que se trata de um processo complexo, com diversas nuances, e não mais de um “imperialismo médico” (BEZERRA JR., 2007, 2010; CONRAD, 2007; WILLIAMS e CALNAN, 1996). Haveria, pelo contrário, aspectos positivos dessa medicalização e novos atores sociais envolvidos, como o próprio paciente, a indústria farmacêutica e, eu tentarei defender aqui, a mídia.

Como benefícios trazidos pela medicalização recente, são citados o avanço da psicofarmacologia, que permitiu diminuir o sofrimento de muitos pacientes e a sua saída dos hospitais psiquiátricos, e as vantagens atuais do diagnóstico, que não mais estigmatiza os pacientes, lhes garante reconhecimento social e diminuição da culpa pessoal pelos seus problemas. As novas tecnologias de aprimoramento também são mencionadas, por aumentarem a autoestima e as oportunidades de vida das pessoas.

No que diz respeito aos novos atores, segundo Bezerra Jr. (2009), a psiquiatria deixou de ser só dos psiquiatras já na ocasião de elaboração do DSM-III, quando, devido à pressão de militantes dos direitos homossexuais, a retirada da categoria de homossexualidade do manual foi decidida por votação do comitê do manual. Desde então, a formulação e a revisão

de diagnósticos passaram a ser fortemente influenciadas por um número crescente de atores externos à psiquiatria.

Também faz parte da nova participação do paciente no processo de medicalização a prática do autodiagnóstico, que torna comum, inclusive, que ele chegue ao consultório do psiquiatra já se rotulando como doente de um certo tipo. E aqui a mídia tem participação importante, ao divulgar sintomas de doenças e fornecer ferramentas para que o leitor verifique se está ou não doente. Os sites na internet de grupos de apoio e de auto-organização de pacientes, que muitas vezes contam com o patrocínio de empresas farmacêuticas, também parecem contribuir para o autodiagnóstico. Eles disponibilizam para o internauta informações detalhadas sobre as mais diversas doenças mentais, dadas inclusive pelos próprios doentes, e os remédios disponíveis no mercado para tratá-las, além de testes (CONRAD, 2007).

As indústrias farmacêuticas também se configuram como um novo autor envolvido na medicalização, na medida em que se empenham em fazer existir doenças para em consequência criar o mercado para as drogas que as curam. Além dos financiamentos seletivos de pesquisas e congressos, suas estratégias de marketing direcionadas tanto a psiquiatras quanto a consumidores parecem contribuir para a expansão de diagnósticos, criando mercado para os seus medicamentos. Suas táticas envolvem tanto promover, mudar ou expandir a definição de uma desordem, como diminuir a seriedade atribuída a um medicamento usado para o tratamento de um problema já medicalizado, sugerindo sutilmente a sua utilização para o aprimoramento de performance. Isto foi feito em relação ao Viagra, inicialmente somente prescrito a pacientes como disfunção erétil e, com o passar do tempo, recomendado também àqueles que desejam melhorar o seu desempenho sexual (CONRAD, 2007).

Um exemplo de promoção e mudança de diagnóstico pela indústria farmacêutica ocorreu no Japão, quando especialistas foram contratados para introduzir no país os conceitos de depressão e de antidepressivo (KIRMAYER, 2006; MARTIN, 2007). Duas estratégias foram realizadas. A primeira foi modificar a linguagem que definia depressão: a expressão “severa doença psiquiátrica” foi substituída por “alma com resfriado”, com a intenção de mostrar aos japoneses que a doença é tão simples e comum quanto um resfriado. A segunda consistiu em ensiná-los que o que interpretavam como sintomas somáticos ou de ansiedade social também eram condições passíveis de serem tratadas com antidepressivos. O resultado nos anos seguintes nesse país foi o simultâneo aumento da aceitabilidade social da depressão e do consumo de antidepressivos.

Outro exemplo é o comercial televisivo do Paxil nos Estados Unidos. Apesar de tê-lo inicialmente criado como antidepressivo, a fabricante do remédio, devido ao fato de o mercado de antidepressivos já estar lotado, conseguiu autorização para promovê-lo ao “mercado da ansiedade” (CONRAD, 2007). A propaganda visava, então, divulgar o tratamento do Paxil para o TAG. Com o slogan “Paxil... sua vida está esperando” (“*Paxil... you life is waiting*”), o comercial tentava mostrar ao telespectador que a sua ansiedade no dia-a-dia, em casa e no trabalho, acontecia, não porque ele estava somente preocupado, e sim sofrendo de uma desordem tratável (ROSE, 2006). Inicialmente, quatro pessoas, três mulheres e um homem respectivamente, descrevem o que sentem: “Eu sempre acho que alguma coisa terrível vai acontecer e não consigo lidar com isso”; “Você sabe, os seus piores medos, os “e se”... Eu não consigo controlar isso, e eu estou sempre me preocupando com tudo”; “É como um filme na sua mente, que fica se repetindo... Eu sempre pensei que fosse mera preocupação”; “É como se eu nunca conseguisse relaxar. No trabalho, estou preocupado com as coisas de casa. Em casa, estou preocupado com as coisas do trabalho”. Em seguida, uma voz feminina complementa em *off*:

Se você é uma das milhões de pessoas que vivem com preocupação e ansiedade incontroláveis, e com vários desses sintomas (sintomas rola na tela: preocupação ... ansiedade ... tensão muscular ... cansaço ... irritabilidade ... inquietação ... distúrbios do sono ... falta de concentração ...) , você pode estar sofrendo de Transtorno de Ansiedade Generalizada e um desequilíbrio químico pode ser o responsável. Paxil atua para corrigir esse desequilíbrio para aliviar a ansiedade. (ROSE, 2006, p. 213-214)

Finalmente, as mesmas pessoas que se queixavam no início do vídeo estão felizes, rindo, brincando com crianças e lavando carros. Uma delas explica a mudança: “Eu não estou mais paralisada pela preocupação, me sinto eu de novo, me sinto eu mesma”²⁹.

Embora no Brasil as companhias farmacêuticas não tenham autorização para fazer propaganda de seus produtos diretamente ao público, esse exemplo de comercial nos Estados Unidos, país no qual isso é permitido, é bastante interessante para pensarmos a sua influência sobre os doentes e consumidores potenciais. No caso do Paxil, o comercial certamente

²⁹ Depoimentos: “I’m always thinking something terrible is going to happen, I can’t handle it”; “You know, your worst fears, the what ifs... I can’t control it, and I’m always worrying about everything”; “It’s like a tape in your mind, it just goes over and over... I just always thought I was a worrier”; “It’s is like I never get a chance to relax. At work I’m tense about stuff at home. At home I’m tense about stuff at work”.

Voz em *off*: “If you are one of the millions of people who live with uncontrollable worry, anxiety, and several of these symptoms... (symptoms roll across the screen: worry... anxiety... muscle tension... fatigue... irritability... restlessness... sleep disturbance... lack of concentration...) you could be suffering from Generalized Anxiety Disorder and a chemical imbalance could be to blame. Paxil works to correct this imbalance to relieve anxiety”.

Frase final do comercial: “I’m not bogged down by worry anymore, I feel like me again, I feel like myself...”

contribuiu para a medicalização da ansiedade e da preocupação: o remédio se tornou a terceira droga mais conhecida, depois do Viagra e do Claritin, e em 2001 era a nona droga mais vendida nos Estados Unidos (CONRAD, 2007).

O comercial do Strattera, o primeiro remédio criado para tratar adultos com o TDAH – lembrando que, anteriormente, a doença era pensada como acometendo exclusivamente crianças –, segue o mesmo modelo da propaganda do Paxil. Após mostrar um homem que esquece as chaves do carro, chega atrasado aos seus compromissos e não consegue completar as tarefas do trabalho no prazo estipulado, diz-se que esses são os sintomas de TDAH em adultos e que eles podem ser tratados com Strattera. O comercial foi ao ar em 2002. No final de 2004, mais de dois milhões de pacientes, entre adultos e crianças, tomavam o medicamento (CONRAD, 2007).

Relembrando Ian Hacking (2009), poderíamos dizer que a indústria da propaganda, confiando em nossa suscetibilidade a seguir modelos, se dedica bastante ao trabalho de “invenção de pessoas”, o que leva à medicalização de emoções indesejáveis, até então interpretadas como fazendo parte da vida, como ansiedade, dificuldade de concentração e tristeza. No caso da depressão, isso significa dizer que os grandes fabricantes de antidepressivos criam uma publicidade que transforma, assim como faz o discurso midiático, experiência de tristeza em doença a ser curada. Dessa forma, contribuem para a ampliação do número de indivíduos passíveis de serem enquadrados na categoria dos que sofrem de depressão e para que as próprias pessoas também passem a se considerarem deprimidas, o que gera o crescimento da prevalência da doença.

4.4 Expansão dos diagnósticos

A publicação do DSM-III é, segundo Bezerra Jr. (2010), a marca da virada da psiquiatria em direção ao modelo biológico de interpretação do sofrimento. Suas descrições sindrômicas foram progressivamente tomadas como equivalentes de entidades nosológicas e a vida subjetiva deixou de ser o alvo de intervenção terapêutica, perdendo o lugar para as disfunções comportamentais. Além disso, o novo manual trouxe para o campo da psicopatologia emoções e estados subjetivos até então pensados como fazendo parte da vida de todos nós. A consequência foi a expansão dos diagnósticos, que ainda, e sobretudo, hoje, após a publicação de mais três edições do DSM, continua a acontecer.

Como um conjunto de discursos e de práticas historicamente situado, a psiquiatria não só reflete a dinâmica normativa do universo social em que se encontra, como também funciona como uma agência de reprodução deste universo, agenciando, no

campo da subjetividade, dispositivos que organizam modos de entendimento do sofrimento e formas de agir sobre eles. (BEZERRA JR., 2010, p. 120)

A expansão dos diagnósticos parece ser reveladora das novas subjetividades contemporâneas porque o próprio diagnóstico consiste em um instrumento de subjetivação das experiências do sujeito (BEZERRA JR., 2007): ele oferece uma narrativa a partir da qual ele contará a sua história e se pensará como um certo tipo de doente, que necessitará, por sua vez, de um tipo de intervenção também específico.

Essa expansão atingiu níveis impressionantes recentemente e pode ser entendida a partir do aumento da quantidade de patologias listadas nos manuais. Enquanto o DSM-II, criado em 1952, agrupava 180 doenças mentais, o manual da reforma aumentou o número para 265 e a sua edição revisada, de 1987, para 292. O DSM-IV, publicado em 1994, praticamente manteve o conjunto de patologias (297), mas a sua edição revisada, de 2000, criou mais de 70 novos diagnósticos, reunindo um total de 374 (BEZERRA JR., 2010). Esses números se tornam ainda mais surpreendentes ao sabermos que o censo de 1840 fornecia as porcentagens de ocorrência na população de somente dois distúrbios mentais, a idiotice e a insanidade (ROSE, 2006).

O aumento do número de doenças mentais indica que mais comportamentos e experiências passaram a ser definidos como patológicos. A consequência é que também cresce a quantidade de indivíduos passíveis de preencherem os novos critérios diagnósticos. Bezerra Jr. (2010) cita duas pesquisas diferentes, uma realizada nos Estados Unidos e outra na Europa, que constataram, a partir do relato de sintomas das pessoas, que 26,2% e 27% da população (americana e europeia, respectivamente) poderiam ser classificados como possuindo algum dos distúrbios listados no DSM-IV. Além disso, quando era considerada a vida inteira dos indivíduos, em ambos os estudos subia para 50% a porcentagem da população que poderia ser acometida por um transtorno mental em algum momento da vida.

Segundo o autor, o próximo manual diagnóstico a ser produzido pela Associação de Psiquiatria Americana, o DSM-5, atualmente em fase de elaboração e com publicação prevista para 2013, tende a favorecer ainda mais a expansão dos diagnósticos, seja pelo afrouxamento dos critérios necessários a alguns diagnósticos, como o do já polêmico e difundido TDAH, seja pela inclusão de novos transtornos à lista.

Dois exemplos de novos possíveis diagnósticos são a síndrome do risco de psicose e o transtorno misto de ansiedade e de depressão. O primeiro definiria um conjunto de traços em adolescentes que indicariam uma maior vulnerabilidade desses jovens a apresentarem um surto psicótico no futuro. A crítica ao diagnóstico, empreendida inclusive por psiquiatras que

estiveram à frente da elaboração de manuais anteriores, como Frances (apud BEZERRA JR., 2010), é a de que, como não há um diagnóstico seguro para essa síndrome, haveria um número enorme de falsos-positivos (poderia haver, segundo Frances, de 70 a 75% deles) e muitos jovens seriam medicados prematura e desnecessariamente. Já o segundo abarcaria sintomas inespecíficos, relacionados a problemas e adversidades do cotidiano, e, se for realmente incorporado ao DSM-5, pode vir mesmo, na opinião de Bezerra Jr., a ser o transtorno mental mais comum desse manual, ainda mais se for levada em consideração a “ajuda” que a indústria farmacêutica poderia dar à difusão desse diagnóstico.

Com a multiplicação de aspectos da vida humana que viraram objeto de intervenção psiquiátrica, por um lado a própria definição de normalidade se torna discutível e a fronteira em relação à patologia tende a ser reduzida: cada vez mais indivíduos são elegíveis a um diagnóstico de doença mental. Mais uma vez, o DSM-5 nos fornece um ótimo exemplo desse movimento: uma possível mudança no diagnóstico da depressão (transtorno depressivo maior). A proposta é a de que a tristeza ou o luto decorrente da perda de um parente próximo ou de um emprego seja diagnosticado como depressão caso se pareça sintomaticamente com um episódio depressivo, sem a necessidade do pré-requisito de tempo mínimo de duração dos sintomas, presente no DSM-IV-TR. O argumento favorável à diminuição dos critérios necessários para se diagnosticar alguém como deprimido é o mesmo defendido em relação à síndrome do risco de psicose: a intervenção precoce pode evitar um adoecimento mais grave no futuro. O contra-argumento, porém, é o de que isso pode levar à “medicalização desnecessária de reações emocionais que, embora turbulentas e onerosas psiquicamente, emergem em contextos provisórios nos quais sintomas são paulatinamente substituídos pela elaboração do luto e pela retomada gradual de um novo equilíbrio psíquico” (BEZERRA JR., 2010, p. 127).

O argumento de que o DSM contribui para o aumento de falsos-positivos, isto é, do número de pessoas saudáveis equivocadamente diagnosticadas como doentes, também é defendido pelos autores Allan Horwitz e Jerome Wakefield (2007), no livro *The Loss of Sadness*, em relação à depressão. A crítica deles é a de que as definições das patologias no DSM baseiam-se unicamente em sintomas, como se a sua presença isolada já pudesse indicar a doença, dando-se pouca ou nenhuma importância ao contexto em que eles surgem. No caso da depressão, a única restrição contextual feita pelo manual diz respeito ao caso de pacientes que perderam uma pessoa amada. Se os sintomas da depressão aparecerem até dois meses após a morte, não se deve diagnosticá-lo como deprimido, a menos que ele apresente sintomas mais graves, como sinais psicóticos e pensamentos suicidas. Os autores, porém,

denunciam que essa restrição, que, como acabamos de ver, pode ser retirada do próximo manual, é insuficiente. Outras situações, como o fim de um relacionamento, passar por uma humilhação e receber o diagnóstico de doença grave também deveriam contar com o mesmo tipo de restrição.

Horwitz e Wakefield acreditam, portanto, que a distinção entre tristeza e depressão é legítima e importante, mas está sendo mal feita, ou não está sendo feita, pela psiquiatria. O aumento de diagnósticos de depressão se deve à classificação equivocada da tristeza como doença, tornada possível pela nova definição de depressão do DSM-IV-TR. E a consequência negativa é que pessoas que não deveriam estar sendo medicadas. Remédios para uma tristeza não patológica poderiam, inclusive, agravar e prolongar o mal-estar.

Além da crítica da expansão dos diagnósticos trazida por esses autores, também é interessante notar que as classificações surgem sempre articuladas a transformações culturais e morais mais amplas. Nesse ponto, como diz Carl Elliott (2003) em relação à timidez, importaria menos se essa qualidade está sendo medicalizada hoje e mais como a possibilidade de medicá-la aumentou nas últimas décadas. É necessário antes entender o que nossa cultura tem de singular para que a medicalização e algumas atitudes éticas diante do sofrimento, e não outras, sejam possíveis e plausíveis.

Tampouco se pretende discutir aqui a boa ou a má classificação da doença mental ou propor outras que funcionem melhor, isto é, façam corresponder o número de doentes “reais” e o número de doentes “diagnosticados”. O que interessa é, ao contrário, entender como as classificações que são tidas como verdadeiras hoje têm efeitos específicos sobre quem é classificado por elas.

Se a causa do aumento do número de deprimidos se reduz a uma falha do diagnóstico, a solução implica somente que a medicina seja mais precisa e cuidadosa ao propor suas classificações de doença, levando em conta o contexto em que os sintomas surgem e incluindo, na medida do possível em um manual que se pretende objetivo, espaço de escuta para a singularidade do sofrimento de cada indivíduo. Mas se também se critica o fato de uma dada cultura propor classificações específicas de tipos de indivíduos e, assim, afetar o seu comportamento e o pertencimento a categorias de doenças, propor soluções não é tão simples e imediato.

Sustentar essa crítica implica, inclusive, em problematizar a solução da reclassificação médica mais cuidadosa, já que os médicos também estão inseridos na cultura e são afetados pelo novo nexos que se estabelece entre sofrimento e doença mental. Importa pensar aqui que o aumento da prevalência das doenças não acontece somente porque os médicos propõem e

veem doença onde não há, mas, também e principalmente, porque vivemos em uma sociedade onde a possibilidade de os próprios indivíduos se sentirem vulneráveis e se reconhecerem doentes está aumentada.

4.5 Mudanças no conceito de depressão

Nos anos 60, a psiquiatria considerava a existência de três tipos de depressão (EHRENBERG, 2000): a endógena, cuja origem seria somática, ou seja, mecanismos biológicos da pessoa afetariam suas experiências psíquica e subjetiva; a neurótica, ligada à personalidade e ao conflito; e a exógena ou reacional, motivada por um acontecimento externo. Essa subdivisão foi proposta pela psiquiatria nos anos 50, com o objetivo de prever melhor a ação dos antidepressivos e evitar o seu fracasso em alguns pacientes. Ainda assim, nos DSM I e II, de 1952 e 1968, a depressão só aparecia relacionada às psicoses maníaco-depressivas e, no último, também sob a forma da neurose depressiva.

Na década de 70, houve a separação entre depressão e neurose, e desapareceu o conflito como possibilidade de causa da depressão. Assim, quando o transtorno depressivo maior foi descrita pela primeira vez, no DSM-III, de 1980, só se estabelecia a distinção entre depressão endógena e exógena. A primeira teria uma causa química e se caracterizaria por sintomas como catatonia e delírio; a segunda seria provocada por acontecimentos externos e apresentaria sintomas mais leves (EHRENBERG, 2000).

Essa modificação no conceito de depressão parece estar ligada aos avanços farmacológicos da época, que introduzem a possibilidade de cada vez mais categorias de doenças – e, portanto, tipos de depressão – serem tratadas quimicamente. Ainda que antidepressivos estivessem sendo descobertos desde a década de 50, entre as décadas de 70 e 80 foi lançada no mercado uma classe nova: os ISRS, inibidores seletivos de recaptção de serotonina, que prometiam a mesma ou maior eficácia que os remédios mais antigos com menos efeitos colaterais (BEZERRA JR., 2007).

A diferenciação entre os dois tipos de depressão dura até o final da década de 80, até o DSM-III-R, portanto. O DSM-IV não faz mais a distinção entre a endógena e a exógena. Paralelamente a isso, a tendência que pode ser observada a partir da leitura de artigos recentes da psiquiatria biológica e de notícias nos meios de comunicação é a de a depressão passar a ser pensada a partir do nexo entre acontecimentos passíveis de deprimir um indivíduo e desequilíbrio neuroquímico. Apesar de os acontecimentos não estarem especificados no DSM, um artigo lista decepções afetivas, dificuldades de sociabilidade, ser

diagnosticado com doença grave e fracasso profissional (HAMMEN, 2005), ou seja, eventos que, com exceção do diagnóstico de doença grave, podem permear a vida de todos nós.

A transformação na classificação e no entendimento da depressão está articulada à nova moralidade e parece traduzir a própria mudança de atitude diante do sofrimento proposta na nossa cultura. A crise da sociedade disciplinar, a generalização da exigência de autenticidade e a legitimação do prazer não apenas retiram o sexo do lugar de princípio etiológico universal e reduzem a credibilidade do conflito como modelo de funcionamento psíquico; também fazem recuar o limiar a partir do qual um sofrimento seria definido como suportável, saudável.

Além disso, desde o momento em que se consolida a imagem de um cérebro químico e plástico, depois de sucessivos estudos afirmarem ter correlacionado estados mentais ao aumento ou à diminuição de neurotransmissores, não é mais logicamente possível separar o endógeno do exógeno. Todos os comportamentos e emoções, provocados ou não por um evento, são vistos como se inscrevendo na superfície do cérebro, como transformação nas conexões entre neurônios e na composição química. Os indivíduos se tornam, então, seres neuroquímicos (BEZERRA JÚNIOR, 2000; ROSE, 2006) e a abordagem biológica passa a ser considerada importante quando tentam se entender.

A impossibilidade de distinguir entre depressão endógena e exógena também apaga a diferença anterior entre os tipos de sintoma. No DSM-IV-TR, para que se reconheça o episódio depressivo maior – que, por sua ocorrência, única ou repetidas vezes, define o transtorno depressivo maior – é necessário que pelo menos cinco dos nove sintomas sejam observados no paciente ou relatados por ele e seus próximos: 1- humor depressivo, sensação de ausência de sentimentos, desesperança, ansiedade, ou irritabilidade acrescida, frustração exagerada diante de pequenas coisas e reações agressivas; 2- perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas, como hobbies e esportes; 3- redução do apetite e perda de peso, sensação de que é necessário “se forçar” a comer, ou, menos frequente, aumento do apetite, principalmente por doces; 4- insônia ou, menos frequente, sono excessivo; 5- mudanças psicomotoras bruscas, observáveis por outros além do próprio paciente, que provoquem agitação ou retardamento das ações, demora em pensar e responder a perguntas, etc.; 6- cansaço e falta de energia, demora grande em executar pequenas tarefas, como tomar banho e se vestir; 7- sentimento de inutilidade, senso de responsabilidade exagerado, interpretação de pequenos eventos do dia-a-dia como evidência de defeitos pessoais; 8- dificuldades de se concentrar e tomar decisões, reclamações de perda de memória e de

distração; 9- pensamentos sobre a morte e a possibilidade de suicídio ou a sua tentativa (APA, 2000).

Outra tendência que pode ser percebida na atualidade é a de a distância entre a categoria de depressão e a de outras doenças se estreitar, como acontece em relação ao TEPT. Desde o DSM-III, a proximidade entre as duas categorias de doença fica clara pela superposição de seus sintomas, como ansiedade, insônia, irritabilidade, hipersensibilidade, dificuldades de concentração (YOUNG, 1995). A diferença ainda existente, porém, residia no fato de que o estresse pós-traumático tinha necessariamente na sua origem um acontecimento exógeno estressor, enquanto a depressão poderia ter causa exógena ou endógena.

Mais recentemente, após a publicação do DSM-IV, as duas categorias de doença mantiveram a interseção de sintomas e se tornaram ainda mais próximas. O primeiro motivo é o fato de a depressão não ser mais dividida em dois tipos e passar a ser pensada a partir do nexo entre acontecimentos externos e desequilíbrio químico no cérebro. O segundo é a extensão da lista de acontecimentos passíveis de causar TEPT, que passou a incluir acontecimentos até então sem o rótulo de traumáticos, como ser diagnosticado com uma doença grave, saber da morte ou de eventos traumáticos experienciados por um parente próximo ou por um amigo. Como é fácil perceber, os novos estressores do TEPT, mais corriqueiros, são justamente situações consideradas em nossa cultura – tanto em artigos psiquiátricos como na mídia – como desencadeadoras de um episódio depressivo. O que a multiplicação desses eventos e a redução da distância entre as duas doenças exemplificam é a extensão da categoria de doença mental como possibilidade de todo e qualquer indivíduo.

Fica claro aqui como mudanças recentes na moralidade e nas atitudes para se lidar com o sofrimento possibilitaram a produção de novos saberes psiquiátricos sobre a doença mental e, no seu interior, a própria transformação do conceito de depressão, que inclusive se tornou parecido com o de outras doenças, como o de TEPT. Quando a felicidade, a autenticidade, o prazer e a autonomia se tornaram imperativos, pequenos sinais de tristeza, inibição e dificuldades em realizar tarefas passaram a ser vistos como muito problemáticos e sintomas da depressão.

Se por um lado as mudanças morais afetaram o modo como a psiquiatria pensa o sofrimento do indivíduo na atualidade, por outro esse novo saber afeta os indivíduos. As transformações no entendimento do que é depressão produziram vulnerabilidade como “objeto mental”, isto é, favoreceram que mais indivíduos, até então despreocupados com a possibilidade de o seu sofrimento ser patológico, se reconhecessem como possivelmente já doentes ou com chances acrescidas de se deprimir. A redução da importância do conflito

psíquico para a compreensão do sofrimento, a multiplicação de acontecimentos passíveis de deprimir um indivíduo e o ganho de credibilidade das explicações neuroquímicas facilitam ainda mais a identificação de cada indivíduo com as narrativas expostas no DSM e na mídia, pois ele sabe que singularidades de sua história de vida não atenuariam a sua avaliação psiquiátrica.

4.6 Atitude instrumental diante do sofrimento

Desde o final da década de 70, a psiquiatria tende a focar nas síndromes e nos sintomas e a propor prioritariamente intervenções medicamentosas ao sofrimento dos pacientes. Por sua vez, as psicoterapias com seus instrumentos de intervenção centrados na palavra, a singularidade da experiência do paciente em estar doente e a sua história vêm perdendo importância. A leitura do mal-estar toma uma direção funcional, e a etiologia passa a ter aí valor secundário (BIRMAN, 2005).

Entender os problemas humanos como condições psiquiátricas passíveis de tratamento medicamentoso é apenas uma entre as muitas formas de compreendê-los. A mudança nos valores morais afetou não só a maneira como a psiquiatria classifica a subjetividade e o sofrimento, mas também o tratamento que propõe aos novos sofredores. A supervalorização da felicidade, da autenticidade e do prazer parece ter implicado na desvalorização do sofrimento enquanto ocasião de reflexão ou de aprendizado. Nesse sentido, a psiquiatria, além de participar da medicalização da vida social, contribuindo para que mais emoções e comportamentos sejam pensados como patológicos, legitima uma atitude técnica, instrumental, para lidar com o sofrimento.

Até pouco tempo atrás o sentido geral das estratégias terapêuticas se organizava em torno da noção de que o sofrimento psíquico deveria ser tomado como um instrumento de transformação pessoal, por meio da elucidação e elaboração do sentido dos sintomas e dos conflitos inconscientes subjacentes a eles. Este entendimento, fortemente marcado por uma abordagem psicodinâmica, fenomenológica e existencial dos processos e estados mentais não desapareceu, mas se vem tornando marginal. Em seu lugar, tornou-se prevalente uma abordagem que privilegia a dimensão biológica dos fatos mentais, que vê, na patologia, transtorno, desvio, deficiência. Neste quadro, ideias-chave como sofrimento, sentido, enigma, decifração, experimentação psicológica e transformação pessoal perdem sua influência normativa. Em seu lugar surgem outras, como dor, disfunção, explicação fisiológica e regulação das emoções e do comportamento. (BEZERRA JR., 2010, p. 128)

Não se trata de negar aqui que sofreremos ao longo da vida. O incômodo expresso é o de que, em vez de negatividade a ser superada ou disfunção a ser eliminada, os sofrimentos na contemporaneidade poderiam ser concebidos de outro modo. É isso que propõem a

literatura e a poesia, ao convidarem o leitor a se identificar com o autor que sofre, expressar sua dor e repensar sua relação com o mundo. E também a psicanálise, ao possibilitar que o sujeito elabore o sentido de seus sintomas e tente entender os conflitos inconscientes que os produzem, embora, conforme aponta o trecho acima de Bezerra Jr., a sua proposta não esteja mais coadunada com a moralidade vigente. A psicanálise como prática de si aposta no desejo como condição de reinvenção do sujeito e de sua história. Em um contexto no qual o indivíduo que sofre deve ser relançado rapidamente à ação, à performance e ao exercício da autonomia, é compreensível, então, por que ela perde o lugar estratégico que ocupava na modernidade (BIRMAN, 2005, 2010).

Se consideramos a semelhança de comportamentos humanos ao longo da história – o que não significa, mais uma vez, afirmar a existência de identidade de referente ao longo do tempo – podemos afirmar que o sofrimento, ou a tristeza mais especificamente quando falamos de depressão, sempre existiu, mas era possível experimentá-lo de formas distintas no passado. Charles Taylor (2007), por exemplo, ao criticar o triunfo da terapêutica, descreve a dignidade ética contida no sofrimento pensado sob a forma do pecado.

O autor argumenta que, ao contrário do registro terapêutico atual, onde há valorização da vida ordinária e o sofrimento é sinônimo de incapacidade, o registro espiritual tratava o sofrimento como falha moral na forma de afastamento do divino, o que indicava a necessidade de reflexão. Se alguém, após muitas conquistas, se sentisse tomado por um súbito desalento, sua tristeza seria pensada como descontentamento e desejo de mais vida. Hoje, esse mesmo sentimento de vazio, de ausência de sentido da vida, seria interpretado como uma tristeza “sem motivo”, um provável sintoma da depressão, que deveria, então, ser rapidamente diagnosticado e curado.

O sofrimento na forma do pecado demandava que se pensasse sobre ele e a partir dele – tentar eliminá-lo significaria mesmo a recusa ao chamado de Deus –, para que, encontrado o seu sentido, houvesse um aprendizado e fosse possível mudar a percepção e o comportamento no mundo. Atualmente, no entanto, com a transferência das questões existenciais para o domínio terapêutico e o predomínio da lógica hedonista, ele não é convite à reflexão e deixa de ser imprescindível à experimentação da vida.

O sofrimento, então sem relação com a identidade do indivíduo, perturba a sua vida – que, em vez de imperfeita como antes, agora é naturalmente boa – e deve, portanto, ser tecnologicamente manipulado e eliminado. A crítica de Taylor, compartilhada por mim, é a de que, nesse mundo onde se entende que os sofrimentos não deveriam de forma alguma

existir, reitera-se o desejo por uma vida apenas ordinária e restringem-se as suas possibilidades de questionamento e de experimentação.

PARTE II

NOVO NEXO ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E DOENÇA MENTAL

Na descrição das transformações no conceito de depressão, foi apresentada uma articulação entre mudança conceitual (o fim da separação entre depressão endógena e exógena), inovação científica (o cérebro químico e plástico), e pressão da moralidade hegemônica na multiplicação dos acontecimentos passíveis de deprimir. Vimos que o resultado disso foi a produção de vulnerabilidade a partir do surgimento do “objeto mental” e que os indivíduos passam a perscrutar seu íntimo preocupados com a fragilidade e com a possibilidade de estarem deprimidos que lhes foram anunciadas. A seguir, veremos como a modificação do nexo entre sofrimento e doença mental também corrobora a construção dessa vulnerabilidade.

Alain Ehrenberg, em texto intitulado *Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale*, de 2004, defende que estamos diante da redefinição da doença mental e da reformulação das relações entre normal e patológico. Segundo ele, houve nesse sentido três transformações principais: a doença mental passa a ser apenas um elemento do sofrimento e o doente mental, só um aspecto do cidadão que sofre; o paciente adquire papel ativo no seu processo de cura; e a patologia tende a ser pensada em termos de déficits ou limitações, relacionados principalmente à sociabilidade, que traz ao indivíduo por ela acometido.

4.7 Virada hierárquica do sofrimento sobre a saúde mental

No que diz respeito à primeira transformação, o autor argumenta que, enquanto antes a doença mental predominava sobre a saúde e sobre o sofrimento, que era apenas um elemento seu, hoje ela se torna um aspecto subordinado do par saúde mental–sofrimento psíquico. A frase “o sofrimento era um elemento da psicose, a psicose é hoje um elemento do sofrimento³⁰” (ENREBERG, 2004a, p. 145) é bem ilustrativa da virada hierárquica do sofrimento sobre a doença mental. Na época em que a psiquiatria era uma das instâncias sociais onde o poder normalizador se exercia, a doença mental era definida pelo médico com base nos desvios de comportamento; o sofrimento não era decisivo para a identificação da

³⁰ La souffrance était un élément de la psychose, la psychose est aujourd’hui un élément de la souffrance.

doença e importava pouco enquanto sintoma. Inversamente, a saúde mental tinha definição negativa, pois significava ausência de sintomas.

Com a reforma psiquiátrica, ao contrário, a doença mental se configura como um aspecto do sofrimento experimentado por um indivíduo. Ele é, antes de tudo, um cidadão em dificuldades, enfrentando problemas sociais e psicológicos passíveis de se tornarem patologias, o que já garante o seu direito de usuário dos serviços de saúde mental. Se o sofrimento diz respeito a um conjunto de problemas e dificuldades que o indivíduo enfrenta, do qual a doença mental é apenas um elemento, fica claro que também o conceito de saúde mental mudou. Não é mais o oposto de doença mental, caracterizado pela ausência de sintomas, como para a psiquiatria do século XIX; saúde mental hoje pressupõe a ausência de todo tipo de sofrimento, conforme define a OMS: “um estado completo de bem-estar psíquico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade” (apud EHRENBURG, 2004a, p. 142).

A definição de saúde mental deixa de ser negativa, portanto, já que não remete somente à ausência de doença e requer, ao contrário, a presença de um elemento, o bem-estar completo. Daí inclusive a criação do termo “saúde mental positiva” (EHRENBURG, 2004a), que engloba inteligência emocional e social, boas relações pessoais, sexuais, familiares e no trabalho. É importante ressaltar que essa “normalidade” na forma da saúde mental positiva se configurou em nossa sociedade como um ideal que todos aspiram alcançar.

Na época da psiquiatria normalizadora, já havia um ideal de normalidade a ser buscado, mas ele estava ligado à ausência de patologia, de loucura. Alcançar esse ideal de saúde mental, já internalizado, significava lutar contra desejos que apontassem para o pólo da anormalidade. A dicotomia que existia entre heterossexualidade e homossexualidade na sociedade moderna é um bom exemplo de como a saúde se definia negativamente, como ausência de doença: o indivíduo saudável, heterossexual, era aquele que não apresentava os sintomas da homossexualidade, considerada doença mental.

O ideal de saúde mental na atualidade remeteria a uma “mais que normalidade”. Ele não se ancora na ausência de loucura ou de anormalidade. Não é mais necessário reprimir desejos, fugir do estigma. É preciso, porém, atingir o estado de bem-estar sugerido pela OMS, a felicidade atuada por personagens de novela, a sociabilidade das celebridades retratada nas revistas. Esse novo ideal de normalidade parece, assim, ou não ter ancoragem ou se ancorar no inalcançável.

Como uma quantidade cada vez maior de eventos e dificuldades é tida como desencadeadora de sofrimento e como todo sofrimento impede que cheguemos a esse estado

ideal de saúde mental, a separação normal-anormal, saudável-doente parece não fazer mais sentido. A normalidade torna-se praticamente inalcançável e transformamo-nos todos em doentes mentais em potencial – haverá sempre um sofrimento que merece cuidado (EHRENBERG, 2004a). Atualmente, como diz Peter Conrad (2007, p. 163), “potencialmente todo mundo pode se tornar objeto de atenção médica, e a última pessoa saudável vai desaparecer³¹”.

4.8 Transferência do cuidado do médico para o paciente

A contrapartida de um ideal de normalidade inalcançável é o adiamento da cura, que, por sua vez, leva ao cuidado crônico de si. Se há sempre um sofrimento, uma dificuldade, um obstáculo a ser vencido para atingir a normalidade, a cura vai ficando cada vez mais distante no tempo. Se a cura se adia, o cuidado se prolonga. Cada indivíduo deve cuidar constantemente de si e por toda a vida.

Cuidado de si, individual, pois em uma sociedade onde o individualismo, a autonomia e a capacidade de tomar decisões se configuram como novos valores morais, um sofrimento demanda ajuda particular, e não mudança social. Ehrenberg (2004a) cita uma matéria do *Le Monde* de 2001 sobre a democratização da vida dos liceus, na qual um mestre de conferência em ciências da educação declara que, por trás do pedido por uma melhor democratização dos liceus, há a expressão de um sofrimento, delicado de resolver, e que os estudantes traduzem pela demanda de direitos. Nesse exemplo, a demanda de direitos é sintoma do sofrimento causado aos alunos por um sistema escolar hierárquico e desigual. A solução, porém, não é a transformação do sistema, pois a crença de que todos os estudantes estão submetidos a um destino coletivo é substituída pela ideia de que as desigualdades são resultado do fracasso pessoal. Não se trata de melhorar a sociedade, e sim de cuidar de cada sofrimento individual.

Ao contrário da psiquiatria moderna, que propunha normalizar o desviante e, dessa forma, melhorar a sociedade, a psiquiatria atual ensina os meios para que cada indivíduo cuide do seu sofrimento e aprimore a sua saúde mental positiva; não há solução coletiva como antes. Além disso, o encarceramento do doente mental na sociedade moderna, que dependia de ordem médica e frequentemente acontecia contra a vontade do paciente – já que o louco não tinha consciência de sua loucura – é substituído pela necessidade de os

³¹ potentially everyone can become an object of medical attention, and the last well person will disappear.

procedimentos médicos hoje receberem o consentimento do paciente e serem, em muitos casos, inclusive aprendidos e realizados por ele (EHRENBERG, 2000, 2004a).

Temos aqui anunciada mais uma diferença entre a prática psiquiátrica contemporânea e a moderna. Antes era o médico quem intervinha na vida do paciente, muitas vezes contra a sua vontade, em nome de uma verdade higiênica ou em defesa da saúde de todo o corpo social. Os indivíduos considerados perigosos deviam ter seus direitos restringidos em prol do bem comum (NYE, 2003). Já na atualidade cada indivíduo é requisitado a cuidar de sua doença e a ter responsabilidade por sua saúde, pois já conhece o ideal a ser alcançado (o bem-estar completo, a felicidade, o prazer) e sabe quais os acontecimentos “traumáticos” podem atrapalhar que o atinja.

Desse modo, há mais uma forma de o “paciente-consumidor” participar do processo de medicalização, que deixa definitivamente de ser apenas conduzido pelos médicos. Além de estar envolvido na medicalização por reivindicar ou recusar diagnósticos, ele tem hoje papel ativo no cuidado de si e na concordância com as decisões médicas. “Medicalização não é mais entendida como uma colaboração nefasta de experts e da autoridade do Estado imposta de cima, mas um processo por meio do qual preceitos médicos e de saúde foram incorporados aos indivíduos, que assumem essa responsabilidade por si mesmos³²” (NYE, 2003, p. 117).

Fica nítida, assim, a segunda transformação descrita por Ehrenberg (2004a): a aposta da própria psiquiatria em um paciente que seja autônomo, capaz de reconhecer e autogerir seus sintomas, e assumir um papel ativo no processo de cura da sua doença – que, cada vez mais, tende à cronicidade. É por esse motivo que esse autor chama de “diabético mental” o deprimido capaz de reconhecer sozinho os sinais de reincidência da depressão e recomeçar a tomar os remédios: “Uma automedicação bem conduzida é um bom testemunho de maturidade psicológica do paciente, bem mais do que do talento pedagógico de seu médico. (...) O ideal da aliança terapêutica consiste em transferir as competências do médico para o paciente³³” (EHRENBERG, 2000, p. 252-253). Com o paciente sendo convidado a participar mais ativamente de sua cura, a concepção de cuidado passa a estar mais centrada na pessoa e

³² Medicalization is no longer understood as a nefarious collaboration of experts and state authority imposed from above, but a process whereby medical and health precepts have been embodied in individuals who assume this responsibility for themselves.

³³ Une automédication bien conduite est un bon témoin de maturité psychologique du patient, bien plus que du talent pédagogique de son médecin. (...) L’idéal de l’alliance thérapeutique consiste à transférer les compétences médicales du médecin vers le patient.

menos na doença, até porque esta, conforme a primeira transformação, é só um elemento do sofrimento.

Na sociedade contemporânea, há uma grande circulação de informação médica e os indivíduos são encorajados a ter mais responsabilidade por sua saúde, cabendo a eles decidir como se cuidar. Cada pessoa passa a ter a chance de ela própria avaliar se o que sente é normal ou patológico e então tomar decisões, a partir das descrições na mídia do que é sofrer, dos sintomas das doenças e das formas de tratá-la e preveni-la. A autoridade médica já não é a única que ensina o paciente a cuidar de si, e nem o principal informante sobre os riscos de suas práticas cotidianas e a possibilidade de seus sofrimentos serem doenças passíveis de tratamento. A mídia também exerce essa função.

Ser bom sujeito hoje, aquele que cuida corretamente de si, significa, portanto, estar mais bem informado sobre como agir para viver mais e melhor. Em 1975, o médico Escoffier-Lambiotte (apud VAZ, 2002, p. 135) já defendia essa ideia no jornal *Le Monde*: “A hierarquia que hoje se estabelece entre os homens é função do conhecimento e não apenas, como foi o caso desde milênios, do nascimento e do dinheiro”. É preciso que cada um se mantenha informado, para reconhecer-se doente, ou quase-doente, e saber os meios de contornar a situação.

O fim do projeto normalizador e a gradativa transferência do cuidado do médico para o paciente vêm acompanhados pela diluição das barreiras entre cura e aperfeiçoamento. A intervenção psiquiátrica deixou de ter a função exclusiva de tratar doenças quando o alívio do sofrimento, o aprimoramento de aspectos da vida biológica e subjetiva dos indivíduos (memória, sono, sexo) e até mesmo a produção de estados de bem-estar e de felicidade se tornaram competências suas; daí falar-se de uma psiquiatria cosmética (BEZERRA JR., 2010).

Nesse sentido, a prática psiquiátrica biológica, ao contrário da psicanalítica, está totalmente coadunada à nova moralidade da cultura terapêutica, que vê as emoções como objetos a serem manipulados e otimizados, e exige que os indivíduos busquem autenticidade e felicidade de modo autônomo. O psiquiatra é quem ajuda o sujeito nessa nova tarefa contemporânea. As novas drogas disponíveis no mercado, com indicações mais seletivas e efeitos colaterais reduzidos, certamente favorecem que pessoas saudáveis façam uso delas para se sentirem “mais do que bem” (BEZERRA JR., 2010) – embora seja difícil saber o quão bem se está na escala de bem-estar.

A psiquiatria hegemônica atual, ao expandir seu horizonte de ação por meio de uma classificação diagnóstica cada vez mais inclusiva, ao reduzir as condições necessárias para justificar a aplicação de diagnósticos e tratamentos e,

principalmente, ao caucionar as aspirações de regulação biotecnológica de todos os aspectos inerentes à vida biológica e à existência social, torna-se um vetor axial do processo por meio do qual os indivíduos autônomos e não mapeados em nossa cultura vão construindo roteiros com que enfrentam as vicissitudes da existência e de sua condição humana. O anseio de felicidade, que já não conta mais tanto com as referências oferecidas pela ética sacrificial das religiões ou pelos ideais de ação política na vida pública, vê surgir, num horizonte de se expande sem cessar, a intervenção e a regulação biotecnológicas como promessas cada vez mais atraentes. (BEZERRA JR., 2010, p. 131-132)

O uso dos ISRS, dos quais o Prozac é provavelmente o exemplo mais famoso, aponta para a nova tendência de a intervenção biológica ser utilizada sem fins propriamente curativos. Criados na década de 70 com a função de antidepressivos, logo passaram a ser prescritos para outras doenças, como fobia social, TOC, TAG e TEPT. Mais recentemente, começaram a ser usados também como *lifestyle drugs*, isto é, como drogas destinadas ao aperfeiçoamento da experiência e à produção de bem-estar, felicidade e prazer (BEZERRA JR., 2007, 2010). E há psiquiatras que defendem esse uso, como é o caso de Peter Kramer (1995) em *Ouvindo o Prozac*. Nesse livro, o autor reúne alguns casos de pacientes seus para os quais receitou Prozac mesmo sem os ter diagnosticado como deprimidos pelos critérios do DSM para argumentar que esse remédio pode ser usado para melhorar a vida afetiva, social e sexual de indivíduos com dificuldades.

Temos, portanto, a passagem da normalização do desvio pela psiquiatria ao cuidado e otimização dos estados mentais, que, por sua vez, tende a ser função também do próprio indivíduo. Essa otimização é considerada mais viável na medida em que as pesquisas em neurociências avançam afirmando a correlação entre estados mentais e mecanismos neuroquímicos, e descobrindo novas tecnologias de aprimoramento (*enhancement technologies*³⁴). Como exemplos dessas tecnologias, temos o tratamento com betabloqueadores e a cirurgia *ETS* (*Endoscopic Thoracic Sympathectomy*), traduzida como simpatectomia, aplicadas em pessoas tímidas.

Os betabloqueadores são medicamentos que mascaram os sinais de medo ou de ansiedade (rubor, suor e tremor), por bloquearem os receptores do sistema nervoso simpático que seriam ativados em ocasiões nas quais sentimos essas emoções. São indicados para pessoas tímidas, cujo temor de se expor em público é antes o de que o seu medo ou a sua ansiedade fiquem aparentes para a audiência. Desse modo, sob o efeito do remédio, que não reduz a ansiedade, mas esconde os seus sinais, o tímido continua ansioso, mas a audiência

³⁴ A definição de *enhancement technologies* formulada pela bioética é a de uma variedade de drogas e procedimentos que são empregados por médicos com o objetivo, não apenas de curar doenças, mas também de melhorar e aperfeiçoar características e capacidades humanas (ELLIOTT, 2003). Poderíamos traduzir o termo como tecnologias de aperfeiçoamento ou de aprimoramento.

não percebe e então, indiretamente, ele se acalma e consegue ter um desempenho social melhor (ELLIOTT, 2003).

Já a cirurgia ETS também é procurada por pessoas tímidas, especificamente por aquelas que ruborizam com facilidade em situações sociais e cujo sintoma não é mascarado com os betabloqueadores. A cirurgia corta partes do nervo simpático que irriga a face e impede, assim, a ruborização (ELLIOTT, 2003). Vale ressaltar que o DSM-IV-TR afirma que a ruborização é um sintoma típico da fobia social (APA, 2000) e que já se usa na literatura psiquiátrica o termo síndrome da máscara vermelha como diagnóstico para essas pessoas.

Em ambos os casos, o que se observa é o uso de uma tecnologia para mascarar a timidez. Em uma sociedade onde as pessoas devem ser competentes em uma grande variedade de atividades e situações sociais e se relacionar de forma natural, descontraída, a dois ou diante de uma audiência, ser tímido é visto com uma condição inadequada. Vê-se aí, mais uma vez, a vulnerabilidade produzida por nossa cultura e, inclusive, relatada pelas próprias pessoas que se submeteram à cirurgia para pararem de ruborizar e poderem frequentar espaços sociais mais despreocupadas (ELLIOTT, 2003). A tecnologia tem aqui o papel de elevador de autoestima e facilitador de relações sociais, funcionando também como remédio contra o sofrimento e a doença mental, já que timidez tornou-se uma condição patológica.

4.9 A importância da sociabilidade na definição de doença mental

A terceira transformação analisada por Ehrenberg (2004a) é a tendência a se pensar a patologia mental como uma desvantagem, uma incapacidade que o paciente possui. Isso significa também que passa a ser bastante significativo o impacto negativo, a limitação, que essa incapacidade representa para a vida e o funcionamento sociais do indivíduo. Fica clara, então, a importância que a sociabilidade tem hoje na definição de doença mental. Para avaliar certos tipos de patologia, um dos critérios é justamente a medição do grau de sociabilidade do paciente, que, segundo o DSM-IV (apud EHRENBURG, 2004a, p. 149), atinge 100% se o indivíduo apresentar as seguintes características: “Um nível superior de funcionamento em uma grande variedade de atividades. Não é nunca perturbado pelos problemas encontrados. É procurado pelos outros em razão de suas numerosas qualidades. Ausência de sintomas³⁵”.

³⁵ Un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

Na definição de Ehrenberg (2008), a sociabilidade bem sucedida é a capacidade de agir por si mesmo, como indivíduo autônomo. Ele afirma que a disfunção da interação social é um problema psiquiátrico maior hoje, que caracteriza desde psicoses graves, como esquizofrenia e autismo, até a fobia social e mesmo a depressão. Assim, se o problemático antes era burlar regras sociais, hoje é não conseguir se inserir na sociedade de alguma forma. O próprio conceito de sociabilidade parece ser recente. Anteriormente, falava-se em socialização, que estava estreitamente ligada à igualdade de oportunidades. Um indivíduo bem socializado era aquele que conseguira construir família, conquistar bons emprego e lugar na sociedade. Atualmente, como afirmou a socióloga Miki McGee (apud EHRENBURG, 2010a), estar casado e empregado não é suficiente; é preciso continuar casável e empregável.

A boa sociabilidade não significa mais cultivar relacionamentos ou projetos sólidos e duradouros – amizades, casamento, emprego estável –, até porque, como já foi visto, entende-se que esses vínculos podem ser prejudiciais ao sujeito na medida em que os desviam da busca de sua própria autenticidade (FUREDI, 2004). Implica ter autonomia e se deslocar sem dificuldades no espaço social, ser competente nas suas atividades e interagir com facilidade e eficácia com os outros indivíduos ao seu redor. Trata-se de conseguir conquistar o seu espaço, ter suas opiniões aceitas e respeitadas.

O Inventário de Habilidades Sociais (IHS), teste psicológico bastante utilizado no processo seletivo para a contratação de funcionários para empresas, por exemplo, não visa descobrir se o candidato é solteiro ou casado, mantém amizades de infância ou tem um relacionamento de cumplicidade com os pais. As perguntas, as quais devem ser respondidas segundo uma escala de frequência (que varia do nunca ou raramente ao sempre ou quase sempre), visam analisar se ele é socialmente competente em: “enfrentamento e autoafirmação com risco”, como discordar do chefe, cobrar dívida de amigo, abordar para relação sexual, lidar com críticas injustas, apresentar-se a outra pessoa; “autoafirmação na expressão de sentimento positivo”, que inclui elogiar e agradecer elogios; “conversação e desenvoltura social”, como pedir favores a colegas, manter conversação, encerrar conversa ao telefone, abordar autoridade; “autoexposição a desconhecidos e situações novas”, onde estão listados falar a público conhecido ou desconhecido, fazer perguntas e pedir favores a desconhecidos; e “autocontrole da agressividade”, que implica lidar com críticas dos pais e com chacotas, além de cumprimentar desconhecidos (DEL-PRETTE e DEL-PRETTE, 2001).

Ehrenberg (2000) defende que a falta de sociabilidade é problema apenas em nossa cultura, que valoriza a autonomia e a tomada de decisões. A exigência de capacidades sociais passou a existir com a saída dos doentes mentais dos asilos e com a necessidade de eles

viverem em sociedade e terem uma vida autônoma. Com isso, a definição de doença e o cuidado com o doente mudaram. A esquizofrenia, por exemplo, passou a ter como sintomas déficits cognitivos e outros que dizem respeito às relações interpessoais e à autonomia social. Daí a categoria recente de sofrimento psicossocial, que inclui todos aqueles excluídos do convívio social.

Cuidar do doente, por sua vez, passou a significar cuidar dos seus déficits sociais e desenvolver as competências funcionais que faltam, com o objetivo de ajudá-lo a se reinserir na comunidade e a restabelecer laços sociais (EHRENBERG, 2008). E é esta a proposta do projeto de atenção psicossocial, que vem sendo implementado pelos serviços de saúde mental no Brasil desde a reforma psiquiátrica, em substituição ao modelo de internação e cujos dispositivos centrais são os CAPS, Centros de Atenção Psicossocial (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007). Além disso, o cidadão em dificuldades, aquele que não tem uma boa sociabilidade, deve, então, receber assistência ao longo de toda a sua trajetória de vida, mesmo que não esteja doente.

4.10 Normalidade inalcançável e narrativas genéricas do sofrimento

Tendo compreendido as três transformações propostas por Ehrenberg para descrever a redefinição da doença mental e a reformulação das relações entre normal e patológico, importa aqui focar em alguns conceitos importantes que ele nos apresenta. O argumento pode ser encadeado da seguinte forma: uma gama cada vez mais extensa de eventos provoca sofrimento; todo sofrimento, por sua vez, denuncia que pode haver doença mental e merece cuidado por isso. Já a saúde mental, tomada como um ideal, pressupõe um estado de completo bem-estar, tornando a normalidade praticamente inalcançável e o cuidado, crônico, pela vida toda. Em uma cultura onde esse encadeamento de ideias é tido como verdadeiro e onde é a partir dele que os indivíduos analisam suas experiências, é compreensível porque cada vez mais pessoas se sentem vulneráveis e se reconhecem como estando doentes.

As definições de felicidade e de bem-estar pleno parecem não se aplicar às experiências da maioria dos indivíduos, entremeadas por perdas e decepções. Também a boa sociabilidade proposta no DSM e corroborada pelo IHS, que pressupõe ausência de sintomas, autonomia e uma série de competências sociais, para ser inclusive procurado por outras pessoas, se distancia da realidade da maior parte das pessoas. Assim, os indivíduos na contemporaneidade, ao tentarem se entender, tendem a se considerar cada vez menos saudáveis. A tristeza sentida aparentemente sem motivo, a dificuldade de concentração, o

desinteresse ou a falta de energia para atividades cotidianas, a inibição para participar de eventos sociais; tudo o que incomoda pode ser descrito como sofrimento e está previsto nos critérios diagnósticos da depressão ou de alguma outra doença mental.

Também faz parte da compreensão pensar porque os diagnósticos psiquiátricos hoje facilitam sua utilização pelos indivíduos para pensarem suas experiências. De modo geral, as categorias de doença são entidades conceituais estáveis, anteriores e exteriores aos indivíduos, isto é, narrativas genéricas que preveem sintomas, curso clínico e prognóstico, independentemente da história de vida do indivíduo acometido por ela (ROSENBERG, 2002, 2006).

Se o diagnóstico atualmente não se refere a uma doença individualizada, permite que toda história de vida se encaixe em suas narrativas padronizadas, pois ajusta o individual ao geral e abstrato. Todo indivíduo pode, portanto, apropriar-se dele para dar sentido a seu sofrimento e suas experiências. O próprio DSM, ao propor os critérios diagnósticos de doenças, traz exemplos que funcionam como mininarrativas desindividualizadas. E a mídia se apropria delas quando alerta os indivíduos sobre a possibilidade de já estarem doentes³⁶.

Rosenberg (2006) chama a atenção para o fato de que muitas doenças médicas comuns do século XIX, como a histeria e a melancolia, tinham definições mais flexíveis e os seus próprios diagnósticos e prognósticos iam se construindo a partir da história de vida de cada paciente. Os próprios cinco casos da psicanálise de Freud, apesar de descreverem os tipos principais de diagnóstico psicanalítico e as suas características estruturais, não parecem ter como objetivo oferecer narrativas gerais às quais qualquer indivíduo possa se enquadrar. Cada paciente descrito tem sintomas singulares, que só puderam emergir em contexto também específico, tanto social como familiar.

4.11 Nova forma de falar do sofrimento

Vimos até aqui que vivemos em uma sociedade onde autonomia, prazer, autenticidade, felicidade e sociabilidade são valorizados. Onde, portanto, tristeza, inibição, ansiedade, sociabilidade mal sucedida e baixa autoestima causam sofrimento, que por sua vez

³⁶ Uma ferramenta que se tem sido cada vez mais utilizada pela mídia é o teste. Com esquema, perguntas e respostas simples, ele traz objetividade ao excesso de sofrimento e permite que o leitor descubra se está doente, quase ou não. Seguindo muitas vezes os próprios critérios diagnósticos do DSM, o teste pode ser considerado como uma dessas narrativas genéricas, pois permite que a vida de cada leitor se encaixe nas suas descrições.

pode configurar doença mental. Tentarei aqui avançar no argumento, recorrendo a ideias dos sociólogos Ehrenberg³⁷ e Furedi.

A hipótese de Ehrenberg (2010b) é a de que a doença mental é a forma atual de o indivíduo lidar com o sofrimento, de descrever os conflitos e as tensões da autonomia, partindo do pressuposto de que subjetividade e autonomia são os conceitos-chave da nossa sociedade. A ideia, portanto, é entender a saúde mental como um jogo de linguagem contemporâneo obrigatório, por meio do qual cada pessoa fala sobre os seus problemas e expressa o seu sofrimento. Essa linguagem tem gramática própria e é compartilhada por todos, de modo que permite a expressão socialmente regrada do sofrimento e do afeto. Todos a compreendem e utilizam para lidar com seus mal-estares.

Partindo dessa ideia de Ehrenberg, nossa sociedade contribui para que mais indivíduos interpretem seus problemas e fracassos como doença, pois oferece o jogo de linguagem da saúde mental como aquele que dá sentido ao sofrimento e regula o afeto. Somos, assim, socializados a pensar que estamos doentes. Ideia parecida é defendida por Furedi (2004), ao propor que nossa cultura encoraja os indivíduos a atribuírem sentido a episódios dramáticos por meio de termos da saúde mental, que compõem a linguagem terapêutica.

Segundo Furedi, houve recentemente a expansão dessa linguagem terapêutica, possibilitada, inclusive, pela veiculação na mídia de um vocabulário que descreve a nossa vida íntima. Ele cita pesquisa feita com 300 jornais da Inglaterra, que mostra que o número de citações de autoestima era zero em 1980, 103 em 1990 e 3.228 em 2000. O que é sintomático da mudança é, em primeiro lugar, o fato de que antes dos anos 80 esses termos não apareciam na mídia e muito provavelmente não eram utilizados pelos indivíduos para descreverem o seu sofrimento.

E, em segundo lugar, o fato de a própria conotação terapêutica desses termos ter sido criada recentemente. Retomemos o exemplo da autoestima: após ter significado, no século XVII, senso de independência e vontade própria e, nos séculos XVIII e XIX, autoconhecimento, foi redefinida, em 1986, como apreciação ou opinião favorável de si mesmo, mas sem sugerir qualquer relação com problemas emocionais. Hoje, ao contrário, autoestima, ao se constituir como o lugar onde preconceitos sociais de gênero, raça e classe trazem problemas aos indivíduos, já compõe o vocabulário terapêutico. É quase impossível falar de baixa autoestima sem associar a ela distúrbios psíquicos, como depressão, distúrbios

³⁷ As ideias de Ehrenberg que serão analisadas aqui estão em *La société du malaise*, seu último livro, no qual ele repensa os argumentos que defendeu em *La fatigue d'être soi* e propõe novos.

alimentares e desordens de ansiedade, ou ao menos outro déficit emocional, como timidez e insegurança. E esses déficits, como a palavra indica, reduzem as possibilidades de sucesso e de estabilidade na vida: dificultam o estabelecimento de vínculos afetivos e a tomada de decisões; daí serem associados a problemas sociais, como desemprego, gravidez na adolescência e *bullying*.

Assim, em nossa cultura, por um lado o ideal de normalidade (saúde mental, felicidade, sociabilidade) é inalcançável. Por outro, os indivíduos são encorajados a se pensarem como vulneráveis, impotentes para lidar com fracassos, tragédias e adversidades. Configura-se, assim, o imaginário de que uma série de emoções e situações desagradáveis faz sofrer – mais do que deveria, na maioria das vezes. E, indo adiante no argumento, o modo legítimo de expressão do sofrimento é por meio dos termos da saúde mental. Desse modo, se o que os indivíduos são depende do que eles pensam ser e daquilo que é dito socialmente sobre quem eles são, fica claro que, ao encorajá-los a se sentirem frágeis, a reconhecerem sofrimento em uma série de experiências e a interpretá-lo pelo jogo de linguagem da saúde mental ou terapêutica, a cultura contemporânea contribui para que cada vez mais pessoas se sintam doentes ou na iminência de adoecer.

4.11.1 Aprendizado dos termos mentais

Elliott (2003) diz que nossa cultura simultaneamente propõe uma obrigação moral e gera uma incerteza. A obrigação diz respeito a cada indivíduo ser encorajado a construir seu projeto de vida buscando autorrealização, autenticidade, felicidade, prazer, completo bem-estar. A incerteza, então, surgiria: como saber se sou feliz e autorrealizado, se obtenho prazer suficiente na vida?

Há uma questão, portanto, que ainda não foi respondida ao longo desta dissertação. Ela diz respeito a como e a onde os indivíduos aprendem o que é felicidade, bem-estar e, inversamente, o que é tristeza. Também está em jogo o aprendizado de como medir a intensidade dessas emoções, que leva à capacidade de diferenciá-las entre as normais e as patológicas.

Primeiramente, vale recordar o argumento de Wittgenstein (2001) sobre a linguagem privada: não é possível a cada indivíduo saber o sentido dos termos mentais, como amor ou dor, por exemplo, apenas a partir da generalização das várias ocasiões em que ele experimentou um ou outro. Essa gramática formada a partir da nomeação pessoal de objetos não é compartilhada, pois amor e dor não preexistem aos termos que os nomeiam. Haveria,

assim, a incomunicabilidade entre os indivíduos, já que eles nunca saberiam se os seus referentes para amor e dor são os mesmos que os dos outros. Wittgenstein afirma que o aprendizado do sentido dos termos mentais precisa, portanto, ocorrer em domínio público, quando se conjugam comportamentos visíveis às experiências de cada um. Haveria, assim, uma dependência entre linguagem, que é aprendida na cultura, e estados mentais.

Elliott (2003) nos lembra o jogo filosófico proposto por Wittgenstein para ilustrar a sua teoria sobre o aprendizado dos termos mentais. No jogo, cada participante tem uma caixa com algo dentro, a que chama de besouro. Ninguém pode olhar a caixa dos outros jogadores, mas cada um diz saber o que é besouro apenas olhando para o interior de sua própria caixa. Wittgenstein chama a atenção para a possibilidade de o jogo ser jogado mesmo em três situações hipotéticas distintas – se o conteúdo das caixas dos jogadores divergisse, se ele estivesse em constante mudança e até mesmo se as caixas estivessem vazias –, porque em todos os casos os jogadores poderiam usar o termo besouro para descrever o conteúdo de suas caixas.

Fica clara a comparação entre besouros e termos mentais: da mesma forma que o termo besouro no jogo não se refere ao inseto real e, sim, adquire seu significado a partir das regras do jogo, os termos que descrevem estados mentais, como depressão, ansiedade e felicidade, não se referem a estados mentais internos, que estão lá para serem nomeados. Não aprendemos o seu significado olhando para a nossa “caixa interna” e nomeando o que vemos dentro. É ao participarmos dos jogos sociais que as palavras adquirem sentido, mesmo que experimentemos sensações muito distintas das de outras pessoas. Quando um casal diz que se ama e que está feliz junto, as duas partes entendem o que o outro quis dizer, ainda que isso não signifique que os seus estados mentais sejam os mesmos ou que não variem ao longo do tempo em que estão juntos.

Após lembrar o jogo de Wittgenstein, que dá conta da questão sobre o que é felicidade, amor, dor, etc., Elliott propõe uma nova versão dele, agora pretendendo problematizar a questão de como diferenciar a intensidade das emoções que sentimos. O novo jogo tem uma pequena e fundamental diferença em relação ao inicial: um jogador pode vencê-lo se convencer os outros participantes de que o seu besouro é superior aos deles. Esse convencimento se dá por meio de um vocabulário totalmente novo que o jogador usa para distinguir as qualidades de seu besouro das dos seus adversários. Como ninguém pode ter acesso à caixa dos outros jogadores, sendo impossível, portanto, comparar os seus conteúdos, a fala de jogadores sobre a suposta superioridade do seu besouro leva cada jogador a se

preocupar com a possível inferioridade do seu próprio besouro. Instaura-se em cada um a dúvida e a preocupação com o seu besouro.

Mais uma vez, a comparação com os termos mentais fica nítida: como nunca sabemos se a qualidade da nossa experiência subjetiva corresponde à das outras pessoas, estamos todos suscetíveis à ideia de que a nossa vida interior poderia ser melhor. A dúvida sobre se poderíamos ser mais felizes, mais autorrealizados, mais saudáveis é constante. Elliott argumenta que as pessoas recorrem às tecnologias de aperfeiçoamento porque querem ter certeza de que vivem suas vidas com o máximo de bem-estar e prazer possíveis. Por outro lado, como vimos, na cultura terapêutica em que vivemos a fronteira entre não se sentir feliz ou socializado o suficiente e já estar doente é bastante tênue. Assim, a preocupação em não estar suficientemente feliz vem normalmente acompanhada da dúvida sobre a possibilidade de se ter uma doença mental, como a depressão.

A construção da vulnerabilidade contemporânea se dá a partir de vários fatores. Nesta última parte do capítulo, vimos que, por um lado, há a produção de incerteza sobre o quão bem nos sentimos e, por outro, somos socializados a interpretar os sofrimentos a partir da linguagem da saúde mental; mais do que isso: em uma cultura na qual sofrimento e doença mental estão cada vez mais indissociáveis, somos encorajados a pensar que todo sofrimento que experimentamos é patológico e necessita de cuidado médico.

Cabe ainda analisar aqui a participação da mídia na produção dessa vulnerabilidade. Concordando com Wittgenstein, as significações comuns da linguagem que o indivíduo compreende e se apropria para nomear o que sente no interior de si precisam ser formuladas socialmente, por instituições de interioridade, expressão de Ehrenberg (2000). A mídia seria uma dessas instituições, na medida em que ensina ao leitor os termos para nomear os seus estados mentais. E é justamente por ter esse papel pedagógico importante que a mídia também pode participar da produção de vulnerabilidade. Se é ela quem ensina ao indivíduo o que é sofrer e como lidar com o seu sofrimento, ao divulgar narrativas que diluem os limites entre sofrimento e patologia acaba por contribuir para que os leitores se sintam frágeis e se pensem como sofrendo de depressão.

CAPÍTULO 5

MÍDIA E PSICOLOGIA PARA AS MASSAS

Vimos que a psiquiatria biológica, atualmente hegemônica, defende que o sofrimento psíquico não remete mais ao inconsciente psicanalítico e que um evento pode causar depressão quase por natureza intrínseca, podendo depender do nexos com transformação neuroquímica, mas não mais do modo como se encaixa em um conflito psíquico. O vínculo com a profundidade psíquica articulava o sofrimento com a identidade: o indivíduo sofria pelo conflito entre seus desejos e o que pensava dever ser. Quando o sofrimento perde esse vínculo e a causalidade “inconsciente” (no sentido de ser desconhecida do indivíduo) é desequilíbrio químico, que em nada altera o que o indivíduo pensa ser, o sofrimento se torna transparente à consciência do sofredor. Além disso, se aspectos subjetivos da sua história de vida não se articulam com a doença, o sofrimento não traz nada a ser decifrado; o deprimido sofre apenas de sofrer, está doente por sofrer em excesso, mais do que deveria.

Desse modo, a variação de intensidade do sofrimento a partir da qual a distância entre o saudável e o doente é estabelecida torna-se passível de ser reconhecida pelo próprio indivíduo e descrita em uma linguagem comum. Neste contexto, a mídia exerce seu papel: abre espaço para a discussão da vida privada e divulga uma linguagem descritiva da interioridade. Ao noticiar os sintomas da depressão, os seus perigos e as suas causas, a mídia encoraja os leitores a nomearem e avaliarem os seus estados mentais.

Admitindo que a mídia é um lugar importante onde questões como o que é o sofrimento, qual o seu sentido, como lidar com ele são colocadas e respondidas, podemos afirmar que notícias sobre a depressão contribuem para a produção de uma nova forma de subjetividade contemporânea. Coadunada com a nova moralidade hegemônica, a mídia tende a recuar a fronteira a partir da qual um sofrimento é considerado patológico, e acaba por divulgar uma nova classificação de doença. Em consequência, induz cada leitor a preocupar-se com a possibilidade de o mal-estar experimentado ser sintoma de um distúrbio com nome e tratamento específicos.

Podemos retomar aqui as ideias de Foucault, Davidson e Hacking, segundo as quais toda classificação é hierárquica e a anormalidade estigmatizada preocupa e angustia não só os desviantes, e sim todos os indivíduos. Ainda que a depressão não esteja associada a desvio e não carregue o estigma que acompanhava as doenças mentais na modernidade, a divulgação pela mídia de uma linguagem que ensina o que é sofrer de depressão também parece

aumentar a consciência de si de todos os leitores. Todos, mesmo os até então despreocupados com a sua saúde mental, são levados a perscrutar o seu íntimo e a se certificar de que o que experimentam não é patológico.

Desse modo, a mídia reforça a nova relação que se estabelece na atualidade entre o indivíduo e a sua doença, e suscita o autocontrole: ele próprio, a partir da comparação entre os sintomas da doença divulgados nos meios de comunicação e o que sente de fato, descobre a intensidade e o nível de gravidade do seu sofrimento – se reconhece como membro do grupo dos que sofrem indesejadamente, mas ainda não estão doentes, ou da categoria daqueles cujo sofrimento já é patológico e deve ser cuidado – e toma decisões sobre como lidar com esse sofrimento.

Supor, portanto, que a mídia produz subjetividade significa pensar que é a partir da descrição que divulga da depressão que os indivíduos se pensam, atribuem sentido e valor ao seu sofrimento e, a partir daí, imaginam possibilidades de agir no presente e no futuro. Essa hipótese induz implicitamente a outra: a mídia, ao divulgar a linguagem da vida íntima, provavelmente também contribui para o aumento de pessoas que se consideram deprimidas e, portanto, para o crescimento das estatísticas de prevalência e de incidência da depressão.

Mas nem sempre foi assim. Segundo pesquisas de Ehrenberg (2000), ainda na década de 70 havia na mídia, sobretudo na imprensa feminina, muitas notícias que davam conselhos de vida aos seus leitores. Nelas, três características eram mais marcantes: a linguagem de autoridade, o estilo prescritivo e pedagógico dos textos – indicava o problema da leitora e lhe ensinava como resolvê-lo –, e a divulgação de uma visão de destino coletivo, pré-determinado, que todos deveriam seguir (o papel institucional da mãe, da esposa, etc.).

Tratava-se de uma espécie de “disciplina a domicílio”, ou seja, passava-se a ideia de que para a pessoa (a mulher, na maioria das vezes) ser feliz bastava se adaptar ao seu papel social e manter a estabilidade da vida familiar. Nessa disciplina da vida privada, a questão do leitor imaginado à qual as notícias pretendem responder é “o que fazer”. E a resposta é sempre a mesma: a felicidade seria obtida ao se conformar a seus deveres. Não era necessário, portanto, que a leitora se questionasse sobre si mesma, pensasse sobre a sua vida interior (EHRENBURG, 2000).

A partir dos anos 70, entretanto, a mídia, acompanhando as mudanças pelas quais passa a sociedade – o público passa a ser prolongamento do privado, o bem-estar está mais acessível a todas as classes sociais, o conflito dá lugar à responsabilidade e à iniciativa –, começa a valorizar a relação de cada indivíduo consigo mesmo e com os outros à sua volta

(EHRENBERG, 2000). A nova retórica midiática, por sua vez, induz a novos questionamentos, como “quem sou” e “o que sinto”.

Em uma cultura onde a autenticidade se configura como um valor moral fundamental, em vez de sugerir que o leitor se conforme a regras ou destino coletivo, o convite feito a ele pela mídia é o de interpretar seus sentimentos e sua vida interior, até porque agora, com a crença difundida da perda de profundidade do espaço psíquico, ele teria acesso imediato a eles e, ainda, saber para analisá-los. Além disso, a partir do momento em que a doença mental perde o estigma e todo sofrimento pode ser patológico, o íntimo deixa de ser uma questão unicamente privada e passa a ser descrito no espaço público.

A mídia, ao abrir espaço para a discussão da vida psíquica, estaria divulgando, segundo expressão cunhada por Ehrenberg (2000), uma psicologia para as massas. Defenderei aqui que isso acontece por meio de três movimentos principais, agrupados a partir de algumas ideias apresentadas também por Ehrenberg: a desestigmatização da doença, o estímulo a pensar sobre si e a criação de uma linguagem da vida interior.

Para tentar entender como esses três movimentos aparecem mais nitidamente no discurso midiático, foram analisadas todas as notícias de 2007 nas quais aparece o termo “depressão”, coletadas no arquivo digital do jornal Folha de S. Paulo, disponibilizado pelo site da UOL. A escolha desse jornal se deve, além da facilidade de acesso, ao fato de ser um importante formador de opinião, com um público tipicamente de classe média, e de possuir uma editoria denominada equilíbrio, que trata exclusivamente de temas relacionados à saúde. Após terem sido descartadas as matérias em que “depressão” não se refere à doença mental, obteve-se o total de 200 notícias, que foram analisadas a partir de um questionário com 15 questões, em anexo ao final da dissertação.

5.1 Desestigmatização da doença

O primeiro movimento da psicologia para as massas promovida pela mídia consiste em desestigmatizar a doença, ou seja, desculpabilizar o leitor por estar deprimido, mostrando que a depressão é uma doença comum, tratável, e que ele tem o direito de sofrer e de se sentir mal (EHRENBERG, 2000).

A primeira característica observada na análise da mídia que contribui, ainda que implicitamente, para a desestigmatização da depressão é o fato de as notícias que mencionam a doença estarem espalhadas de forma heterogênea pelas editorias do jornal. A seção equilíbrio, onde se esperava encontrar a maior quantidade de matérias justamente por tratar

exclusivamente de assuntos da saúde, ficou atrás, com 16,5% do total de notícias, das editorias que noticiam acontecimentos do dia-a-dia e assuntos relacionados à cultura – cotidiano (28,5%) e ilustrada (19,5%), respectivamente.

Pode ser mesmo percebida uma tendência à banalização do termo depressão nessas duas editorias. Ele é utilizado, não para denominar a doença, mas como sinônimo dos mais variados estados de humor, como indignação – “Eu também estou com grave depressão, por ver meus impostos – que deveriam estar construindo estradas – gastos para enriquecer corruptos³⁸”; reprovação – “Juca, que mal vê novela, por falta de tempo, detesta o ‘Big Brother Brasil’. ‘Eu não consigo ver. O programa me deixa em grande depressão. As pessoas, ali, mostram suas piores qualidades’³⁹”; e monotonia ou tristeza – “Copacabana tem de tudo: do senhor de 70 anos até a Bebel. Não dá para ter depressão aqui. Se souber olhar, é muito divertido⁴⁰”. Desse modo, a mensagem da mídia é a de que, se a depressão está por toda parte e permite definir tantos sentimentos diferentes, não há motivos para os leitores sentirem-se diferentes ou socialmente excluídos por causa do seu sofrimento.

Além de a depressão ser representada no jornal segundo uma gama bastante extensa de significados, também a condição de deprimido é atribuída, em alguns casos, não a uma pessoa, mas genericamente a grupos maiores: à torcida do Brasil, se a seleção fosse derrotada no Maracanã – “se o Brasil jogar mal e/ou perder, vai ser uma decepção, muitas vaias vão ocorrer, e o atual e prolongado luto poderá evoluir, como acontece na vida, para uma profunda e crônica depressão.⁴¹”; ao povo brasileiro, na ocasião de um acidente aéreo da TAM – “O trágico dessa tragédia aérea é que, após passar o luto e/ou a depressão da população de todo o país...⁴²”; ou ainda aos moradores do Rio de Janeiro, constantemente amedrontados pela violência da cidade – “O carioca andava de cabeça baixa, astral em frangalhos, nem mesmo a eleição do Cristo Redentor como maravilha do mundo atenuou seu medo pelas balas perdidas, sua intranquilidade pessoal, sua depressão pela má qualidade de sua vida urbana.⁴³”

³⁸ DEL DOTORE, I. Nicolau; 31 jan. 2007.

³⁹ BÊRGAMO, M. O ator, o guarda-chuva, o senador e a amante; 8 abr. 2007.

⁴⁰ VIANNA, L. F. Edifícios “reais” inspiram cenário de “Paraíso Tropical; 8 jul. 2007.

⁴¹ Reencontro com o Maraca; 17 out. 2007.

⁴² TOSTÃO. A mulher que corria e sonhava; 29 jul. 2007.

⁴³ CONY, C. H. Desafios do Pan; 18 jul. 2007.

Com as transformações recentes na atribuição de sentido e valor às doenças mentais, houve o rompimento da associação entre doença, desvio e perigo. O doente tende a ser visto, então, como exclusivamente sofredor. Como o deprimido é um sujeito que só sofre e cujo sofrimento não parece estar relacionado a desvio, torna-se possível que a narrativa midiática retire o seu estigma, por meio de uma mensagem tranquilizadora: a depressão não é preguiça, fraqueza ou falha de caráter, e sim uma doença capaz de atingir qualquer um de nós.

Também é interessante notar, conforme vimos no capítulo 2, que a emoção mais relatada por pacientes deprimidos na atualidade é a vergonha, que está associada ao temor de uma falha ficar visível ao outro e à diminuição da autoestima. A culpa, emoção que acometia os doentes mentais na modernidade e que impedia inclusive que quem a experimentasse fosse capaz de diagnosticar do que sofria, parece ser menos comum nesses pacientes. Assim, a desestigmatização da depressão pela mídia fica em certo sentido facilitada. Como, por um lado, o objetivo é que leitores que possivelmente se identifiquem com os sintomas relatados não sintam culpa ou vergonha de estarem deprimidos e, por outro, a culpa em relação à doença mental tende a ser menos frequente na cultura atual, resta à mídia se ocupar de reduzir a vergonha por se estar deprimido.

E, ao retirar o estigma que ainda poderia haver a respeito da depressão entre os leitores, esse movimento pode facilitar, mesmo que indiretamente, o autodiagnóstico. Esse movimento de desestigmatização da doença é significativo para entendermos, portanto, a nova relação do indivíduo com a sua doença. Na sociedade moderna, os doentes mentais não conseguiam reconhecer e interpretar o seu sofrimento sem ajuda médica; a cura significava exatamente a tomada de consciência de si e a aceitação do desejo causador do conflito. Na sociedade atual, entretanto, com a crença predominante na ausência do conflito e de um espaço desconhecido ao qual não se tem acesso, e a relativa simplificação dos modos de reconhecer-se doente, cabe ao próprio sujeito deprimido a identificação inicial da doença e a decisão por recorrer à ajuda médica.

Vejamos um exemplo de como a desestigmatização da depressão na mídia está associada à redução do sentimento de vergonha e facilita o autodiagnóstico do leitor. Uma notícia conta a história de uma menina deprimida que, em vez de estudar para o colégio, passava dez horas por dia na internet. Segundo a matéria, ela só se curou da depressão quando entendeu que o seu problema era partilhado por outros jovens: “Mas o que impulsionou sua recuperação foi uma palestra na sua escola, o Santa Maria (zona sul), cujo tema era ‘Perigos e Ameaças Online’”. ‘Vi que o meu problema era até comum. Não era só

uma frescura de adolescente’⁴⁴”. Parece que a adolescente não sentia culpa por estar deprimida, pois o fato de a doença ser compartilhada por muitos não contribuiria para erradicar esse sentimento e facilitar a sua cura. Ao noticiar, portanto, que ela conseguiu superar a vergonha e a baixa autoestima de ser uma “doente mental”, o jornal remove os obstáculos ao autodiagnóstico da depressão pelo leitor.

A mídia dá, assim, legitimidade social à depressão, indicando que os deprimidos não precisam sentir vergonha e mostrando que os seus sintomas são naturais em uma sociedade como a nossa. Os discursos mais comuns são os de que a depressão pode acometer até as pessoas mais equilibradas e atinge igualmente todas as classes sociais, inclusive as autoridades e as celebridades. De fato, das 104 notícias (52% do total) em que a depressão é experimentada por uma pessoa específica – ao contrário de se falar genericamente da doença –, 39 (37,5% das que mencionam um sofredor) se referem ao sofrimento de celebridades ou pessoas famosas, como Lady Di, o diretor de cinema dinamarquês Lars Von Trier, o comentarista esportivo da TV Globo Walter Casagrande, os jogadores de futebol Maradona e Adriano, a cantora Marina Lima.

Outro modo de retirar o estigma da depressão e facilitar o autodiagnóstico é estabelecer a exterioridade das causas em relação à identidade do deprimido: o que deprime acontece a um indivíduo, de tal modo que o que ele é ou pensa ser não é causalmente conectado com o seu sofrimento. A depressão poderia acontecer a qualquer um; ao mesmo tempo, se alguém se deprime, a busca da causa será respondida por acontecimentos externos ou pela biologia.

Das 200 notícias coletadas, 116 (58%) apresentam uma causa principal para a depressão relatada. O gráfico abaixo mostra a distribuição dessas notícias segundo o tipo de causa informada. Como se pode perceber rapidamente, os quatro tipos de causa externa e a química totalizam mais de 80% do gráfico, enquanto a causa psicológica ocupa menos de 1% (o equivalente a somente uma matéria), o que reitera a falta de conexão e de responsabilidade entre a subjetividade do deprimido e o seu sofrimento. A notícia que foi classificada como propondo uma causa psicológica para a depressão é uma coluna de Danuza Leão, na qual ela fala, sem recorrer a depoimentos de médicos ou de psicólogos, da depressão sentida em uma viagem a Paris, causada pela sensação de estranheza e de não-pertencimento à cidade⁴⁵.

⁴⁴ TAKAHASHI, F. Escolas particulares de SP ensinam ética no uso da internet; 26 mar. 2007.

⁴⁵ LEÃO, D. Nada é em vão; 15 jul. 2007.

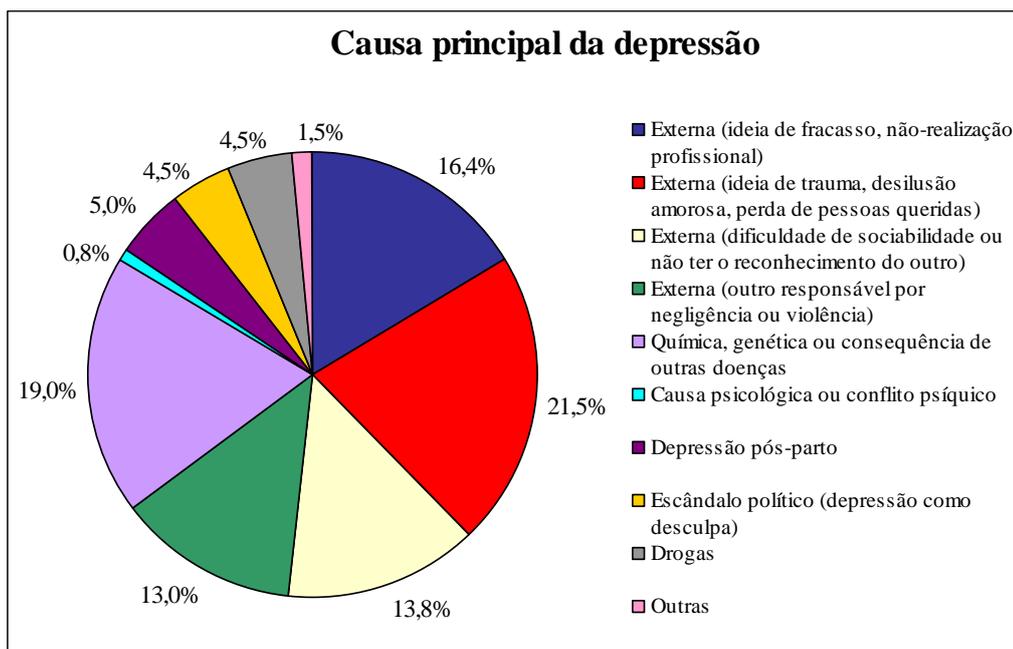


Gráfico 1: Causa principal da depressão nas notícias que contêm essa informação

A causa mais citada pelas notícias (21,5%) é a externa na forma de perdas “traumáticas”, sobretudo a morte de uma pessoa da família ou do cônjuge, ou o fim de um relacionamento amoroso. Esses acontecimentos já seriam tão reconhecidamente prejudiciais à saúde mental de uma pessoa que aparentar bem-estar após enfrentar um deles é indício de algum tipo de “anormalidade”. Uma notícia chega a levantar a hipótese de um casal cujos filhos desapareceram ser o culpado pelo crime devido ao fato de não ter se deprimido:

E parecem culpados porque não choram como deveriam. Não gritam como deveriam. Não se comportam histericamente como deveriam. Pelo contrário: com a fleuma britânica que é típica da espécie, dão entrevistas aos jornais. Fazem campanhas na internet. Procuram a filha pelos quatro cantos do mundo. Agem racionalmente, mantendo a graciosidade possível. A pergunta é inevitável: que pais são esses que, perante o desaparecimento da filha, não afundam na depressão e na miséria?⁴⁶

As porcentagens significativas das causas fracasso ou não-realização profissional (16,4%) e dificuldade de sociabilidade ou não ter o reconhecimento do outro (13,8%) parecem corroborar a ideia já defendida nesta dissertação de que a depressão é consequência dos sentimentos de insegurança e de fracasso experimentados pelo indivíduo na cultura contemporânea, desamparado de referências e pressionado por novas exigências, sobretudo de autonomia e de performance. A segunda categoria também ratifica a ideia de que não ser reconhecido pelo outro ou ser vítima de preconceito pode ser muito prejudicial à saúde mental do sujeito hoje, sobretudo à sua autoestima.

⁴⁶ COUTINHO, J. P. Chora, coração; 7 nov. 2007.

Dentre as reportagens que propõem o fracasso ou a não-realização profissional como causa, há três mais elucidativas. A primeira é sobre a nadadora e professora de educação física Eliane Pereira, cuja causa da depressão é ter ficado cega e impossibilitada de continuar trabalhando⁴⁷. A segunda é sobre um jovem que corria Fórmula 1 pela McLaren, mas foi dispensado e entrou em depressão, ainda mais porque um colega é ainda piloto da escuderia:

Desde o início do ano, ou melhor, desde a abertura da temporada, o que era uma decepção profunda recebeu diagnóstico de depressão. Desempregado, há sete anos sem correr, Graves começou a se abater com o sucesso do ex-colega (...) ‘Acho horrível ficar sentado aqui, falando para você sobre o que eu poderia ter sido, sobre o que eu deveria ter sido e não fui. É horrível. Odeio isso. Fico ouvindo histórias sobre o quanto Lewis ganha de dinheiro... Isso fica na minha cabeça. E eu odeio isso tudo. Tiraram tudo isso de mim’, declarou⁴⁸.

A terceira traz dois modos de a depressão acometer um atleta iniciante: ou por frustração em não atingir as metas difíceis ou por desinteresse diante de metas fáceis demais. A recomendação, portanto, é a de que o corredor não estabeleça metas nem muito difíceis de serem cumpridas nem demasiadamente fáceis:

É preciso saber lidar com expectativas exageradas. Nas primeiras provas, não se preocupe com a performance e com o tempo. Quem busca isso acaba se frustrando e perdendo a satisfação em correr. Crie um plano de etapas nas quais as exigências de desempenho aumentam progressivamente. (...) Se os resultados são atingidos muito rapidamente, ocorre a chamada depressão pós-objetivo: perde-se o interesse nos treinos e a tendência é a pessoa parar ou retroceder⁴⁹.

Já na categoria de dificuldade de sociabilidade, são tema de matérias pessoas com dificuldade de fazer amizades, iniciar relacionamentos ou de serem aceitas e reconhecidas pelos colegas, usualmente na escola ou na universidade, por razões variadas, como timidez, insegurança, excesso de peso, diferença de classe social e mesmo inteligência acima da média. Esse último exemplo é o de um aluno “superdotado” da PUC, que havia feito criações importantes, como a de um método de leitura em Braille pela internet, adotado inclusive pela UNESCO, mas que não estava feliz devido às suas dificuldades de relacionamento com os outros alunos da universidade: “Nem com todas as conquistas se sentia acolhido em sala de aula. ‘As pessoas acham que os superdotados vão se dar bem na vida, mas a maioria se deprime com a incompreensão’⁵⁰”.

Outra matéria desse mesmo grupo relata o crescimento do movimento de abstinência sexual nos Estados Unidos, levado à frente por grupos de cristãos conservadores. O

⁴⁷ RANGEL, S. Veterana de dois Pans, nadadora, agora cega, cura depressão na água; 12 set. 2007.

⁴⁸ SEIXAS, F.; CUNHA, T. Hamilton foi escolhido, ele não; 21 out. 2007.

⁴⁹ DINIZ, T.; LAGE, A.; MANTOVANI, F. 42 passos para correr até 42 km; 19 abr. 2007.

⁵⁰ DIMENSTEIN, G. Droga de elite; 21 out. 2007.

movimento promove “bailes da pureza”, cerimônias nas quais jovens juram que se manterão virgens até o casamento. A razão para a organização desses eventos seria, segundo um dos envolvidos, aliviar a pressão social que as jovens sentem para iniciar a vida sexual: “Percebemos que as garotas atualmente se sentem pressionadas demais em relação à atividade sexual, o que leva à depressão e também está na raiz de tentativas de suicídio”⁵¹.

Também um leitor, na seção de cartas do jornal, se pronuncia em relação à depressão atingir indivíduos que não têm o reconhecimento ou a aprovação do outro:

A depressão, no meu entender, é uma doença essencialmente social, gerada pela pressão social ou não-entrosamento e não-aceitação de um ser humano na sociedade. É uma doença nova, pois há 20 anos não se falava nela. Há casos genéticos ou de predisposição, mas a maioria é devido à má constituição da sociedade, que exclui aqueles que não se adaptam. Não há casos relatados de depressão em tribos indígenas isoladas (sem contato com homens brancos)⁵².

A quarta opção de causa externa para a depressão encontrada nas notícias é a que atribui a um outro, negligente ou violento. Em algumas notícias, esse outro é uma pessoa ou um grupo de pessoas, como um pai que maltratava a filha e não a alimentava direito ou um grupo terrorista que provocou um atentado ao metrô na Espanha. Na maioria delas, porém, o outro toma a forma do Estado ou de uma instituição. Causam depressão: as péssimas condições de trabalho de professores nas escolas, como baixos salários, longas jornadas, salas superlotadas e alunos violentos; os sentimentos de insegurança e medo da violência no Rio; o buraco em uma rua, prova da negligência da prefeitura. Essa última matéria descreve o sofrimento de um casal de 83 anos, cuja rua foi interditada devido a um buraco no asfalto: “Ela afirmou que entrou em depressão quando a rua ficou totalmente fechada, em 2006. Preocupado com o barulho, o casal não sabia dizer se teria que sair de casa na noite de ontem. ‘Vou dormir apreensiva’, disse Ruth⁵³”.

Mais de uma matéria fala do tema da violência do Rio. Uma delas dá voz a uma representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, que compara a experiência de vida de crianças e jovens no Complexo do Alemão à de pessoas que moram em áreas de guerra, o que os tornaria mais vulneráveis a ter TEPT, que por sua vez pode provocar depressão, síndrome do pânico e alcoolismo. Também há nesse grupo de causa externa uma reportagem sobre mulheres que engravidaram indesejadamente devido à ineficácia de um medicamento anticoncepcional: “‘Eu tive começo de depressão, falei até em me matar. Quando você

⁵¹ GODOY, D. Movimento pela abstinência cresce com apoio de Bush; 8 abr. 2007.

⁵² GODOY, C. G. M. Depressão adolescente; 26 fev. 2007.

⁵³ TARGINO, R. Moradores da rua se queixam do barulho e do susto; 9 ago. 2007.

planeja [uma gravidez] é bom, mas quando te pega assim de surpresa, é angustiante’, conta⁵⁴”.

A porcentagem significativa de notícias que atribuem ao outro negligente ou violento a causa da depressão (13%) aponta para uma dimensão acusatória presente nessas narrativas. Essa tendência já podia ser observada em matérias onde a causa era a dificuldade de sociabilidade ou não ser reconhecido pelo outro, como a do aluno da PUC, e mesmo nas que indicavam o fim de relacionamentos amorosos ou o fracasso profissional, como a do ex-piloto, que diz “Tiraram isso tudo de mim”. Encontrar um “culpado” externo que explique por que alguém sofre desvincula ainda mais o sofrimento da identidade do deprimido, contribuindo para a desestigmatização da doença. E os “culpados” podem ser tantos quantos os eventos passíveis de deprimir: a namorada que termina o namoro, o chefe que exige demais do empregado, o grupo de estudantes que pratica *bullying* contra um colega da turma, e até mesmo a prefeitura que falha em realizar uma obra em determinada rua.

Mas nem sempre é preciso haver um “culpado externo” para haver desculpabilização do doente. A categoria de escândalo político, por exemplo, reúne notícias de políticos e juízes que estavam envolvidos em escândalos e foram acometidos por crises depressivas, talvez porque queriam justamente ocupar a posição de vítimas, aquelas cujo sofrimento está desvinculado da identidade e do caráter do sofredor.

Quando não é possível atribuir a causa do sofrimento a um acontecimento externo e o deprimido queixa-se por sofrer “sem motivo”, a explicação neuroquímica muitas vezes entra em cena: a predisposição genética e o desequilíbrio na transmissão de neurotransmissores são então os “culpados”. A causa química ou genética ficou em segundo lugar no ranking percentual de notícias que apontam uma causa para a depressão, totalizando 19% delas. De modo geral, enquanto as causas externas aparecem mais em matérias cujo foco principal não é precisamente a doença, como informação secundária sobre a vida de uma pessoa ou na descrição da história de livros e filmes cujos personagens enfrentam crises depressivas, a química é mais frequente em matérias que explicam explicitamente, inclusive com depoimentos de médicos e vocabulário específico, o que causa a depressão. Eis um exemplo desse perfil de notícia:

Acredita-se que a depressão é sinal de um desequilíbrio químico cerebral nos chamados neurotransmissores, que são as substâncias químicas produzidas pelos neurônios (as células nervosas), por meio das quais elas podem enviar informações a outras células. Dificuldades financeiras, doença na família e a perda de uma

⁵⁴ COISSI, J. Mais uma mulher afirma estar grávida após uso de Contracep; 1º dez. 2007.

pessoa importante também podem desencadear a doença em pessoas com predisposição genética⁵⁵.

Essa matéria divulga a narrativa segundo a qual, para que acontecimentos externos provoquem depressão, é necessário que a pessoa já tenha, a priori, a irregularidade genética que a torne mais vulnerável a se deprimir. A passagem a seguir é de outra notícia que dá destaque à predisposição genética, ainda que mencione a influência de fatores psicológicos e sociais no surgimento da depressão. Nela, uma psiquiatra e pesquisadora da USP é chamada a falar.

A depressão é causada por uma soma de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Em primeiro lugar, há indivíduos que nascem com predisposição genética para a depressão. Mas doenças crônicas, esforço e estresse físicos também podem ser causas, porque prejudicam processos mentais. O fator psicológico é o que aconteceu na vida, algo grave ou a morte de um parente próximo, ou mesmo uma série sucessiva de coisas desagradáveis, mas não tão graves, como o fim do namoro, a morte do cachorro e um assalto. Já o fator social são fatos que acontecem há muito tempo e devem continuar, como morar em uma cidade violenta ou pais que brigam o tempo inteiro. “A soma das três coisas pode levar à doença. Mas a principal é a predisposição, já que muita gente, por exemplo, perde entes queridos e não entra em depressão”, explica a médica⁵⁶.

Também quando a depressão é consequência de outra doença, como Mal de Parkinson, fica clara a indicação da causalidade química:

“Ao contrário do que muita gente pensa, não se trata apenas de uma reação à descoberta de ter Parkinson. São os próprios mecanismos que causam a doença que interferem nessa área. É um processo bioquímico”, disse à Folha o psiquiatra Matthias Lemke, professor da Universidade de Kiel, na Alemanha, que participou do estudo⁵⁷.

Atribuir à depressão contrapartida orgânica, definindo-a como baixa quantidade de serotonina no cérebro, ou esclarecer que muitas vezes a suscetibilidade à doença está inscrita no código genético do indivíduo são dois tipos de explicação para a depressão que também contribuem para a sua desestigmatização, pelo mesmo mecanismo de exteriorização da responsabilidade. Se é a biologia do sujeito que está associada ao advento da doença, esta existe independentemente dele mesmo, cuja única responsabilidade é a de se cuidar. Além disso, ao contrário dos outros “culpados” externos (no exemplo anterior, a namorada, o chefe, o grupo de estudantes e a prefeitura), a biologia tem a vantagem de poder ser corrigida com medicamentos, e não mais provocar sofrimentos.

Na amostra de 40 notícias que propõem alguma forma de tratamento para a depressão (20% do total), 57,5% sugerem o uso de antidepressivos. Os próprios deprimidos ou ex-

⁵⁵ FORTINO, L. Deprimidos procuram alívio nas drogas; 19 fev. 2007.

⁵⁶ FORTINO, L. O mundo em preto-e-branco; 29 fev. 2007.

⁵⁷ MANTOVANI, F. Além dos tremores; 26 abr. 2007.

deprimidos dão seus depoimentos de que os remédios os ajudam ou ajudaram muito. Na matéria *O mundo em preto-e-branco*, já citada anteriormente, um rapaz de 17 anos, deprimido e em tratamento com antidepressivos e psicoterapia desde os dez, diz: “Melhorou muito quando comecei a tomar os remédios. Mas só fui me sentir bem com 15 anos, pois comecei a perceber que não adiantava ficar bravo, que era uma coisa passageira. (...) O remédio ajudou muito, porque ele faz você não se sentir mal”.

Algumas notícias que não recomendam o tratamento com antidepressivos sugerem métodos alternativos, como aromaterapia, medicamentos feitos com ervas, alimentos com “poderes curativos”, como a banana, acreditar em uma religião e a prática de exercícios. Mas mesmo os exercícios são entendidos como curando por meio da ação química em partes específicas do cérebro:

Tanto os exercícios físicos como os medicamentos antidepressivos provocam formação de novas células em uma área cerebral importante para a memória e a aprendizagem (hipocampo). (...) Em resumo, a pesquisa realizada por Astrid Bjornebekk explica como um exercício físico pode ter um efeito antidepressivo na depressão do tipo leve para moderadamente severa, além de mostrar que a atividade física pode potencializar positivamente a ação dos medicamentos antidepressivos⁵⁸.

No que diz respeito ao tipo de ajuda que deve ser buscada, das mesmas 40 notícias que contêm indicação de tratamento, 75% sugerem a consulta a um médico, 25% terapia para tratar os sintomas, como a cognitivo-comportamental, e 7,5% terapia para o paciente tentar entender o seu sofrimento, como a psicanálise. Em primeiro lugar, nota-se que o médico é muito mais indicado pela mídia como quem pode curar o sofrimento do deprimido do que o psicólogo. Em segundo, mesmo entre os psicólogos, a terapia mais indicada é aquela que pretende, em vez de ajudar o paciente a se analisar com mais profundidade, acabar o mais rapidamente possível com os seus sintomas desagradáveis; ainda assim, recomenda-se que ela seja feita concomitantemente ao uso de remédios, descrito como indispensável: “Terapia comportamental sem uma ajuda farmacológica não tem muito futuro⁵⁹”.

Esses dados, aliados às porcentagens encontradas para a causa da depressão, apontam para a participação da mídia na legitimação da moralidade contemporânea. Ao propor como causa principal para a depressão um acontecimento externo ou disfunções neuroquímicas, em detrimento de uma causa psicológica ou do conflito psíquico, e como procedimento ideal para cuidar do sofrimento a consulta médica e o tratamento com antidepressivos, a mídia reforça um modo específico de o indivíduo lidar com o sofrimento: em vez de refletir a partir

⁵⁸ ABRAMCZYK, J. Exercício físico vence a depressão; 1º jul. 2007.

⁵⁹ GARCIA, R. Interesse em doença cresce nos EUA; 13 mar. 2007.

dele, deve eliminá-lo. A mídia reforça, assim, a atitude técnica e instrumental proposta em nossa cultura em relação ao sofrimento.

5.2 Estímulo a pensar sobre si

O segundo movimento da psicologia para as massas é fazer com que o indivíduo se interesse por sua vida íntima, especialmente pelo seu sofrimento psíquico, pense mais sobre si e avalie se seus estados mentais são ou não saudáveis. Esse movimento só é possível porque, por um lado, a percepção do íntimo mudou: de lugar de segredo e mistério, ele passa a ser o espaço que permite ao indivíduo se desvincular de um destino já dado e escolher que vida seguir (EHRENBERG, 2000). E, por outro, a doença mental não está mais associada a loucura ou fraqueza, o que torna muito legítimo o interesse de cada um pelo que se passa no interior de si mesmo.

Não se trata, porém, de estimular os leitores a descobrirem os desejos inconscientes que sustentam o aparecimento de tais estados mentais; o importante aqui é que cada indivíduo reconheça, a partir das notícias, os sinais indicativos da depressão. A mídia aparece, então, como uma espécie de autoridade que esclarece a indivíduos desinformados que eles podem estar doentes sem saber e que é necessário procurar ajuda médica.

O subtítulo da reportagem *O mundo em preto-e-branco* é exemplar: “Mesmo com todo o sofrimento que sentem, muitos jovens não percebem que são vítimas de depressão; saiba quais são os sintomas da doença e veja se é hora de pedir ajuda”. No interior da notícia, há mais um alerta: além de haver a possibilidade de o leitor estar doente sem saber, se ele não buscar ajuda e tratamento, o seu sofrimento pode se agravar bastante e até induzi-lo ao suicídio.

A vida de Mariana, que hoje tem 21 anos, se repete em adolescentes de muitas outras famílias. Mas, diferentemente dela, muitos desses jovens não procuram ajuda psiquiátrica ou psicológica por não saberem que esse comportamento é uma doença chamada depressão. E, se não for tratada, ela pode trazer graves consequências ou até levar ao suicídio.

Uma forma de incitar ao cuidado de si é propor que a depressão pode estar presente em comportamentos que o indivíduo pensava serem insignificantes. O jornal explica, por exemplo, que a preferência por certas atividades no dia-a-dia pode indicar uma tentativa de fugir da realidade e, portanto, de “camuflar” a depressão. É o caso do o hábito de passar muitas horas na frente do computador, navegando na internet: “A internet é um Prozac

virtual. Ela pode ocultar outros males como depressão e dificuldade de se relacionar⁶⁰”. Também pode ser preocupante o uso de drogas, e mesmo do cigarro:

“Fumantes que estão deprimidos podem estar tentando se automedicar”, diz a pesquisadora. “A nicotina – que libera transmissores que melhoram o humor – e a inibição da monoamina oxidase – que reduz a taxa de destruição de neurotransmissores – simula os efeitos de antidepressivos”⁶¹.

São muitos os comportamentos que, de insignificantes, passam a ser sintomáticos. Considerando o universo de 63 notícias que citam algum sintoma ou efeito da depressão (31,5% da amostra total), a maior parte (25,4% delas), como se pode observar no gráfico 2, diz respeito a baixo desempenho ou falta de concentração no trabalho ou na escola, inclusive na realização de atividades que a pessoa já estava acostumada a executar; é esse o caso do cineasta Lars Von Trier, que

não sabe quando filmará novamente porque está deprimido e incapaz de trabalhar. Depois de dar entrada em um hospital no início deste ano, ele perdeu o foco do seu trabalho. “É muito estranho para mim porque sempre tive pelo menos três projetos na cabeça ao mesmo tempo”, completou. “Você não pode fazer um filme e estar deprimido ao mesmo tempo”⁶².

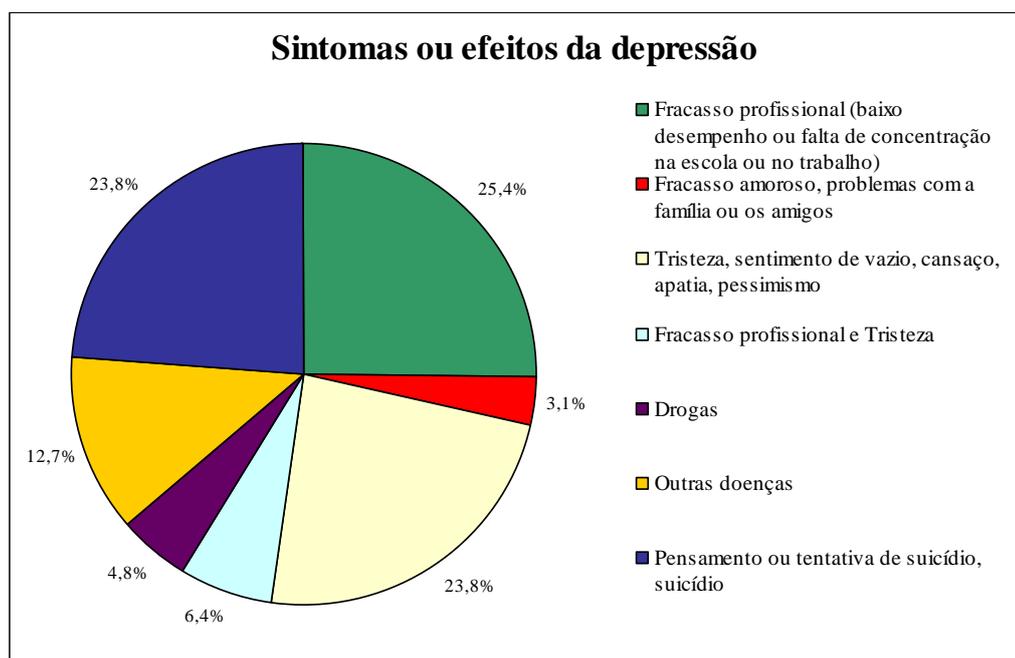


Gráfico 2: Sintomas ou efeitos da depressão nas notícias que contêm essa informação

⁶⁰ LOPES, J. Grudados na rede: vício, preguiça ou imaturidade?; 11 jun. 2007.

⁶¹ GARCIA, R. Nicotina só não explica vício, diz estudo; 18 fev. 2007.

⁶² SHIELDS, R. Virei uma folha em branco, afirma diretor; 24 ago. 2007.

A porcentagem de fracasso profissional é ainda maior se considerarmos os 6,4% de notícias em que esse efeito é citado junto com a tristeza. Já essa categoria, que parece sozinha em 23,8% das matérias, agrupa, além da tristeza constante, sintomas como pouca energia, choro fácil, pensamentos negativos, inclusive relacionados à morte e ao sentimento de inutilidade da vida: “A depressão nos leva para a cama e tira a vontade das coisas mais banais, como tomar banho, passar uma escova no cabelo, comer, ler, quem não sabe?”⁶³.

Ao construir a fronteira entre a tristeza e a doença, e propor que devemos nos preocupar com certos hábitos até então corriqueiros, na medida em que podem já ter rompido a barreira do aceitável e do não-patológico, a mídia contribui para a medicalização do sofrimento: comportamentos que antes eram vistos como expressão da tristeza que todos enfrentam em certas ocasiões – cansaço, dores no corpo, insônia, ansiedade, desilusão com a vida – passam a ser definidos como sintomas de doenças passíveis de tratamento químico. Essa construção da fronteira entre tristeza e doença pode ser percebida em uma matéria que responde à pergunta “Mito ou verdade: chorar constantemente significa estar com depressão?”:

Não necessariamente. Segundo a psicoterapeuta Desiree Monteiro Cordeiro, há também outros sintomas na depressão, como pessimismo ou impaciência. Ela diz que caso os sintomas se manifestem e o choro não seja consequência de um evento isolado, a pessoa deve procurar um médico⁶⁴.

Mostrar os efeitos da depressão funciona ainda para ratificar a necessidade de o indivíduo com suspeitas do distúrbio procurar ajuda médica. As consequências vão desde dificuldades no relacionamento social, afetivo e familiar devido à irritabilidade e sensibilidade aumentadas, apontados em 3,1% das notícias que mencionam sintomas, até outras mais sérias. O advento de outras doenças é indicado em 12,7% dessas notícias, e a tentativa de suicídio ou mesmo o suicídio, em 23,8% delas.

Uma matéria apresenta uma pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), segundo a qual a depressão é fator de risco para a obesidade; de 300 deprimidos, 62% estavam acima do peso⁶⁵. Outra, já citada aqui, cujo título é *Deprimidos procuram alívio nas drogas*, alerta para os riscos de suicídio, ainda maiores se o deprimido beber muito ou usar drogas: “Se o adolescente estiver deprimido, aumenta 2,5 vezes o risco de ele se matar. Mas, se a depressão levá-lo a se tornar dependente de álcool ou de drogas, o risco aumenta 50 vezes”.

⁶³ LEÃO, D. A raiva constrói; 8 jul. 2007.

⁶⁴ Metrô vai distribuir 60 tipos de remédios; 30 set. 2007.

⁶⁵ MANTOVANI, F. Trabalhadores da indústria estão acima do peso; 23 ago. 2007.

Além de esclarecer o leitor sobre os sintomas da doença e recomendar, explícita ou implicitamente, quem deve procurar para ajudá-lo quando ficar doente, também cabe à mídia informá-lo sobre como evitar que a depressão o atinja. Embora informações desse tipo sejam relativamente raras (aparecem em apenas 6% do total da amostra coletada), as recomendações são significativas para se compreender nossa moralidade. O exercício físico é uma das indicações para a boa saúde mental: “Homens que fazem exercícios vigorosos, como corrida, têm menos chance de desenvolver depressão ou distúrbios ligados à ansiedade. A pesquisa acompanhou 1.158 homens por dez anos e mostra que eles têm 25% menos chances de ter os problemas⁶⁶”.

Outras recomendações são possuir alguma crença religiosa e realizar turismo voluntário. Nesse caso, a ajuda ao outro que sofre é interpretada segundo uma inflexão individualista e hedonista, pois é boa para quem ajuda, por evitar que sofra no futuro: “Quem faz o bem para os outros acaba também ajudando a si mesmo (...) quem realiza serviço voluntário costuma ter menor taxa de mortalidade, maior habilidade funcional e menor índice de depressão ao envelhecer⁶⁷”. Essas indicações sobre como prevenir a depressão dadas pela mídia parecem refletir os resultados de pesquisas publicadas em revistas científicas, sobretudo da área da psiquiatria. O artigo intitulado *The psychobiology of depression and resilience to stress*, por exemplo, de Southwick, Vythilingam e Charney (2005), estabelece a mesma associação entre, de um lado, religiosidade e altruísmo, e, de outro, índices reduzidos de depressão.

5.3 Criação da linguagem da vida íntima

O terceiro movimento da psicologia das massas significa o modo como a mídia fornece a seu leitor a linguagem da vida interior, isto é, o vocabulário necessário para que ele aprenda o que é sofrer e a dar sentido ao seu sofrimento. O que está em jogo aqui é a forma como aprendemos o sentido e a referência de termos mentais, como amor, tristeza, dor, etc. Conforme foi argumentado, esse aprendizado não pode ser privado: se cada pessoa associasse um dado nome (tristeza, por exemplo) a instâncias onde experimentasse tal sensação, haveria uma incomunicabilidade entre os indivíduos, pois cada um teria uma referência diferente para o mesmo nome (WITTGENSTEIN, 2001).

⁶⁶ Exercício físico combate depressão e ansiedade; 15 abr. 2007.

⁶⁷ CALLIGARIS, C. Antidepressivos, aspirinas e urubus; 16 ago. 2007.

Dessa forma, a gramática da vida íntima tem que ser ensinada na esfera pública: é nesse ponto, então, que a mídia importa, na medida em que propõe significações comuns que cada leitor compreende e pode se apropriar para expressar o que sente. Nesse sentido, a mídia torna objetivas as experiências subjetivas de cada um de nós: ao fornecer uma série de exemplos a partir dos quais pensamos e denominamos o que experimentamos, ela funciona como uma espécie de “instituição da interioridade”, justamente por colocar no espaço público a linguagem da vida interior. O que está sendo proposto aqui é que se não houvesse instituições de interioridade como a mídia, não haveria também um consenso social sobre interioridade.

Cem notícias (metade do total) discorrem sobre a depressão sem recorrer ao depoimento de nenhuma pessoa, o que comprova a relativa facilidade com que os próprios jornalistas descrevem a doença e explicam aos leitores, por meio das mais diversas figuras de linguagem, como é o sofrimento experimentado por um deprimido. Além disso, ao abrir espaço para que os leitores deprimidos ou já curados da depressão descrevam seu sofrimento, ela reitera o movimento por meio do qual o outro que sofre ensina aos que ainda não sofrem, ou não o sabem, o que é sofrer.

No conjunto das outras cem matérias nas quais, além do próprio jornal, outra fonte opina sobre o tema da depressão, 37% contêm testemunhos dos próprios deprimidos (34% onde eles falam sozinhos e 3% nas quais, além deles, também o médico dá a sua recomendação), que utilizam a linguagem do íntimo. Eis alguns deles: “Me sinto como uma folha em branco⁶⁸”; “Depressão é um negócio que, quando dá forte mesmo, faz a pessoa ficar sem pensar, desiludida com a vida. Tinha vontade de não ver ninguém, viver sozinho em um outro mundo. E isso dava mais tristeza ainda. Era surreal⁶⁹”; “Só chorava. De repente ficou tudo cinza⁷⁰”.

“Não fazia nada, não tinha interesse, não tinha emoções. A sensação que eu tinha quando eu me levantava era a de que o dia tinha que passar rápido para eu dormir de novo. Só me sentia bem em casa, no meu quarto, dormindo. Achava que todo mundo era mais feliz do que eu, eu tinha uma sensação de interminável, de que eu nunca ia sair disso, de que ia viver para o resto da vida nesse marasmo interno”⁷¹.

A distribuição de fontes está organizada no gráfico 3. Se por um lado o jornal e os próprios deprimidos ensinam ao leitor o que é sofrer, por outro, o médico – que fala em 30%

⁶⁸ Idem da nota 55.

⁶⁹ Idem da nota 48.

⁷⁰ COLLUCCI, C. Droga antiobesidade pode elevar em 40% risco de depressão; 22 nov. 2007.

⁷¹ Não fazia nada, não tinha interesse, não tinha emoções; 19 fev. 2007.

dessas notícias que recorrem a entrevistados, sendo que em 19% delas é a única autoridade que tem voz – aparece para descrever o sofrimento do deprimido e para reafirmar a eficiência dos remédios em erradicá-lo. Pesquisadores e especialistas da área médica também são chamados a falar em 19% das matérias. Já um psicólogo ou um psicanalista têm voz em apenas 14% das notícias, o que demonstra que a mídia prioriza o médico, normalmente o psiquiatra, como o detentor de saber sobre a depressão e sobre a melhor forma de tratá-la.

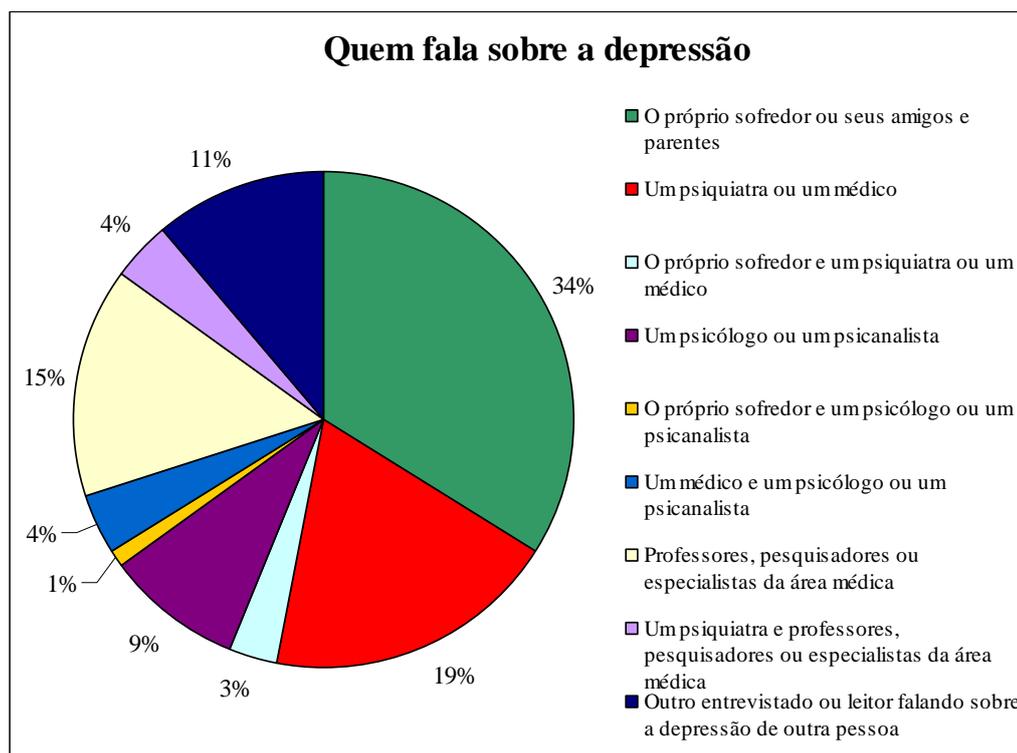


Gráfico 3: Quem fala sobre depressão nas notícias em que há fontes

Pelos exemplos, é possível entender melhor a psicologia para as massas e a sua relevância para o argumento da construção de vulnerabilidade. Em primeiro lugar, a mídia desestigmatiza a depressão e a desvincula da identidade do deprimido, ao mostrar, por exemplo, que as suas causas mais comuns são acontecimentos externos, desequilíbrio neuroquímico ou predisposição genética. São removidos, assim, os obstáculos que ainda poderia haver ao autodiagnóstico, como a vergonha e a diminuição da autoestima.

Em segundo, ela divulga os sintomas da doença, diferenciando-os dos sinais de uma tristeza não-patológica, e expõe os riscos de uma depressão não-diagnosticada. Dessa maneira, estimula o leitor a pensar mais sobre a sua vida íntima e a julgar os seus comportamentos e emoções, preocupado com a possibilidade de estar doente.

Por fim, a mídia cria a linguagem da vida íntima, abrindo espaço principalmente para os próprios deprimidos e os médicos descreverem o que é sofrer. Expressões como “folha em branco”, “tudo cinza” e “marasmo interno” compõem a linguagem da vida íntima dos deprimidos. Pelas descrições de sintomas e pelos depoimentos qualificando os estados mentais, o leitor torna-se capaz de discernir quais sentimentos e sensações (o vazio, a ausência de sentido da vida, o desinteresse pelo trabalho e pelas relações afetivas, o sofrimento que parece nunca acabar, etc.) singularizam a depressão e se há excesso em seu sofrimento.

Pode-se apreender, assim, a participação da mídia na produção de uma subjetividade vulnerável e no aumento do número de deprimidos. A crítica aqui é a de que muitas pessoas não se preocupariam em estar deprimidas se não houvesse uma narrativa dizendo que a depressão é uma doença comum e pode atingir qualquer um, enumerando os seus sintomas e divulgando uma linguagem que ensina como nomear os sentimentos e as sensações que compõem a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos impulsos para a escrita desta dissertação foi o incômodo com o crescimento progressivo das taxas de prevalência e de incidência da depressão e com a preferência dos indivíduos, também crescente, por intervenções medicamentosas ou terapias comportamentais para cuidar da sua “depressão”, em detrimento de terapias, como a psicanálise, que abrem espaço para que se pensem e entendam porque sofrem de sintomas específicos. Também incomodava o fato de a mídia, em notícias sobre depressão, reduzir o limite entre o sofrimento normal e o patológico, e legitimar uma atitude técnica para lidar com ele.

O meu estudo se debruçou, então, sobre as mudanças morais ocorridas recentemente que teriam possibilitado o aumento do número de deprimidos e a legitimação de uma atitude instrumental diante do sofrimento. A partir da leitura de autores que analisam a nova normatividade contemporânea ou a depressão enquanto uma nova modalidade de sofrimento, desenvolvi o argumento, conforme exposto nos capítulos anteriores, de que essas mudanças na moralidade contribuíram para o crescimento da depressão por meio de dois nexos, um direto e outro indireto. Tentarei agora retomar esses dois lados do argumento, de modo a torná-los mais claros e articulados entre si.

A contribuição direta diz respeito aos efeitos que as mudanças exerceram na subjetividade do indivíduo contemporâneo e está associada à produção de vulnerabilidade a partir do surgimento do “objeto” no mundo. A passagem da modernidade à pós-modernidade implicou em três conjuntos principais de mudanças, certamente relacionados entre si. O primeiro reúne os ganhos obtidos com essa transição, o segundo, as perdas e o terceiro, as novas exigências.

Com o declínio das sociedades disciplinares e o crescimento do individualismo, a separação normal-anormal, que incitava cada sujeito a reprimir o que em si remetesse ao pólo da anormalidade, é substituída por um pluralismo de “normalidades”. O respeito à diferença se configura como novo valor moral e a exigência de autenticidade se generaliza. Com isso, portanto, os indivíduos ganharam liberdade para ser, agir, escolher e desejar.

O ganho em liberdade, no entanto, significou perda em segurança e em estabilidade. Se já não há uma norma unitária que ordene desejos e comportamentos, cada indivíduo deve construir a sua identidade e o seu projeto de vida a partir de referências próprias, o que gera insegurança sobre como fazê-lo e, em seguida, sobre a pertinência e a qualidade do que foi

feito. O sujeito contemporâneo ganha autonomia em relação a modelos e regras de conduta externos, mas se torna dependente da aprovação do outro. E é por isso, inclusive, que o preconceito e o não-reconhecimento da diferença se tornam problemas cruciais na atualidade.

Fica claro, então, que o indivíduo na atualidade está mais vulnerável e pode, por isso, adoecer com mais facilidade, inclusive de depressão. Como defende Birman, o desamparo pode ser psiquicamente tão desestruturante que o sujeito fragilizado muitas vezes opta por se submeter ao outro, em troca de proteção. Isso pode levar à despossessão de si e ao sentimento de vazio, sintomas da depressão contemporânea.

As novas exigências também contribuem para a produção de vulnerabilidade e favorecem o adoecimento psíquico do sujeito. Autonomia, autenticidade, performance: é por meio dessas três palavras de ordem principais que a cultura contemporânea pressiona os indivíduos. Ser autônomo significa ser o soberano de si mesmo, o único responsável pela tomada das decisões na vida. A exigência de autenticidade complementa a de autonomia, na medida em que, ao escolher livremente a vida que quer viver, o indivíduo deve ser original, semelhante a si mesmo. Deve assumir e exprimir os seus desejos, sem se preocupar em seguir guias normativos da cultura.

Também a pressão por performance está associada às outras duas: ela pressupõe a exteriorização da subjetividade e a exaltação do eu. É preciso que, além de decidir qual estilo de vida levar segundo os seus próprios desejos, o indivíduo aposte em suas qualidades e se exhiba no espaço público. E será somente se atender às três novas exigências contemporâneas que o indivíduo poderá se conceber como feliz e autorrealizado. Suas autoestima, qualidade de vida e, inclusive, saúde mental, dependem do cumprimento desses novos desafios.

A dificuldade em atender a essas novas demandas sociais se deve ao fato de elas próprias terem definições difíceis de serem universalizadas e alcançadas. Sempre seria possível se libertar um pouco mais em relação a figuras de referência na vida, como a família, os amigos e o cônjuge, se dedicar mais ao cultivo da autenticidade, especialmente na forma de mais consumo, e ter uma performance – profissional, social ou sexual – melhor.

Na modernidade, havia referências estáveis e duráveis sobre o máximo de felicidade e autorrealização que se poderia alcançar na vida. Quando o indivíduo conseguia um bom emprego e construía uma família, podia se sentir realizado e também seguro, devido à estabilidade que as duas conquistas lhe garantiam. Atualmente, no entanto, tendo perdido essas referências modernas e sob as novas exigências de autonomia, autenticidade e performance, o indivíduo se sente em constantes trabalho de construção de si e busca de uma

autorrealização minimamente durável. O resultado é a emergência tanto do sentimento de vulnerabilidade como da sensação de estar sempre fracassando, agindo aquém do esperado.

A depressão é justamente o modo de sofrer do sujeito que, seja por ser marcado por uma interiorização excessiva, seja porque não consegue se encaixar de alguma forma à nova moralidade, se sente fracassando frente às novas exigências. A nova economia psíquica que aí se configura é marcada pela diminuição da autoestima, pelos sentimentos de vazio, vergonha e insegurança, pelo desejo de reconhecimento do outro. O sofrimento aumenta ainda mais quando ele não consegue esconder suas falhas do olhar desse outro, em relação a quem se sente inseguro e dependente.

Tanto a vulnerabilidade do sujeito contemporâneo como a depressão foram, nesse sentido, produzidas como “objetos” no mundo. São o resultado da influência da nova moralidade sobre a economia psíquica dos indivíduos. Este é, então, o primeiro modo de entender a articulação entre as mudanças morais e o crescimento do número de deprimidos na atualidade, a partir de um nexos direto: a nova normatividade pressiona os indivíduos a serem autônomos, autênticos e performáticos, como condição para se alcançar a felicidade e o bem-estar plenos. Sem modelos para seguir e não conseguindo se inserir nessa cultura, cada vez mais indivíduos se fragilizam e se deprimem.

Também faz parte dessa articulação de ideias pensar que o conflito psíquico não é uma possibilidade de causa da depressão, tal como ela se manifesta sintomaticamente na contemporaneidade. Não é de culpa ou de angústia que o deprimido sofre, como acontece com o neurótico, dividido internamente entre os seus desejos e as interdições sociais a ele. Ele se sente insuficiente, incapaz, envergonhado por não conseguir alcançar o seu eu ideal.

A segunda forma de interpretar o aumento da depressão consiste em partir das mesmas mudanças morais e entender de que modo elas também provocaram transformações nas relações entre normal e patológico, e, então, indiretamente contribuíram para que mais indivíduos se reconhecessem como estando deprimidos. Estão em jogo aqui a afetação que essas mudanças exercem sobre a produção de saber sobre os indivíduos pela ciência (a psiquiatria no caso) e a afetação que as categorias produzidas por ela exercem sobre os sujeitos. Trata-se, dessa vez, então, de estabelecer um nexos indireto entre nova normatividade e crescimento do número de deprimidos, nexos que passa necessariamente pela ideia de produção da vulnerabilidade e da depressão a partir do surgimento dos “objetos” mentais ou conceitos.

A primeira reformulação no que diz respeito às relações entre normal e patológico ocorreu na prática e no discurso da psiquiatria, a partir da sua reforma, no final da década de

70. Com a crise das sociedades disciplinares e das suas técnicas de normalização de desvios, o diagnóstico psiquiátrico deixa de ser um estigma a ser evitado e passa a atestar uma condição normal, começando, inclusive, a ser desejado e reivindicado por muitos pacientes. O crescimento da autonomia individual, a generalização da exigência de autenticidade e a aceitação nova do princípio do não-dano e da tolerância à diferença favorecem que a diversidade entre os indivíduos seja vista como algo positivo, a ser desenvolvido, e que se desfça o nexo entre doença mental e perigo; o doente mental se configura como apenas um sofredor.

A mudança nos valores morais favoreceu, portanto, que a função psiquiátrica se afastasse da medicalização de desvios e se aproximasse da autenticação científica do sofrimento e da luta contra o preconceito. Favoreceu, inclusive, modificações nos seus próprios conceitos. Os critérios diagnósticos do DSM-III substituíram a interpretação psicodinâmica do sofrimento por uma baseada em sintomas e marcadores biológicos, desvinculando a doença mental do conflito psíquico e, conseqüentemente, da identidade e da subjetividade do doente. Essa tendência se manteve nos manuais seguintes e se mantém até hoje, corroborada pela progressiva aceitação da interpretação neuroquímica para as doenças mentais e pelo afrouxamento dos seus critérios diagnósticos, que permitem enquadrar em categorias patológicas um número cada vez maior de sofredores.

Mudanças ocorridas no conceito de depressão, que seguem as próprias transformações pelas quais passou a psiquiatria, são bastante elucidativas de como a nova moralidade influencia as relações entre normal e patológico. Os novos imperativos contemporâneos, que não só liberam o sujeito como o incitam à busca de prazer, autenticidade e felicidade, também parecem ter colaborado para a quase indissociação entre sofrimento e doença passível de receber intervenção médica.

A primeira modificação no conceito de depressão, na década de 70, foi o fim do tipo de depressão neurótica, aquela em cuja origem estaria o conflito psíquico. Em seguida, aproximadamente dez anos depois, também a distinção entre a depressão endógena e a exógena foi desfeita, e todo episódio depressivo parece ter reunido as características dos dois tipos anteriores: por um lado, pode ser provocado por uma lista cada vez maior de eventos e, por outro, tem inscrição no cérebro, o que funciona como garantia da eficácia do tratamento químico.

Sem remeter ao conflito e à subjetividade do indivíduo e podendo ser causada por uma série de acontecimentos praticamente inevitáveis da vida, como a morte de uma pessoa querida ou o fim de um relacionamento amoroso, a categoria atual de depressão favorece que

cada vez mais indivíduos, ao pensarem sobre si, se sintam vulneráveis e se identifiquem como deprimidos em potencial. É nesse sentido que as mudanças morais conduziram indiretamente ao aumento do número de deprimidos. Ao afetarem as relações entre normal e patológico e possibilitarem o surgimento de novas classificações dos afetos e dos comportamentos, produziram vulnerabilidade a se deprimir, ou seja, favoreceram que mais pessoas se sentissem frágeis e propensas a adoecer de depressão.

Estamos falando agora da vulnerabilidade e da depressão enquanto conceito ou “objeto” mental. Essa nova classificação de depressão favorece a medicalização de uma série de emoções, como tristeza, ansiedade e irritabilidade, e mesmo características que dizem respeito ao funcionamento psíquico de alguns indivíduos, como hipersensibilidade, lentificação em executar tarefas, timidez e dificuldades de sociabilidade e de concentração. A vulnerabilidade e a depressão nesse caso são construídas como conceitos, porque se parte da ideia de que, se essas informações sobre a doença não estivessem disponíveis aos indivíduos para que avaliassem os seus estados mentais, eles não se sentiriam vulneráveis e não se pensariam deprimidos ou na iminência de se deprimir.

A segunda reformulação nas relações entre normal e patológico, que também contribui para a construção da vulnerabilidade e da propensão a se deprimir, é o novo nexos que se estabelece na contemporaneidade entre sofrimento e doença mental. A nova normatividade, por um lado mais permissiva e tolerante em relação às práticas de cada indivíduo e por outro mais exigente ao incitar a busca por autenticidade, prazer e bem-estar, possibilitou a virada hierárquica do sofrimento psíquico sobre a doença mental. Vale lembrar a frase de Ehrenberg, segundo a qual enquanto antes o sofrimento era só um elemento da psicose e não tinha importância decisiva para o diagnóstico, hoje a psicose é que é um elemento do sofrimento psíquico.

Com a passagem da modernidade à contemporaneidade, portanto, o objeto de intervenção psiquiátrica deixou de ser o desvio comportamental e passou a ser o sofrimento psíquico, que agora inclusive engloba a doença mental. Acompanhando essa virada hierárquica do sofrimento sobre a doença, o conceito de saúde mental também se modificou e “positivou”: mais do que ausência de sintomas, atualmente significa um estado de completo bem-estar psíquico, mental e social. Também o nível máximo de sociabilidade de um indivíduo, que é outro critério para diagnóstico de doença mental na atualidade, requer não ser perturbado nunca por problemas encontrados. A consequência é que o novo ideal de saúde mental pressupõe uma “mais que normalidade”, sendo praticamente impossível de ser alcançado.

Assim como argumentei a respeito das novas exigências de autonomia, autenticidade e performance, que não contam mais com modelos e referenciais estáveis de como cumpri-las, o ideal de saúde mental também não pode atualmente se apoiar na ausência de sintomas, como ocorria na modernidade. Nesse sentido, tanto as exigências como o ideal estão ancorados no inalcançável. A contrapartida disso é que sempre haverá um sofrimento a ser cuidado, uma dificuldade a ser vencida, uma emoção a ser otimizada, impedindo o sujeito de atingir imediatamente o ideal e obrigando-o a prosseguir na busca. E essa tarefa de cuidar da saúde passa a ser cada vez mais sua, com a gradativa transferência dessa responsabilidade do médico para o paciente, e a incluir também a manipulação das emoções, devido à tendência de diluição das barreiras entre cura e aperfeiçoamento.

O argumento prossegue a partir de duas ideias. A primeira é a de que o indivíduo contemporâneo vive em uma cultura na qual é impossível saber se a sua experiência subjetiva é boa o suficiente e se corresponde à das outras pessoas, o que lhe provoca a dúvida constante sobre a possibilidade de não estar psicicamente tão bem quanto pensava ou, inversamente, a de já estar doente sem saber. A segunda é a de que ele é socializado a interpretar, expressar e lidar com os sofrimentos, problemas e obstáculos que os impede de atingir o nível máximo de bem-estar e também de sociabilidade, por meio de uma linguagem terapêutica, que fornece os termos para nomear a sua vida íntima. Essa linguagem, por sua vez, como alerta Wittgenstein, precisa ser ensinada no espaço público, e a mídia foi escolhida aqui como um lugar importante onde o aprendizado do vocabulário da interioridade acontece.

Por meio de uma psicologia para as massas, a mídia participa de três movimentos. O primeiro é a desestigmatização da doença, que ocorre pela desvinculação do sofrimento da identidade do deprimido e contribui para remover os obstáculos ao autodiagnóstico da depressão. Um modo de desestigmatizar a depressão é divulgar que as suas causas mais comuns são eventos externos, desequilíbrio neuroquímico ou predisposição genética. O segundo movimento é o estímulo a pensar sobre si, que incita o indivíduo a estabelecer uma distância terapêutica em relação a si e a verificar se está doente. Ele acontece quando a mídia lista os sintomas da depressão e alerta os leitores para os riscos de uma depressão não diagnosticada ou mal tratada.

O terceiro é a criação de uma linguagem da vida íntima, que ensina o que é sofrer de depressão, com a abertura de espaço, inclusive, para os próprios deprimidos darem depoimentos sobre o seu sofrimento. Essa linguagem divulgada pela mídia tem a característica de encorajar os leitores a reconhecerem patologia em emoções e

comportamentos até então experimentados como naturais, reforçando a indissociação entre sofrimento e doença mental própria de nossa cultura.

Quando a psiquiatria e a mídia propõem que o sofrimento tem cada vez menos relação com a subjetividade e a identidade dos indivíduos – seja porque seu sofrimento não remete mais a conflito ou desejo, seja devido ao nexo tecnológico recente entre sofrimento e funcionamento neuroquímico –, divulga-se a ideia de que ele não traz revelação ou convite algum ao sofredor. É apenas negativo e deve ser eliminado o mais rapidamente possível. Legitima-se, assim, o tratamento medicamentoso como a melhor atitude para lidar com o sofrimento experimentado e cuidar da doença recém-descoberta.

Desse modo, a cultura, e a mídia em seu interior, produzem uma nova subjetividade contemporânea, cuja característica principal é a de ser vulnerável. Primeiramente, instauram no indivíduo a insegurança em relação à quão boa é a sua experiência subjetiva. As definições ideais de saúde mental e de sociabilidade parecem distantes e inatingíveis. Em seguida, o encorajam, a partir da divulgação de novas classificações dos modos de ser, sentir e se comportar, e de uma linguagem que descreve a vida íntima, a reconhecer doença onde ele até então não sabia ser possível encontrá-la e a tratá-la mediante uma atitude puramente técnica. A vulnerabilidade assim construída favorece que ele se pense cada vez mais distante do grupo de pessoas saudáveis e se identifique com a narrativa, genérica e independente de detalhes subjetivos, da depressão. Este é, portanto, o nexos indireto que se pode estabelecer entre as mudanças nos valores morais e o crescimento do número de deprimidos, e também do uso de antidepressivos, na atualidade.

A depressão é, portanto, uma nova modalidade de sofrimento da contemporaneidade. Dizer isso implica defender que essa forma de sofrer, essa formação específica de sintomas, provavelmente não poderia existir em culturas diferentes da nossa, na qual o indivíduo já está vulnerável devido à perda de modelos e referências modernas e se sente constantemente pressionado pelas novas exigências morais. E essa vulnerabilidade é reforçada e incrementada por ter uma parcela construída. É claro que a união das ideias de vulnerabilidade como “objeto” no mundo e como “objeto mental” não propõe uma ordenação cronológica entre elas, segundo a qual o indivíduo já seria a priori vulnerável e, em seguida, haveria a construção da vulnerabilidade enquanto conceito, que o fragilizaria ainda mais. Não parece mesmo possível separar em um indivíduo o que é efeito da perda em relação à sociedade moderna e o que resulta da afetação da oferta de novos modos de classificar a subjetividade na contemporaneidade.

A vulnerabilidade como “objeto” no mundo é o resultado dos efeitos que as mudanças morais provocaram diretamente sobre a economia psíquica dos indivíduos. Já a como “objeto” mental ou conceito emerge como produção indireta dessas mudanças, a partir das modificações na compreensão das relações entre normal e patológico. Ambas colaboram para o aumento da probabilidade de os indivíduos se deprimirem. O meu objetivo aqui foi, então, aproveitar as duas narrativas, que propõem nexos diferentes entre mudanças morais e aumento das taxas da depressão, um direto e outro indireto, para chegar a uma compreensão mais completa dessa nova subjetividade contemporânea.

Esta dissertação abre caminho para novas investigações, sobre a depressão e também sobre outras formas contemporâneas de sofrimento psíquico, como as agrupadas sob as nomenclaturas de patologias narcísicas e de estados-limites. A análise da doença mental realizada aqui privilegiou as suas definições psiquiátricas, porque se pretendia analisar de que maneira essas classificações, ao serem colocadas à disposição dos indivíduos principalmente pela mídia, influenciam como eles se pensam e são pensados, e como imaginam modos de lidar com o sofrimento que experimentam.

Uma possibilidade de pesquisa futura seria aprofundar o estudo dessas novas modalidades de sofrimento a partir também da psicanálise. De modo geral, elas apontam para uma nova configuração psíquica, frágil e vulnerável, cujas peculiaridades parecem não se adequar precisamente nem ao modelo da neurose, caracterizado pela presença do conflito e do sentimento de culpa, nem aos da psicose ou da perversão. São marcadas por sentimentos de vazio, insegurança e impotência, precariedade na simbolização de conflitos, dificuldade de suportar frustrações, necessidade permanente de reconhecimento do outro. Assim, além de pensar como a nova normatividade determina a configuração de uma nova economia psíquica e de novos sintomas, seria interessante se debruçar sobre eles e entender os impasses e os desafios que trazem para a teoria e a clínica psicanalíticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**. Arlington: APA, 2000.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BEZERRA JR., B. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, 2000, p. 158-177.

_____. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: Maria Isabel Mendes de Almeida; Santuza Cambraia Neves (Org.). **Por que não? Rupturas e continuidades da contracultura**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007, p. 129-154.

_____. Retraimento da autonomia e patologia da ação: a distímia como sintoma social. In: Inácio Neutzling; Maria Clara Bingemer; Eliana Yunes (Org.). **O futuro da autonomia: uma sociedade de indivíduos?** Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2009, p. 35-51.

_____. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: João Freire Filho (Org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010, p. 117-134.

_____. ; ORTEGA, F. Novas fronteiras da subjetivação. **Viver Mente e Cérebro Especial**, São Paulo, v. 16, 2008, p. 72-75.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade – A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. Muitas felicidades?! O imperativo de ser feliz na contemporaneidade. In: João Freire Filho (Org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010, p. 27-47.

BRESLAU, N.; KESSLER; R. The Stressor Criterion in DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Investigation. **Biological Psychiatry**, v. 50, 2001, p. 699-704.

CANGUILHEM, G. Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico. In: CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, p. 193-256.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society – On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DAVIDSON, A. Closing up Corpses. In: DAVIDSON, A. **The emergency of sexuality: historical epistemology and the formation of concepts**. Cambridge (Ma): Harvard University Press, 2001.

DEL-PRETTE, Z. A. P.; DEL-PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESO**, v. 1, n. 6, 2007, p. 60-79.

DUMIT, J. Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illness. **Social Science & Medicine**, n. 62, 2006, p. 577-590.

EHRENBERG, A. **La Fatigue d'être soi: Dépression et société**. Paris: Odile Jacob poche, 2000.

_____. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. **Esprit**, Paris, 2004a, p. 133-156.

_____. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. **Ágora**, v. 7, n. 1, 2004b, p. 143-153.

_____. Le sujet cérébral. **Esprit**, Paris, n. 309, 2004c, p. 130-155.

_____. Le cerveau social – Chimère épistémologique et vérité sociologique. **Esprit**, Paris, 2008, p. 79-103.

_____. D'Edipe à Narcisse: la crise de la *self-reliance*. In: EHRENBERG, A. **La société du malaise**. Paris: Odile Jacob, 2010a, p. 101-142.

_____. Le tournant personnel de l'individualisme: malaise dans la civilisation ou changement de l'esprit des institutions? In: EHRENBERG, A. **La société du malaise**. Paris: Odile Jacob, 2010b, p. 11-26.

ELLIOT, C. **Better than well: American medicine meets the American dream**. Nova York: W. W. Norton & Company, 2003.

FOUCAULT, M. The Subject and Power. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics**. Chicago: University Of Chicago Press, 1983, p. 208-226.

_____. **História da Sexualidade 1 – A vontade de saber**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Vigiar e Punir**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. Os assassinos que se conta. In: **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 201-222.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **História da Sexualidade 2 – O uso dos prazeres**. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a.

_____. **Microfísica do poder**. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 65-148.

FUREDÌ, F. **Therapy Culture – Cultivating vulnerability in an uncertain age**. London: Routledge, 2004.

HACKING, I. The looping effects of human kinds. In: Dan Sperber; David Premack; Ann James Premack (Ed.). **Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate**. Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 351-383.

_____. **The social construction of what?** 3. ed. Cambridge (Ma): Harvard University Press, 1999.

_____. **Ontologia Histórica**. Porto Alegre: Unisinos, 2009.

HAMMEN, C. Stress and depression. **Annual Review of Clinical Psychology**, 2005, p. 203-219.

HEALY, D. **The anti-depressant era**. Cambridge (Ma): Harvard University Press, 1997.

HERZOG, R.; VERZTMAN, J.; PINHEIRO, T. Vergonha, culpa, depressão contemporânea e perdão. **Trivium estudos interdisciplinares – psicanálise e cultura**, v. 1, 2009.

HORWITZ, A.; WAKEFIELD, J. **The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder**. Nova York: Oxford University Press, 2007.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão – A atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.

KESSLER, R. C.; MERIKANGAS, K. R.; WANG, P. S. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. **Annual Review of Clinical Psychology**, 2007, p. 137-158.

KIRMAYER, L. Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. **Transcultural Psychiatry**, v. 43, n. 1, 2006, p. 126-144.

KRAMER, P. **Ouvindo o Prozac**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

MARTIN, E. Mind Body Problems. **American Ethnologist**, v. 27, n. 3, 2000, p. 569-590.

_____. **Bipolar Expeditions – Mania and Depression in American Culture**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

NIETZSCHE, F. Segunda Dissertação: “Culpa”, “má consciência” e coisas afins. In: NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

NYE, R. The evolution of the concept of Medicalization in the late twentieth century. **Journal of History of the Behavioral Sciences**, v. 39, n. 2, 2003, p. 115-129.

ORTEGA, F. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, v. 14, n. 2, 2008, p. 477-509.

PINHEIRO, T. Depressão na contemporaneidade. **Pulsional – Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 182, 2005, p. 101-109.

_____. et al. Por que atender fóbicos sociais? Justificativa de uma pesquisa clínica. In: Angélica Bastos (Org.). **Psicanalisar hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p. 143-172.

RECHTMAN, R. Être victime : généalogie d'une condition clinique. **L'Évolution Psychiatrique**, Issy les Moulineaux, v. 67, 2002, p. 775-595.

_____. Du traumatisme à la victime: une construction psychiatrique de l'intolérable. In: Didier Fassin; Patrice Bourdelais (Org.). **Les constructions de l'intolérable – Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral**. Paris: La Découverte, 2005, p. 165-196.

RIEFF, P. **O triunfo da terapêutica**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

ROSE, N. Neurochemical Selves In: ROSE, N. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century**. New Jersey: Princeton University Press, 2006.

ROSENBERG, C. Contested Boundaries – psychiatry, disease, and diagnosis. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 49, n. 3, 2006, p. 407-424.

_____. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. **The Milbank Quarterly**, v. 80, n. 2, 2002, p. 237-260.

SOUTHWICK, S.; VYTHILINGAM, M.; CHARNEY, D. The psychobiology of depression and resilience to stress. **Annual Review of Clinical Psychology**, 2005, pp. 255-291.

TAYLOR, C. **The Ethics of Authenticity**. 9. ed. Cambridge (Ma): Harvard University Press, 2000.

_____. The Age of Authenticity. In: **A secular age**. Cambridge (Ma): Harvard University Press, 2007.

TRILLING, L. **Sincerity and Authenticity**. Cambridge (Ma): Harvard University Press, 1971.

VAZ, P. **O inconsciente artificial**. São Paulo: Unimarco, 1997.

_____. Um corpo com futuro. In: Anelise Pacheco; Giuseppe Cocco; Paulo Vaz (Org.). **O trabalho da multidão**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002, p. 121-146.

VEYNE, P. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, P. 4. ed. **Como se escreve a história**. Brasília: Editora UnB, 2008.

YOUNG, A. The DSM-III Revolution. In: YOUNG, A. **The Harmony of Illusions – Inventing Post-Traumatic Stress Disorder**. Princeton: Princeton University Press, 1995, p. 89-117.

_____. America's Transient Mental Illness – A Brief History of the Self-Traumatized Perpetrator. In: João Biehl; Byron Good; Arthur Kleinman (Ed.). **Subjectivity – Ethnographic Investigations**. Berkeley: University of California Press, 2007, p. 155-178.

WITTGENSTEIN, L. **Philosophical Investigations**. 3. ed. Oxford: Backwell Publishing Ltd, 2001.

Notícias

ABRAMCZYK, J. Exercício físico vence a depressão. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 1º jul. 2007.

BÊRGAMO, M. O ator, o guarda-chuva, o senador e a amante. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 8 abr. 2007.

BURCKHARDT, E.; VEIGA, A. O desafio da depressão. **Revista Época**, São Paulo, 5 mai. 2003.

CALLIGARIS, C. Antidepressivos, aspirinas e urubus. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 16 ago. 2007.

COISSI, J. Mais uma mulher afirma estar grávida após uso de Contracep. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 1º dez. 2007.

COLLUCCI, C. Droga antiobesidade pode elevar em 40% risco de depressão. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 22 nov. 2007.

CONY, C. H. Desafios do Pan. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 18 jul. 2007.

COUTINHO, J. P. Chora, coração. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 7 nov. 2007.

DEL DOTORE, I. Nicolau. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 jan. 2007.

DIMENSTEIN, G. Droga de elite. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 21 out. 2007.

DINIZ, T.; LAGE, A.; MANTOVANI, F. 42 passos para correr até 42 km. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 19 abr. 2007.

EXERCÍCIO físico combate depressão e ansiedade, **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 15 abr. 2007.

FORTINO, L. Deprimidos procuram alívio nas drogas. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 19 fev. 2007.

_____. O mundo em preto-e-branco. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 fev. 2007.

GARCIA, R. Interesse em doença cresce nos EUA. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 13 mar. 2007.

_____. Nicotina só não explica vício, diz estudo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 18 fev. 2007.

GODOY, C. G. M. Depressão adolescente. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 fev. 2007.

GODOY, D. Movimento pela abstinência cresce com apoio de Bush. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 8 abr. 2007.

LEÃO, D. A raiva constrói. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 8 jul. 2007.

_____. Nada é em vão. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 15 jul. 2007.

LOPES, J. Grudados na rede: vício, preguiça ou imaturidade? **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 11 jun. 2007.

NÃO fazia nada, não tinha interesse, não tinha emoções. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 19 fev. 2007.

MANTOVANI, F. Além dos tremores. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 abr. 2007.

_____. Trabalhadores da indústria estão acima do peso. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 23 ago. 2007.

METRÔ vai distribuir 60 tipos de remédios. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 30 set. 2007.

RANGEL, S. Veterana de dois Pans, nadadora, agora cega, cura depressão na água. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 set. 2007.

REENCONTRO com o Maraca. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 17 out. 2007.

SEIXAS, F.; CUNHA, T. Hamilton foi escolhido, ele não. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 21 out. 2007.

SHIELDS, R. Virei uma folha em branco, afirma diretor. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 ago. 2007.

TAKAHASHI, F. Escolas particulares de SP ensinam ética no uso da internet. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 26 mar. 2007.

TARGINO, R. Moradores da rua se queixam do barulho e do susto. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 9 ago. 2007.

TOSTÃO. A mulher que corria e sonhava. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 jul. 2007.

VIANNA, L. F. Edifícios “reais” inspiram cenário de “Paraíso Tropical. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 08 jul. 2007.

ANEXO
QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA ANÁLISE DAS NOTÍCIAS

1- Data
2 - Título
3 - Editoria
<ol style="list-style-type: none"> 1 Cotidiano 2 Equilíbrio 3 Ciência ou Mundo 4 Mais 5 Ilustrada 6 Folhateen 7 Brasil ou Acontece 8 Esporte 9 Outros (opinião, fovea, especial, construção, dinheiro, empregos)
4 - Quem fala sobre a depressão?
<ol style="list-style-type: none"> 1 O próprio sofredor ou seus amigos e parentes 2 Um psiquiatra ou um médico 1 e 2 O próprio sofredor e um psiquiatra ou um médico 3 Um psicólogo ou um psicanalista 1 e 3 O próprio sofredor e um psicólogo ou um psicanalista 2 e 3 Um médico e um psicólogo ou um psicanalista 4 Só o próprio jornal 5 Professores, pesquisadores ou especialistas da área médica 2 e 5 Um psiquiatra e professores, pesquisadores ou especialistas da área médica 6 Pessoa comum, entrevistado ou leitor falando sobre a depressão de outra pessoa
5 – Qual a causa principal da depressão divulgada pela notícia?
<ol style="list-style-type: none"> 1 Não apresenta 2 Externa (ideia de fracasso, não-realização profissional) 3 Externa (ideia de trauma, desilusão amorosa, perda de pessoas queridas) 4 Externa (dificuldade de sociabilidade ou não ser reconhecido pelo outro)

<p>5 Externa (outro responsável por negligência ou violência)</p> <p>6 Química, genética ou consequência de outras doenças</p> <p>7 Causa psicológica ou conflito psíquico</p> <p>8 Depressão pós-parto</p> <p>9 Escândalo político (depressão como desculpa)</p> <p>10 Drogas</p> <p>11 Outras</p>
<p style="text-align: center;">6 – Quais os sintomas ou efeitos da depressão divulgados pela notícia?</p> <p>1 Não apresenta</p> <p>2 Fracasso profissional (baixo desempenho ou falta de concentração na escola ou no trabalho)</p> <p>3 Fracasso amoroso, problemas com a família ou os amigos</p> <p>4 Tristeza, sentimento de vazio, cansaço, apatia, pessimismo</p> <p>2 e 4 Fracasso profissional e Tristeza</p> <p>5 Drogas</p> <p>6 Outras doenças</p> <p>7 Pensamento ou tentativa de suicídio, suicídio</p>
<p style="text-align: center;">7, 8, 9 – Quem sofre...</p> <p style="text-align: center;">7 – é mulher ou homem?</p> <p>0 Notícia genérica ou ninguém específico sofre</p> <p>1 Mulher</p> <p>2 Homem</p>
<p style="text-align: center;">8 – está em qual faixa etária?</p> <p>0 Notícia genérica ou ninguém específico sofre</p> <p>2 Criança</p> <p>3 Adolescente (até 17 anos)</p> <p>4 Adulto</p> <p>5 Idoso (mais de 60)</p>
<p style="text-align: center;">9 – é famoso ou celebridade?</p> <p>0 Notícia genérica ou ninguém específico sofre</p> <p>1 Sim</p>

2 Não

10, 11, 12 e 13 – Como se deve tratar a depressão? A notícia indica...

10 – o uso de antidepressivos?

- 0 A notícia não diz como tratar a depressão.
 1 Sim
 2 Não

11 – a necessidade de ajuda médica?

- 0 A notícia não diz como tratar a depressão.
 1 Sim
 2 Não

12 – terapia para tratar sintomas (comportamental)?

- 0 A notícia não diz como tratar a depressão.
 1 Sim
 2 Não

13 – terapia para tentar entender o sofrimento (psicanálise)?

- 0 A notícia não diz como tratar a depressão.
 1 Sim
 2 Não

14 – A notícia diz como prevenir a depressão?

- 0 A notícia não diz como tratar nem como prevenir a depressão.
 1 Sim
 2 Não

15 – Selecionar e transcrever as expressões que descrevem a linguagem da vida íntima.