

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E CULTURA

DEPRESSÃO, TESTEMUNHO E SUBJETIVIDADE:
RELATOS AUTOBIOGRÁFICOS DE INDIVÍDUOS CLASSIFICADOS COMO
DEPRESSIVOS NA INTERNET

BIANCA PINHEIRO

Rio de Janeiro

2019

BIANCA PINHEIRO

DEPRESSÃO, TESTEMUNHO E SUBJETIVIDADE:
RELATOS AUTOBIOGRÁFICOS DE INDIVÍDUOS CLASSIFICADOS COMO
DEPRESSIVOS NA INTERNET

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Comunicação e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Rio de Janeiro

2019

CIP - Catalogação na Publicação

P654d Pinheiro, Bianca Rodrigues
Depressão, testemunho e subjetividade: relatos autobiográficos de indivíduos classificados como depressivos na internet / Bianca Rodrigues Pinheiro. -- Rio de Janeiro, 2019.
150 f.

Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola da Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação, 2019.

1. Depressão. 2. Testemunho. 3. Subjetividade. 4. Autoridade da experiência. 5. Medicalização. I. Vaz, Paulo Roberto Gibaldi, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO
UFRJ



ESCOLA DE COMUNICAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em Comunicação

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA POR BIANCA RODRIGUES PINHEIRO NA ESCOLA
DE COMUNICAÇÃO DA UFRJ**

Aos vinte e seis dias do mês de março de dois mil e dezanove, às dez horas na sala 142 da escola de comunicação na Universidade Federal do Rio de Janeiro, foi apresentada a dissertação de Mestrado de Bianca Rodrigues Pinheiro intitulada: "**Depressão, Testemunho e Subjetividade Relatos Autobiográficos de indivíduos classificados como depressivos na internet**", perante a banca examinadora composta por: Paulo Roberto Gibaldi Vaz [Orientador(a) e Presidente], Igor Pinto Sacramento, Katia Lerner, Tendo o(a) candidato(a) respondido a contento todas as perguntas, foi sua dissertação:

aprovada reprovada aprovada mediante alterações

A BANCA DESTACA A QUALIDADE DA REFLEXÃO
TEÓRICO-METODOLÓGICA E A CAPACIDADE DE ARTICULAR
OS CONCEITOS E OS TESTEMUNHOS

E, para constar, eu, Laura Machado, lavrei a presente ata, que segue por mim datada e assinada pelos membros da banca examinadora e pelo (a) candidato(a) ao título de Mestre em Comunicação e Cultura.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2019

Paulo Roberto Gibaldi Vaz (Orientador (a) e Presidente)

Igor Pinto Sacramento (examinador)

Katia Lerner (examinador)

Bianca Rodrigues Pinheiro (candidato)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a meus pais, Akbar e Suely, por sempre terem incentivado os meus estudos e por possibilitarem as condições necessárias para que eu dê prosseguimento à minha formação.

Agradeço também aos meus amigos e namorado, que me apoiaram durante o percurso do mestrado, compreendendo todas as vezes em que não pude estar com eles para escrever esta dissertação, e que me ouviram nos momentos difíceis dessa jornada.

Agradeço ao meu orientador, professor Paulo Vaz, que me acompanha desde o trabalho de conclusão de curso, me dando sugestões valiosas.

Agradeço aos integrantes da banca, professores Igor Sacramento, Katia Lerner e Isabel Fortes, por aceitarem avaliar e contribuir com o meu trabalho.

Agradeço ao grupo de pesquisa “Risco, portador e vítima virtual” e seus integrantes por terem proporcionado discussões relevantes para esta pesquisa.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Comunicação e Cultura, por ter me propiciado a oportunidade de desenvolver esta pesquisa, e seus professores e técnico-administrativos pela disponibilidade e presteza.

RESUMO

PINHEIRO, Bianca. **Depressão, testemunho e subjetividade:** relatos autobiográficos de indivíduos classificados como depressivos na internet. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta pesquisa analisa testemunhos de indivíduos que se classificam como depressivos na internet. A hipótese é que esses testemunhos produzem subjetividade ao possibilitarem a articulação dos denominados depressivos em comunidades de sofredores, onde, a partir de uma linguagem calcada na dimensão privada das emoções, esses sujeitos constituem e fixam uma identidade em torno da depressão, o que se torna possível por conta do caráter crônico da doença. Nesse sentido, utilizando o argumento da linguagem privada de Wittgenstein (1999) e o *looping effect* de Hacking (1995), esta dissertação argumenta que está emergindo um novo tipo de linguagem pública, baseada nos saberes dos não-especialistas, ou seja, dos indivíduos considerados comuns, que participam ativamente do processo de invenção de pessoas. Essa nova linguagem é característica de um contexto de verdade autorreferenciada e valorização da autoridade da experiência. A partir de uma genealogia da loucura e da doença mental, constata-se o caráter histórico, social e, sobretudo, contingente, desses conceitos. A depressão emerge na contemporaneidade como um modo de ser possibilitado pelos desdobramentos do saber técnico-científico, da moralidade contemporânea e da cultura terapêutica. Como meio privilegiado da articulação entre identidade e depressão aparece o testemunho, narrativa costumeiramente protagonizada por vítimas que narram histórias de superação. Foram analisados dez vídeos publicados no YouTube por indivíduos que se classificam como depressivos e são considerados comuns. Concluímos que a depressão apresenta um conceito elástico, que pode ser adaptado a uma variedade de trajetórias individuais, gerando confusão entre tristeza cotidiana e tristeza patológica e a inflação diagnóstica, facilitando, assim, o autodiagnóstico. A suposta cronicidade da doença forma e fixa identidade, dificultando ou até impossibilitando outras maneiras de encarar o sofrimento e de superá-lo. Além disso, questionamos se a maneira de dar sentido ao sofrimento através da entidade diagnóstica da depressão não estaria causando mais sofrimento por representar o fechamento do futuro.

Palavras-chave: depressão; testemunho; subjetividade; autoridade da experiência; medicalização.

ABSTRACT

This research analyzes testimonials of individuals who are classified as depressive on the internet. The hypothesis is that these testimonies produce subjectivity by enabling the articulation of so-called depressives in communities of sufferers, where, from a language based on the private dimension of the emotions, these people constitute and fix an identity around depression, which becomes possible due to the chronic nature of the disease. In this sense, using Wittgenstein's private language argument (1999) and the looping effect of Hacking (1995), this dissertation argues that a new kind of public language is emerging, based on the knowledges of nonspecialists, i.e. individuals considered common, who actively participate in the process of making up people. This new language is characteristic of a context of self-referenced truth and appreciation of the authority of experience. From a genealogy of madness and mental illness, we can see the historical, social and, above all, contingent character of these concepts. Depression emerges in the contemporary world as a way of being made possible by the unfolding of technical-scientific knowledge, contemporary morality and therapeutic culture. As a privileged means of the articulation between identity and depression appears the testimony, narrative usually carried out by victims who narrate stories of overcoming. Ten videos posted on YouTube by individuals classified as depressive considered common were analyzed. We conclude that depression presents an elastic concept that can be adapted to a variety of individual trajectories, generating confusion between daily sadness and pathological sadness and diagnostic inflation, thus facilitating self - diagnosis. The supposed chronicity of the disease forms and fixes identity, making it difficult or even impossible other ways of facing suffering and overcoming it. In addition, we questioned whether the way to make sense of suffering through the diagnostic entity of depression would not be causing further suffering by representing the closure of the future.

Keywords: depression; testimony; subjectivity; authority of experience; medicalization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. LOUCURA E DOENÇA MENTAL	21
1.1. Loucura no Renascimento e no Classicismo	23
1.2. Doença mental na Modernidade	30
1.2.1. <i>Psiquiatria, anormal e moralidade</i>	33
1.2.2. <i>Anormal, sexualidade desviante e confissão</i>	36
1.3. Um breve histórico da melancolia	38
2. DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE	45
2.1. Saberes técnico-científicos	45
2.1.1. <i>Crise da psiquiatria e ascensão do sujeito neuroquímico</i>	47
2.1.2. <i>Saúde mental, déficit e deficiência</i>	50
2.1.3. <i>Neurotransmissores: depressão e serotonina</i>	53
2.1.4. <i>Depressão, indústria farmacêutica e mercado</i>	55
2.1.5. <i>Depressão, DSM e diagnósticos</i>	59
2.2. Moralidade contemporânea	63
2.2.1. <i>Autenticidade e técnicas de autoaprimoramento</i>	65
2.2.2. <i>Emancipação do indivíduo e vazio normativo</i>	68
2.3. Cultura terapêutica	72
2.3.1. <i>Vulnerabilidade, determinismo emocional e bem-estar</i>	74
2.3.2. <i>A figura da vítima</i>	77
2.4. Depressão e produção de subjetividade	79
2.4.1. <i>Os lugares do sofrimento</i>	80
2.4.2. <i>Narrativas autobiográficas: da confissão ao testemunho</i>	82
2.4.3. <i>Comunidades de sofredores e identidade de grupo</i>	89
2.4.4. <i>Classificações e classificados: inventando indivíduos</i>	91

3. DEPRESSÃO E TESTEMUNHO	97
3.1. “Só quem tem depressão entende”: emergência de uma nova linguagem pública	97
3.2. “Até então eu não sabia que eu tava mal por causa desse garoto”: tristeza cotidiana e patológica	105
3.3. “É muito difícil falar sobre isso”: a importância do testemunho	113
3.4. “É um câncer na alma”: a medicalização da existência	119
3.5. “Minha história é: ‘eu tenho depressão’”: identidade e identificação	127
CONCLUSÃO	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comentários no vídeo <i>Conquering depression: how I became my own hero</i>	105
Figura 2. Comentários no vídeo <i>Depressão e ansiedade: minha história!</i>	127
Figura 3. Comentários no vídeo <i>DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo Depressão e ansiedade: minha história!</i>	127

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, tem-se ouvido frequentemente a palavra “depressão”, não como sinônimo de uma crise econômica ou de um acidente geográfico, mas indicando o nome de um transtorno mental. É compreensível, afinal muitos consideram a doença como o mal do século, e importantes órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), alertam que essa patologia já é a mais incapacitante¹, além de a mais frequente entre adolescentes de 10 a 19 anos², e que será a principal causa de afastamento do trabalho no mundo³, afetando, hoje, cerca de 322 milhões de pessoas⁴.

Os meios de comunicação colaboram para a disseminação da ideia da depressão como um risco a que todos estão submetidos e da necessidade de os indivíduos estarem sempre alertas aos mínimos sinais de abalo em sua saúde mental, conceito definido pela OMS como “um estado completo de bem-estar psíquico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade”⁵. Assim, tornam-se comuns matérias de cunho alarmante, como “Veja nove sinais de que você pode estar com depressão”; outras ressaltam a noção de comorbidade⁶ – “Adolescentes com depressão têm mais riscos cardíacos, alertam médicos”⁷ –, ou assumem um caráter anacrônico – “Darwin sofria de ansiedade e Lincoln, de depressão?”⁸ – ou prescritivo – “Estudo mostra que dieta mediterrânea pode tratar depressão”⁹.

¹ Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-e-a-doenca-mais-incapacitante-afirma-a-oms.shtml> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

² Disponível em: < <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/05/depressao-e-doenca-mais-frequente-na-adolescencia-alerta-oms.html> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

³ Disponível em < <http://atarde.uol.com.br/saude/noticias/1924792-depressao-sera-principal-cao-de-afastamento-do-trabalho-no-mundo-diz-oms> >. Acesso em 28 jan. 2018.

⁴ Disponível em: < <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

⁵ Disponível em: <<http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude>>. Acesso em: 9 jul. 2016.

⁶ Saint-Clair (2012), ao analisar matérias que abordam a depressão na Folha de São Paulo e na Veja entre 1970 e 2000, sustenta que, a partir dos anos 2000, no Brasil, ocorre um *boom* da indicação da depressão como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, sobretudo relacionando o transtorno depressivo ao câncer, a problemas cardíacos e à obesidade.

⁷ Disponível em: < <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/08/adolescente-com-depressao-tem-mais-riscos-cardiacos-alertam-medicos.html> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

⁸ Disponível em < http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/04/160418_dentro_mente_grandes_personalidades_rb >. Acesso em: 28 jan. 2018.

⁹ Disponível em < <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/estudo-mostra-que-dieta-mediterranea-pode-tratar-depressao-22181779> >. Acesso em 28 jan. 2018.

A depressão também se alastrou pelo vocabulário popular, passando a fazer parte do cotidiano. É provável que muitos indivíduos conheçam alguém que diga sofrer com a doença, sobretudo em um contexto onde esse transtorno é associado ao uso excessivo de aparelhos eletrônicos¹⁰ – hábito comum nos dias de hoje –, às pressões da vida universitária¹¹, e a uma série de outras doenças – como síndrome do intestino irritável e do ovário policístico, diabetes, lúpus, endometriose etc. –, e tem aparecido como uma possibilidade de diagnóstico não só para jovens, adultos e idosos, mas também para bebês¹² e até cachorros¹³.

Nesse contexto, é cada vez mais usual que os indivíduos considerados comuns¹⁴ falem sobre a depressão e outros transtornos mentais, sendo protagonistas de narrativas autobiográficas nas quais contam suas experiências com as patologias. As facilidades de comunicação proporcionadas pela internet fazem com que esse meio seja o mais efetivo na publicação e difusão desses relatos, colaborando para a constituição, de forma descomplicada e acessível, de espaços onde esses indivíduos podem compartilhar suas angústias, as dificuldades que enfrentam com a doença, os tratamentos que utilizam, enfim, seu *know-how* e seus sentimentos a respeito da depressão. Assim, surgem e se difundem grupos, sites e vídeos nos quais as pessoas que se classificam como depressivas relatam a si mesmas no lidar com a doença. Esses espaços são considerados, aqui, como comunidades de sofredores¹⁵, conceito desenvolvido por Illouz (2003). Podemos dizer que as comunidades de sofredores são definidas por três características principais: são particulares, pois tratam de problemas individuais, transformando-os em questões coletivas; no caso das doenças crônicas, como a depressão, essas comunidades

¹⁰ Disponível em < <https://vejasp.abril.com.br/blog/terapia/tela-eletronicos-depressao-suicidio/> >. Acesso em 28 jan. 2018.

¹¹ Disponível em < <https://educacao.uol.com.br/noticias/2017/12/18/depressao-e-problemas-psicologicos-fazem-universitarios-trancar-matriculas.htm> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

¹² Disponível em: < <http://www.ebc.com.br/infantil/voce-sabia/2015/06/depressao-tambem-atinge-criancas-e-bebes> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

¹³ Disponível em < <http://www.otempo.com.br/interessa/pets-tamb%C3%A9m-podem-sofrer-de-depress%C3%A3o-1.1559034> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

¹⁴ Nesta dissertação, consideram-se indivíduos comuns aqueles que não são figuras do show business, como personalidades da mídia tradicional, e que não enunciam deter um conhecimento especializado a respeito dos transtornos mentais, como psicólogos e psiquiatras.

¹⁵ As comunidades de sofredores se aproximam do que Rieff (1990) denomina comunidades negativas, que são definidas como ilhas terapêuticas onde os indivíduos buscam a otimização de si e têm como vínculo apenas relações terapêuticas, diferentemente das comunidades positivas modernas, nas quais os indivíduos poderiam alcançar a salvação, estavam unidos pela culpa e compartilhavam propósitos comunais.

reverberam o fracasso da técnica em curar tais enfermidades, ou seja, são permanentes¹⁶, o que evidencia o diagnóstico como uma condenação para o resto da vida do indivíduo e, dessa maneira, fixa e forma identidade em torno de determinada classificação médica; por último, as comunidades de sofredores afirmam que o sofrimento não é reconhecido, podendo ser estigmatizado.

Esse quadro gera uma série de questões: o que os sujeitos que se denominam depressivos estão dizendo sobre a depressão? Que verdade e que subjetividade emergem de seus discursos? Como se dão os processos de identificação com o diagnóstico nessas e a partir dessas narrativas? Que práticas e convicções aparecem como constituintes da identidade desse grupo de pessoas que se classificam como depressivas?

Esta dissertação tem como objetivo realizar uma análise de testemunhos de indivíduos classificados como depressivos na internet. A singularidade deste trabalho reside na reflexão a respeito da produção de subjetividade desses indivíduos via testemunho, a partir da demarcação do transtorno depressivo como um fenômeno localizado historicamente, cuja emergência é proporcionada por determinadas condições de possibilidade. Tendo como base a análise dos testemunhos, estabeleceremos uma convergência entre depressão, internet e medicalização da existência, abordando o autodiagnóstico, a constituição de uma identidade de grupo e o papel de experts dos protagonistas dessas narrativas, entre outros aspectos.

Se a gramática da vida íntima constitui o esforço pedagógico empreendido pelos meios de comunicação para disseminar consensos a respeito dos sentidos dos mais variados sentimentos e emoções (EHRENBERG, 2000) – ou seja, aquilo que Wittgenstein (1999) denomina termos mentais –, difundindo, por exemplo, as características da depressão, as diferenças entre uma tristeza ordinária e patológica e testes que estimulam o autodiagnóstico, propõe-se que os indivíduos considerados comuns estão se reapropriando desses termos mentais e, com isso, produzindo, também gramáticas da vida íntima. Nesse sentido, os discursos a respeito da depressão que essas pessoas enunciam na internet indicam uma nova verdade sobre o transtorno – verdade essa calcada na experiência desses indivíduos, na medida em que é a experiência que define e marca o diagnóstico de doenças crônicas e mentais na contemporaneidade diante

¹⁶ É por isso que não existem comunidades de sofredores em torno de doenças passageiras, como a gripe.

do fracasso da técnica em curá-las – a qual pode influenciar os outros classificados como depressivos, a partir da identificação, e os especialistas no assunto.

Para melhor sustentar essa ideia, recorre-se ao conceito de *looping effect* (HACKING, 1995), de acordo com o qual as classificações agem sobre os indivíduos, transformando-os e tornando possível uma reinterpretação de seu passado; mas também permitem que os próprios indivíduos ajam sobre ela, de maneira que as autoridades são forçadas a repensar suas classificações a partir das novas produções de sentido e reivindicações das pessoas consideradas comuns. O que Hacking (1995) denomina “tipos humanos” estão, portanto, em constante mudança: fora do eixo dos *experts*, são criados novos conhecimentos, que acabam se tornando oficiais, e depois são modificados novamente por outros conhecimentos que surgem, e assim sucessivamente. Um exemplo dessa tomada de lugar dos produtores de saber pelos objetos de saber é a invenção do termo homossexual: inicialmente aplicado de cima para baixo para indicar um tipo de indivíduo, submetendo-o ao escrutínio científico, logo os homossexuais se apropriaram dessa classificação, o que levou à retirada da homossexualidade do rol de doenças mentais, ao orgulho gay, à organização do movimento LGBT e etc.

Nesse ponto, é interessante recorrer ao filósofo Wittgenstein (1999) e às suas ideias sobre linguagem pública e argumento da linguagem privada. De acordo com o pensador, as concepções dos indivíduos a respeito dos sentimentos são formuladas a partir de uma linguagem pública, a qual é compartilhada entre os indivíduos, possibilitando que uns se situem uns em relação aos outros e a si mesmos a partir da definição das emoções em comparação com as emoções descritas pelos demais. Wittgenstein sustenta a impossibilidade de existir uma linguagem privada, pois tal existência dificultaria a comunicação entre os indivíduos, uma vez que haveria uma incerteza a respeito do referente utilizado pelo outro: ao falar de amor, ódio, tristeza ou alegria, ninguém poderia ter noção do que o outro estaria desejando transmitir com essas palavras. Como, na contemporaneidade, a verdade dos termos mentais é formulada a partir da experiência dos indivíduos, e não dos especialistas – ou seja, é autorreferenciada –, quando se nota as diferentes definições de depressão dadas pelos sujeitos nas narrativas autobiográficas, pode-se questionar se não estaria emergindo uma nova espécie de linguagem pública, talvez mais confusa por ter como referente a experiência individual, a qual estaria promovendo diagnósticos e, sobretudo, autodiagnósticos baseados em critérios mais subjetivos.

A partir dessas observações, pode-se questionar: se há uma identidade de grupo na depressão, por quais características e de que maneiras ela seria constituída, e quais seriam suas implicações para os sujeitos denominados depressivos? A hipótese desta dissertação considera que as narrativas autobiográficas sobre a depressão produzem subjetividade, influenciando os critérios diagnósticos do transtorno, sua verdade e os indivíduos classificados por essa patologia.

Esta pesquisa teve início no último período de minha graduação em Comunicação Social, originando um trabalho de conclusão de curso¹⁷ em que analisei testemunhos de adolescentes classificados como depressivos na internet. Tendo em vista os limites de uma monografia, decidi dar continuidade ao estudo nesta dissertação de mestrado, na qual pretendo deixar de lado a especificidade da adolescência, abrangendo pessoas de qualquer idade, com o objetivo de conferir maior amplitude ao tema.

A depressão, aqui, não é tratada do ponto de vista clínico, mas sim enquanto enunciado, para responder a questões de cunho comunicacional, que pretendem investigar a proliferação de discursos autobiográficos sobre a depressão na internet, o que essas escritas ou falas de si apresentam como verdade a respeito do transtorno, que subjetividades emergem desses relatos e como nesse mar de narrativas intersubjetivas surgem novos postulados em relação à patologia. A partir da análise dos testemunhos dos indivíduos selecionados, não se pretende estabelecer se seus discursos a respeito da doença são verdadeiros ou falsos, muito menos afirmar ou negar a autenticidade de seu diagnóstico ou questionar a existência do transtorno, pois, assim como Foucault, consideramos que o discurso produz efeitos de verdade de acordo com o contexto, não sendo, em si mesmos, verdadeiros ou falsos. O que se pretende questionar é o modo de dar sentido ao sofrimento, e não negá-lo. A depressão, portanto, é considerada uma possibilidade de interpretar determinadas experiências e uma categoria discursiva que engendra subjetividades, práticas, escritas de si, determinada verdade e, até mesmo, identidades. O diagnóstico aparece aqui, então, como uma fonte de roteiros de subjetivação, da qual os sujeitos bebem para compreender e dar sentido às suas vivências.

A dissertação apresenta uma perspectiva histórica que é baseada nas descontinuidades e rupturas. Assim, a depressão não aparece, aqui, como resultado dos

¹⁷ *Depressão, testemunho e internet: a subjetividade adolescente perpassada pela doença mental*, defendida em 2016 na Escola de Comunicação da UFRJ sob orientação do Prof. Dr. Paulo Vaz.

avanços de uma história linear das ciências, da medicina e da psiquiatria que teria permitido sua descoberta. A depressão é encarada como uma maneira de interpretar determinadas experiências na contemporaneidade, um acontecimento discursivo que é possibilitado pelos rompimentos da época contemporânea com, por exemplo, alguns pressupostos da idade moderna em relação à noção de doença mental. Dessa maneira, esta dissertação abordará um panorama histórico a respeito da história da loucura, passando pela melancolia, e da doença mental na sociedade contemporânea. Para discorrer sobre a depressão, a pesquisa recorrerá a autores que, como Alain Ehrenberg (2000; 2010), consideram que a contemporaneidade, a partir de novas exigências sobre os indivíduos, é capaz de causar depressão, estabelecendo uma relação entre os imperativos morais contemporâneos e a disseminação do transtorno depressivo na sociedade. Por outro lado, também recorrerá a autores, como Frank Furedi (2004), que abordam a cultura terapêutica por uma perspectiva mais foucaultiana, baseada no discurso, defendendo a concepção de que os indivíduos não estariam ficando mais doentes, mas sim mais atentos e vigilantes sobre sua vida emocional e saúde psíquica em virtude da disseminação da ideia de que são vulneráveis.

Se Ehrenberg (2000) destaca os imperativos da autenticidade, da autonomia, da felicidade e da exibição de si como precipitadores da depressão na sociedade contemporânea, enfatizando que há uma crise de referências simbólicas relacionada à ausência de regras rígidas de comportamento, o que gera nos indivíduos insegurança e dependência do olhar do outro, Furedi (2004) caracteriza a cultura terapêutica como aquela que constrói o sentido da vida por meio das emoções e transforma frustrações, desafios e rejeições em ameaças ao bem-estar e à saúde dos indivíduos. Nesse contexto, emoções antes consideradas parte do cotidiano são vistas como fonte de risco, na medida em que aparecem como potencialmente danosas ao self. Assim, pode-se estabelecer uma relação entre essa configuração cultural e a “perda da tristeza” evocada por Horwitz e Wakefield (2007), que acreditam que a depressão está sendo confundida com a tristeza devido aos critérios diagnósticos da doença, os quais não levam em consideração o contexto onde ela surge.

Nesse ponto, é importante ressaltar que a depressão e a tristeza ordinária não são a mesma coisa. De acordo com Peres (2003), a tristeza nos constitui e nos dá consistência; porém, o que estamos vivenciando hoje é a transformação da dor de existir em doença e a “democratização da tristeza em sua dimensão mais aguda. Não é mais uma forma de

situar-se no mundo, porém uma característica do homem da atualidade” (p. 8). Horowitz e Wakefield (2007) consideram que a tristeza cotidiana é provocada por uma perda ou por outro evento estressante na vida do indivíduo, enquanto a tristeza patológica, característica de quadros de melancolia ou depressão, surge sem motivos aparentes. No entanto, os autores citados concordam que a psiquiatria tem negligenciado essa diferença, e a falha na definição da depressão leva a uma inflação diagnóstica.

Esta dissertação se propõe a agregar conhecimentos a respeito da depressão a um cenário acadêmico já marcado por um interesse relevante pela temática, o que pode ser notado em uma busca pelo termo “depressão” no Catálogo de Dissertações e Teses da CAPES: encontramos 7257 trabalhos no geral, dentre os quais 1315 são das Ciências Humanas. Assim, na esteira de trabalhos do campo da comunicação, como *A Depressão na Contemporaneidade: mídia e produção de uma subjetividade vulnerável* (2011), de Mariana Ferreira Pombo, *A Depressão como Atualidade Midiática no Brasil Contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010)* (2012), de Ericson Saint-Clair, e *Eu Não Sou Eu, Sou Muitos Outros: mediações dos transtornos mentais no espaço autobiográfico contemporâneo*, de Isabela Fraga (2014), também defendidos por esta instituição, esta dissertação vem acrescentar ao debate comunicacional uma pesquisa sobre os testemunhos dos sujeitos denominados depressivos na internet.

Para tanto, a dissertação parte do pressuposto de que a subjetividade é produzida nos e pelos discursos, utilizando a metodologia da análise do discurso de base foucaultiana para compreender e interpretar os relatos dos sujeitos denominados depressivos. A especificidade da análise do discurso como preconizada por Foucault é, sobretudo, levar em consideração a raridade discursiva, que busca “[...] determinar o princípio segundo o qual puderam aparecer os únicos conjuntos significantes que foram enunciados [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 146). Isso quer dizer que, embora haja uma grande quantidade de enunciados, os mesmos não contemplam tudo o que seria possível enunciar, pois os enunciados são raros. Nesse sentido, a análise do discurso foucaultiana tenta compreender os processos que deixam de tornar outros enunciados possíveis, excluindo-os do conjunto de discursos que podem ser formulados. Dessa maneira, o princípio da raridade discursiva tem como objetivo determinar o que permite o aparecimento dos enunciados que podem ser ditos em uma dada época e lugar, pois as práticas discursivas não são meras expressões de algo, mas sim falas que obedecem determinadas regras de acordo com o contexto. Lançar mão de tal perspectiva nos ajuda

a refletir sobre por que certas coisas são ditas, em uma determinada situação e lugar, e não em outra época, de outra maneira (FISCHER, 2001).

É fundamental ressaltar também que Foucault considera o discurso como uma prática social inscrita em relações de poder e saber, havendo “duplo e mútuo condicionamento entre as práticas discursivas e as práticas não discursivas, embora permaneça a idéia de que o discurso seria constitutivo da realidade e produziria, como o poder, inúmeros saberes” (FISCHER, 2001, p. 199). Assim, as relações de poder são “produzidas discursivamente e ao mesmo tempo produtoras de discursos e de saberes” (FISCHER, 2001, p. 200), ou seja, discurso e poder não podem ser compreendidos isoladamente.

Dessa maneira, a dissertação buscará indagar o que torna possíveis os discursos sobre a depressão divulgados na internet e produzidos pelos indivíduos considerados comuns e classificados como depressivos, assim como transcender o campo meramente discursivo, inscrevendo o discurso em relações de poder – representadas, aqui, como, por exemplo, pela medicina, a mídia e as pessoas consideradas comuns, e trazendo à tona tanto os saberes engendrados por eles quanto os que, por conseguinte, são rejeitados. Nesse sentido, enfatizaremos a raridade discursiva e questionaremos quais são as condições históricas e culturais de um fenômeno cotidianamente marcado como a-histórico e meramente emocional e/ou biológico como a depressão.

Diante de um vasto campo de relatos sobre a depressão na internet, constituído por vídeos, textos, imagens, grupos e fóruns de discussão, como formato privilegiado de testemunho, escolhemos o vídeo, porém também contaremos com algumas narrativas escritas ao longo do trabalho, que vão aparecer, sobretudo, na forma de comentários e reações a esses discursos filmados. Levando em consideração que o enunciado também está na forma de enunciar, optamos por privilegiar o formato do vídeo por ser característico do que Sibilia (2008) destaca: a reapropriação pela internet dos moldes narrativos e estéticos da tradição cinematográfica, televisiva e publicitária, valorizando “a própria vida em função da sua capacidade de se tornar, de fato, um verdadeiro filme – ou melhor, um atraente produto transmídia” (SIBILIA, 2008, p. 81). Além disso, os vídeos também permitem maior satisfação daquilo que Sibilia (2008) denomina “fome de realidade”, pois, diferentemente de outras formas narrativas, como a escrita, o formato filmado é capaz de aproximar narrador e espectador e provocar maiores efeitos

emocionais ao exibir a aparência daquele que testemunha, seu tom de voz, suas feições, gestos e etc.

A seleção de testemunhos se deu em duas etapas. Inicialmente, realizamos uma busca no YouTube por determinadas palavras-chave, como “depressão” e “história/depoimento/testemunho de depressão”. Entre os vídeos encontrados, excluímos aqueles que não se tratavam de relatos autobiográficos e também os estritamente religiosos e selecionamos os vídeos com maior quantidade de visualizações que foram gravados por indivíduos considerados comuns e que se classificam como depressivos para relatar suas experiências com o transtorno. Todos esses vídeos foram produzidos de maneira independente. São eles:

- *SUICÍDIO e Depressão!*, de Renata Castilho, com 1.308.474 visualizações;
- *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*, de Lismara Moreira, com 1.161.621 visualizações;
- *UM MENINO ME CAUSOU A DEPRESSÃO*, de Isabelle Millman, com 660.229 visualizações;
- *Depressão e ansiedade: minha história!*, de Vanessa Lino, com 510.958 visualizações;
- *#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante*, de Pedro Amaral, com 468.823 visualizações;
- *Minha experiência com DEPRESSÃO!!*, de Sunaika Bruna, com 394.607 visualizações.

Também optamos por analisar um vídeo que reúne vários testemunhos a respeito da depressão: *Depressão – Relatos*, com 45.525 visualizações. Essa escolha se deu em razão de o objeto ter sido produzido por uma pessoa considerada comum, que realizou todo um processo de busca de personagens e de edição para produzir a narrativa e publicá-la no YouTube de maneira independente. Esse aspecto é interessante, pois ressalta a autonomia e o papel de destaque não só na modelação da gramática da vida íntima, mas também no manejo das ferramentas de comunicação, dos indivíduos considerados comuns na internet.

Na segunda etapa, consideramos que seria interessante selecionar objetos que tivessem relação com algum projeto institucional que apresentasse como uma de suas temáticas a depressão. Concluímos que os vídeos do TED Talks seriam ideais para

preencher esse lugar, uma vez que tal projeto é reconhecido ao redor do mundo e convida diversos indivíduos anônimos para falarem sobre suas experiências com uma série de doenças, dentre elas a depressão. Para selecionar os vídeos do TED Talks, excluímos os apresentados por personalidades da mídia ou profissionais de saúde, escolhendo alguns daqueles, dentre os que são conduzidos por indivíduos considerados comuns, que apresentassem a quantidade mais expressiva de visualizações. São eles:

- *“I’m Fine” - Learning To Live With Depression | Jake Tyler | TEDxBrighton*, com 986.101 visualizações;
- *Conquering depression – how I became my own hero | Hunter Kent | TEDxYouth@CEHS*, com 941.027 visualizações;
- *Why we need to talk about depression | Kevin Breel*, com 863.777 visualizações.

Os vídeos do TED Talks também foram selecionados por apresentarem um formato bem específico da cultura terapêutica, ou seja, são programas produzidos, roteirizados e editados dentro de um script terapêutico onde dominam os efeitos emocionais e melodramáticos. Nesses vídeos, a narrativa testemunhal emerge como o principal ingrediente de um espetáculo feito para emocionar a partir de histórias de superação em que os narradores aparecem como heróis por terem sido vítimas e enfrentado um longo e tortuoso percurso até encontrarem um final, senão feliz, ao menos esperançoso e positivo. Diferentemente de nos outros vídeos, que parecem ser mais espontâneos, os programas do TED Talks são dominados por frases de efeito e performances até certo ponto teatrais.

A estrutura desta dissertação será composta por três capítulos. O primeiro capítulo, *Loucura e doença mental*, tem como objetivo realizar uma genealogia da loucura e da doença mental para compreender o fenômeno da depressão na contemporaneidade, de modo a embasar a reflexão sobre a questão: quais as condições de possibilidade da depressão? Nesse sentido, o capítulo aborda as diferentes concepções a respeito da loucura, passando por Idade Média, Renascimento e Classicismo, até chegar à Modernidade, com a emergência da noção de doença mental. O capítulo também se debruça sobre a melancolia, estado que, ao longo da história, mantém uma relação com o transtorno depressivo, mas constitui outra doença.

O segundo capítulo, *Depressão na contemporaneidade*, será dividido em quatro partes: os desdobramentos do conhecimento que possibilitaram a emergência do saber

técnico-científico da subjetividade biológica; as exigências da sociedade contemporânea e suas consequências psíquicas; a emergência da cultura terapêutica; e a produção de subjetividade via testemunho nas comunidades de sofredores, que produzem a depressão. Assim, o capítulo tratará de abordar a depressão desde a sua emergência, na segunda metade do século XX, com o surgimento dos antidepressivos, a partir de uma abordagem histórica da psiquiatria, da moralidade contemporânea, da cultura terapêutica, e da constituição de subjetividades via testemunho nas comunidades de sofredores. Dessa maneira, o capítulo, primeiramente, concentra-se sobre os paradigmas psiquiátricos em sua relação com a emergência do transtorno depressivo; em seguida, aborda alguns aspectos da moralidade contemporânea que são apontados por Ehrenberg (2000; 2010) como explicação para a disseminação da depressão na sociedade contemporânea; depois discorre sobre o sentido dado discursivamente pela cultura terapêutica às emoções, sobretudo ao sofrimento, que é patologizado; por último, trata das narrativas autobiográficas, sobretudo o testemunho, e a produção de subjetividade que emerge desses discursos, utilizando como norteadores teóricos, por exemplo, os *human kinds* de Hacking (1995; 2009; 2013) e o argumento da linguagem privada de Wittgenstein (1995).

No último capítulo, *Depressão e testemunho*, por meio desse embasamento teórico, serão analisados os testemunhos selecionados a partir da divisão nas seguintes categorias: a nova linguagem pública que embasa os discursos dos depressivos; tristeza cotidiana e patológica; a importância do testemunho; a medicalização da existência; e identidade e identificação. Essas categorias servirão para fins de sistematização, orientando o desenvolvimento das seções do capítulo; porém, ao longo do mesmo, também serão tratados outros aspectos dos testemunhos, como, por exemplo, a reinterpretação do passado a partir da classificação do transtorno depressivo, a idealização da depressão, a caracterização dessa patologia como uma doença “real” e orgânica e o imperativo da felicidade.

LOUCURA E DOENÇA MENTAL

Quando se ouve a palavra “depressão” hoje, é bastante provável que se pense automaticamente em doença: não uma doença qualquer, mas uma tão comum quanto a gripe¹⁸ e, ao mesmo tempo, tão grave quanto o câncer¹⁹. Levando em consideração que os indivíduos são constantemente bombardeados por estatísticas alarmantes sobre o transtorno depressivo, por notícias de famosos que sofrem ou sofreram com a depressão – alguns deles tendo cometido suicídio, ato costumeiramente relacionado a essa patologia no imaginário contemporâneo –, e por campanhas de conscientização que enfatizam como a doença pode passar despercebida e atingir qualquer um, não é de se estranhar que seja conferido tal destaque à depressão. Mas, diante disso, é necessário questionar: quais são as condições de possibilidade desse cenário?

Antes de responder a essa pergunta, deve-se esclarecer qual é a premissa de sua formulação. Questionar as condições de possibilidade da depressão na sociedade contemporânea implica, aqui, na negação dessa doença como algo que existe em essência, descolada de fatores sociais, culturais, históricos, econômicos etc. Ou seja, parte-se do pressuposto de que o destaque conferido à depressão na contemporaneidade tem profundas raízes materiais. Nesse sentido, considera-se a depressão como uma patologia social, cultural e historicamente construída e, portanto, delimitada no tempo, o que significa dizer que esta dissertação adota a perspectiva de que essa doença passou a existir em um contexto específico. Assim, a depressão não será abordada de um ponto de vista presentista, estendendo-se as significações contemporâneas a seu respeito para o passado ou compreendendo-a como uma descoberta possibilitada pelos avanços científicos. Pelo contrário: neste capítulo, será analisado o passado, elaborando-se uma genealogia da loucura e da doença mental, em uma tentativa de compreender quais são as condições de possibilidade do surgimento da depressão como um objeto empírico no mundo. Para tanto, o princípio de que a “genealogia é uma história do presente, não no sentido de historiar o passado nos termos do presente, mas no de determinar suas condições de

¹⁸ A expressão “a depressão é a gripe da alma” foi utilizada pela indústria farmacêutica para promover a depressão no Japão. Ver SCHULZ, K. Did Antidepressants Depress Japan? The New York Times. Disponível em < <https://www.nytimes.com/2004/08/22/magazine/did-antidepressants-depress-japan.html> >. Acesso em 14 ago. 2018..

¹⁹ A associação entre depressão e câncer, ou outras doenças orgânicas, é recorrente nos testemunhos analisados.

possibilidade para que seja possível a mudança, para que haja possível” (VAZ, 1997, p. 65) guiará este capítulo.

De acordo com Vaz (2015), há três narrativas que propõem dar conta do aumento da prevalência das doenças mentais na contemporaneidade. A primeira é a que considera que mais pessoas estão sendo classificadas com transtornos mentais porque os avanços da ciência permitiram a descoberta de novas patologias e de maneiras de diagnosticá-las e sistematizá-las. Esse é o tipo de narrativa privilegiada por um paradigma que biologiza o indivíduo, localizando em seu corpo a explicação e a origem de seus sentimentos e emoções. Nesse sentido, suicídio e alcoolismo, por exemplo, teriam componentes genéticos (HACKING, 1995), quando, em outras épocas, seriam preferencialmente analisados como questões de cunho social.

A segunda compreende “a produção social de deprimidos como objetos no mundo” (VAZ, 2015, p. 56), considerando que, assim como o criminoso é produzido em uma sociedade que tem como valores o consumo constante e o êxito econômico, mas que não oferece oportunidades equivalentes de sucesso para todos, incitando o indivíduo a encontrar outras maneiras de corresponder a esses ideais, o depressivo seria produção de uma sociedade que tem como imperativos morais, por exemplo, a felicidade, o bem-estar, a autonomia e a autenticidade. Nesse sentido, o depressivo seria aquele cuja doença resulta de sua incapacidade em seguir os padrões da cultura vigente, que sufocam-no e deixam-no doente. Essa narrativa, no entanto, não problematiza a percepção a respeito do sofrimento e dos modos de ser, sem evidenciar como determinado tipo de sofrimento e de subjetividade passaram a ser ressignificados como doença, e tendendo a localizar na sociedade a razão do adoecimento.

A terceira narrativa considera a mudança de atitude diante do sofrimento como resultado do entrecruzamento entre questões econômicas e sociais, e analisa como essa postura diante do sofrimento se relaciona à produção de diagnósticos e métodos de intervenção. Essa narrativa enfatiza os interesses da indústria farmacêutica, considerando que, para constituírem um mercado consumidor para seus remédios, as empresas desse ramo precisam vender as doenças de que seus medicamentos supostamente tratam. Nesse sentido, há um nexos entre mercado e mercadoria: é necessário tornar latente no indivíduo o desejo de consumir os psicofármacos e, para tanto, é imprescindível que o sujeito deseje se conceber como doente.

Diante disso, a opção pela concepção materialista do transtorno depressivo, exposta no início do capítulo, significa que esta dissertação não adotará perspectivas que apresentem essa patologia como uma descoberta possibilitada pela ciência, ou seja, que a presente pesquisa se situa no eixo da segunda e da terceira narrativas, recusando a primeira. Nesse ponto, é interessante explicitar que, com a adoção de perspectivas que consideram a depressão como algo produzido, em vez de natural ao mundo, não se pretende colocar em questão a existência desse transtorno nem o sofrimento daqueles que se dizem afetados por ele, mas sim questionar o modo de dar sentido a esse sofrimento e argumentar que foi a partir de um determinado ponto da história que surgiram as condições de possibilidade para a emergência da depressão e do modo de ser depressivo. Assim, da mesma maneira que Hacking (1995) se utiliza de uma aliança entre construtivismo e essencialismo para fundamentar seu argumento de que o homossexual somente surgiu no século XIX como a indicação de um tipo de indivíduo²⁰, esta dissertação considera o depressivo como um modo de ser inscrito em nosso tempo, tornado possível por determinadas condições que levaram ao seu aparecimento como uma classificação disponível no rol de subjetividades da contemporaneidade.

Para tal, neste capítulo serão abordadas as diferentes concepções a respeito da loucura, desde a Idade Média, passando pelo Renascimento, o Classicismo, e pela Modernidade, quando estabeleceu-se um vínculo com a medicina a partir da noção de doença mental. Também será abordado o que antes era conhecido como melancolia. Dessa maneira, será possível compreender os diferentes fundamentos que giram em torno da loucura e da doença mental em épocas distintas para que, no próximo capítulo, abordemos a depressão na contemporaneidade.

1.1.Loucura no Renascimento e no Classicismo

Em *A História da Loucura* (1978), Foucault considera que, no fim da Idade Média, os leprosos começam a desaparecer da Europa. Com isso, o lugar ocupado pelo leproso como presença da morte em vida e como aquele que é salvo pela sua própria exclusão vai

²⁰ Hacking (1995) considera que construtivismo e essencialismo são complementares e se apoiam um no outro. Nesse sentido, o filósofo canadense defende que o fato de algo ser socialmente construído não significa que não exista, mas sim que seu conceito só foi construído a partir de um determinado momento, ainda que sua prática já tivesse sido manifestada previamente no mundo. É o caso do homossexual: apesar de ter emergido como um tipo de subjetividade somente no século XIX, a prática sexual entre indivíduos do mesmo sexo já existia antes, mas não com esse sentido relativo à interioridade.

sendo preenchido por outros tipos de indivíduos, como pobres, vagabundos e doentes venéreos. No entanto, de acordo com Foucault (1978), a verdadeira herança da lepra é a loucura, tendo o louco²¹ progressivamente substituído a figura do leproso e evocado seus velhos ritos até o estabelecimento do domínio sobre a loucura no século XVII.

No fim da Idade Média e no Renascimento, o louco é compreendido na sua relação com transcendências imaginárias, pois aparece como detentor de saberes místicos, esotéricos, proibidos e ameaçadores, afinal a “loucura é o já-está-aí da morte” (FOUCAULT, 1978, p. 21). Nesse sentido, o louco era concebido como o detentor da verdade, uma verdade que estava oculta e inacessível aos olhos dos homens comuns, e a loucura reivindicava “para si mesma estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão” (FOUCAULT, 1978, p. 19). Assim, a loucura era compreendida como mais verdadeira que a razão, o que reforça seu caráter místico, de ser “para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar que dominar” (FOUCAULT, 1975, p. 54): os saberes do louco, por serem concebidos como provenientes de outro mundo, estavam além dos conhecimentos mundanos; a verdade ainda não era domínio da razão, pois a loucura apresentava uma “existência absoluta na noite do mundo” (FOUCAULT, 1978, p. 39).

Um dos principais símbolos da loucura nesse período é a Nau dos Loucos, embarcação que levava os insanos de um lugar a outro e que constituía uma experiência errante para os loucos. A Nau dos Loucos representava a passagem do insano, que era visto como alguém de outro mundo, ao além: o louco ia para outro mundo quando embarcava e chegava de outro mundo ao desembarcar. Essa era uma das maneiras pelas quais as cidades expulsavam esses indivíduos de seus domínios, garantindo que não mais vagariam pelas ruas.

A concepção da loucura como algo místico começou a entrar em decadência no século XVI, quando o humanismo renascentista introduziu a noção de uma loucura advinda da razão, existindo apenas relativamente à razão. Se durante o Renascimento havia a possibilidade de uma “Razão irrazoável, de um razoável desatino” (FOUCAULT, 1978, p. 54), a partir do período humanista da Renascença a loucura está relacionada à conduta dos homens, na medida em que representa o castigo do indivíduo que errou, que

²¹ A figura do louco não tinha nenhuma conotação psicológica ou médica, não estando associada a doenças mentais. O louco como doente mental e uma entidade médica mais precisa em torno da loucura, de acordo com Foucault (1978), só aparecem no século XIX.

se esquivou do caminho correto, da razão, e, portanto, está indubitavelmente ligada a um universo moral. Nesse sentido, a loucura “torna-se uma das próprias formas da razão” (FOUCAULT, 1978, p. 39) e é uma das medidas da razão, assim como a razão é medida da loucura: uma recusa a outra, porém ambas se fundamentam justamente nessa negação. Dessa forma, a loucura passa a pertencer ao mundo das coisas e das pessoas, e não ao sobrenatural, e o louco deixa de ser uma figura transcendente para representar aquele que erra.

Essa transformação no entendimento da loucura marca a passagem do Renascimento à Idade Clássica. Com Descartes, no século XVII, torna-se possível a certeza a respeito de não ser louco: o sujeito que pensa não pode ser louco na medida em que pensa e “a loucura é condição de impossibilidade do pensamento” (FOUCAULT, 1978, p. 53). A loucura é, assim, relegada a um espaço de reclusão, de silêncio, de negação, uma vez que está fora do domínio da razão e da verdade.

A compreensão da loucura como o oposto da razão, que começa a se delinear no final do Renascimento e se consolida no Classicismo com Descartes, oferece as condições de possibilidade para que o século XVII seja marcado pelas casas de internamento, onde a loucura é silenciada, pois o louco se mistura a outros indivíduos marginais da época, como os doentes venéreos, as prostitutas, os pobres, os vagabundos e os desempregados, sob a unidade do desatino (FOUCAULT, 1978).

O Classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os "internos". O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representaram seu papel nesse gesto e banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto (FOUCAULT, 1978, p. 61).

É importante ressaltar que as casas de internamento se configuravam mais como estruturas semijurídicas do que como estabelecimentos médicos, constituindo uma forma de punição dos indivíduos que eram considerados problemáticos para a ordem. Assim, os internamentos representavam um papel de organização da sociedade, na medida em que reuniam sob seu teto todos aqueles que ameaçavam a cidade, seja com sua miséria, sua devassidão, sua doença venérea, sua vagabundagem ou sua insanidade. Dessa maneira, se antes essas figuras eram “escorraçadas” ou punidas em praça pública, as casas de internamento, que emergiram na segunda metade do século XVII na França, sob o

pretexto de cuidar delas e abrigá-las, “estabeleciam um sistema implícito de obrigações: ele [o miserável] tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física e moral do internamento (FOUCAULT, 1978, p. 74). Tal fato concede a esses asilos um significado ambíguo que dependia da reação do internado: se reagisse passivamente, sua internação seria considerada benéfica, uma espécie de recompensa por sua boa conduta; se fosse rebelde, o fato de ser internado apareceria como um castigo.

Foucault (1978) considera que os internamentos representavam uma nova reação diante da miséria. Se, no Renascimento, a miséria era dotada de uma “positividade mística” – o que também explica o caráter transcendental do louco, que era associado a ela –, na Idade Clássica, torna-se dessacralizada, significando uma desordem que deveria ser extirpada e castigada. Essa virada está relacionada à ascensão do trabalho como um valor ético e à condenação da ociosidade; é nesse sentido que o louco aparece, na época, como alguém que viola “as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética” (FOUCAULT, 1978, p. 84). Dentro desse regime ético, as casas de internamento apresentavam uma função econômica, seja conferindo trabalho como ascese e punição para esses indivíduos ociosos e, portanto, oferecendo mão-de-obra barata para a sociedade, seja, em períodos de crise, absorvendo os mendigos, os desempregados e todos aqueles que poderiam ameaçar a ordem com revoltas.

Nesse cenário, há uma “cumplicidade da medicina com a moral” (FOUCAULT, 1978, p. 98), pois as casas de internamento tinham como objetivo a correção moral dos desatinados, considerados culpados por terem escolhido o caminho oposto ao da razão. Assim, a internação significava mais castigo do que cura, na medida em que a “cura” estava submetida à correção: era necessário “castigar a carne” (FOUCAULT, 1978, p. 98), já que a saúde favorecia o pecado, tendo o internamento um papel de “conduzir de volta à verdade através da coação moral” (FOUCAULT, 1978, p. 112). É nesse sentido que Foucault (1978) considera a existência de uma identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura.

Como é perceptível, na Idade Clássica não havia ainda uma unidade médica em torno da loucura, que não se diferenciava claramente dos outros comportamentos apresentados pelos indivíduos submetidos à internação, que envolviam doentes venéreos, homossexuais, desempregados, devassos e etc. Apesar de existirem, na época, alguns

hospitais reservados aos loucos²², a maioria era relegada às casas de internamento, que tinham aspecto de prisões e visavam garantir que os internos lá ficassem durante tempo suficiente para se arrependem de suas condutas irrazoáveis. Assim, Foucault (1978) considera que a experiência da loucura como doença ainda era irrisória nesse período, quando estava mais relacionada aos comportamentos desviantes.

Nesse sentido, se, antes do século XVII, o louco havia adquirido uma individualidade, mais relacionada à sua personagem mística do que ao estatuto de doente, na Idade Clássica, perde essa individualidade ao ser absorvido junto a uma heterogeneidade de outras figuras excluídas pelas casas de correção. Os asilos, que tinham caráter de hospital, passaram a representar, nesse período, uma jurisprudência que independia do médico. Assim, o internamento estava submetido, por exemplo, ao rei e às famílias, que solicitavam a internação dos membros que considerassem indignos de preservar sua estrutura e seu patrimônio (FOUCAULT, 1978).

No século XVIII, passa a ser necessária a interdição do indivíduo a priori da internação. Nesse movimento, o louco é reconhecido como incapaz de responder juridicamente pelos seus atos, havendo um envolvimento maior dos médicos nas práticas de internação. Foucault (1978) considera que é na experiência jurídica da alienação que a definição de doença mental vai sendo aprimorada em sua relação com a loucura, tendo como base a noção de incapacidade do sujeito jurídico, de acordo com a qual tornou-se possível definir quem era o indivíduo perturbador do grupo, levando em consideração os preceitos morais da época.

O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita — porém sem obliterá-la — sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados — o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (FOUCAULT, 1978, p. 148).

De acordo com Foucault (1978), é somente no ponto de encontro entre o decreto do internamento e o conhecimento jurídico que define a capacidade do sujeito que torna-se possível a emergência de uma ciência das doenças mentais. No Classicismo habitaram,

²² Foucault (1978) sustenta que os primeiros hospitais dedicados aos loucos na Europa surgiram por volta do século XV, apesar de a loucura ainda não estar envolta por uma sensibilidade médica precisa.

portanto, essas duas experiências de loucura: tanto aquela baseada na percepção social, que condenava o louco, percebendo-o em sua relação com uma diversidade de outras figuras marginais, quanto a que se baseou na análise jurídica da alienação. E foi essa segunda experiência que possibilitou a emergência de uma ciência positiva e psicopatológica em torno da loucura ao longo do século XIX.

É também em meados do século XVIII que a desrazão, que até então parecia ocultada a partir do internamento, “ressurge carregada de novos perigos e como que dotada de um outro poder de questionamento” (FOUCAULT, 1978, p. 387), invadindo a paisagem social do Iluminismo, “como se a razão clássica admitisse novamente uma vizinhança, um relacionamento, uma quase-semelhança entre ela e as figuras do desatino” (FOUCAULT, 1978, p. 388). Foucault considera que, por volta de meados do século XVIII, surge um grande medo alimentado pelas casas de internamento, cogitadas como a origem de um mal misterioso que se espalhava pelas cidades, ameaçando contaminar seus habitantes com a podridão dos internos, misto de corrupção moral e putrefação corporal. Nesse momento, a desrazão aparece marcada por um “indício imaginário de doença” (FOUCAULT, 1978, p. 391), aproximando-se de uma noção de doença mais relacionada ao fantástico do que à medicina.

De acordo com Foucault (1978), o grande medo é a condição a priori desse avizinhamo entre desrazão e doença: é o temor do mal presente nas casas de internamento que alimenta a necessidade de um médico, não para proteger os internos, mas sim a população para além dos muros do asilo. Nesse ímpeto de dominar a desrazão para dela se proteger, começa a se delinear a figura do louco como doente, ou seja, como alguém suscetível a um tratamento médico, em vez de a um castigo.

Bruscamente, em alguns anos no meio do século XVIII, surge um medo. Medo que se formula em termos médicos mas que é animado, no fundo, por todo um mito moral. Assusta-se com um mal muito misterioso que se espalhava, diz-se, a partir das casas de internamento e logo ameaçaria as cidades. Fala-se em febre de prisão, lembra-se a carroça dos condenados, esses homens acorrentados que atravessam as cidades deixando atrás de si uma esteira do mal. Atribui-se ao escorbuto contágios imaginários, prevê-se que o ar viciado pelo mal corromperá os bairros habitados. E novamente se impõe a grande imagem do horror medieval, fazendo surgir, nas metáforas do assombro, um segundo pânico. A casa de internamento não é mais apenas o leprosário afastado das cidades: é a própria lepra diante da cidade (FOUCAULT, 1978, p. 389).

Nesse cenário se intensificava o pavor tanto diante da desrazão quanto da loucura, que ainda não haviam se separado, mas suscitavam diferentes consciências: enquanto a primeira estava mais relacionada a “ressurreições imaginárias” (FOUCAULT, 1978, p. 397), a segunda despertava uma inquietação histórica e social. É, assim, que a loucura começa a ser compreendida em sua relação com um tempo e uma época determinados, levando à emergência da noção de “forças penetrantes”, que podem ser traduzidas como o desenvolvimento do conceito de meio. A partir dessa perspectiva, o meio em que o indivíduo se encontra passa a influenciar a loucura, seja através do clima, seja através da alimentação ou da maneira de viver.

Na segunda metade do século XVIII, tornam-se regulares as internações dos loucos em casas específicas para indivíduos nessa condição. No entanto, os estabelecimentos reservados aos loucos, nesse momento, ainda eram muito parecidos com as grandes casas de internamento, sem um lugar relevante para a medicina. A especificidade desse fato está no isolamento da loucura, que vai se tornando cada vez mais autônoma em relação à desrazão e à miséria. Um exemplo da especificação da loucura está na diferenciação precisa entre insensatos e alienados: enquanto estes são totalmente alheios à verdade e à razão, aqueles apresentam falhas na percepção, na apreensão da verdade ou no juízo, por conta de um desvio na razão.

O movimento de especificação da loucura é concomitante à libertação da desrazão e da miséria das casas de internamento. Assim, os loucos foram isolados nesses estabelecimentos, uma vez que a prática de internamento se afastava da condenação dos conflitos familiares, da libertinagem e da miséria na medida em que se questionava a internação desses indivíduos, os quais deveriam estar em sociedade para cumprir seu papel social na produção de riquezas, em vez de receber assistência do Estado. Questionamento esse que se relacionava a uma reformulação ética a respeito dessas categorias, que deixam de representar uma questão de ordem pública e se deslocam para a esfera privada. É a partir desse isolamento da loucura que começa a se desenvolver uma correlação entre internamento e cuidados médicos, pois os loucos representavam um problema de domínio público, que deveria ser controlado, pois ameaçava a segurança dos indivíduos em sociedade. Nesse sentido, a apropriação dos asilos e da loucura pela medicina não se dá por um movimento ativo dos médicos, mas sim por conta da reorganização da estrutura das casas de internamento, que se tornaram unidade tanto de tratamento quanto de internação. Dessa maneira, em vez de apresentarem uma função

única de exclusão, esses estabelecimentos começaram a acumular, também, os cuidados médicos. Se, antes, medicina e internamento eram estranhos um ao outro, nesse momento, convergem (FOUCAULT, 1978).

O importante é que essa transformação da casa de internamento em asilo não se fez através da introdução progressiva da medicina — espécie de invasão proveniente do exterior — mas através de uma reestruturação interna desse espaço ao qual a era clássica não havia dado outras funções além das de exclusão e correção. A progressiva alteração de suas significações sociais, a crítica política da repressão e a crítica econômica da assistência, a apropriação de todo o campo do internamento pela loucura, enquanto todas as outras figuras do desatino foram dele pouco a pouco afastadas, tudo isso é que faz do internamento um lugar duplamente privilegiado pela loucura: o lugar de sua verdade e o lugar de sua abolição. (FOUCAULT, 1978, p. 477).

É essa objetificação da loucura que torna possível a consolidação, ao longo do século XIX, de uma ciência a seu respeito, a psiquiatria, com expoentes como Pinel e Esquirol à frente das reformas das casas de internamento. Como a loucura passa a ser conhecida, em vez de simplesmente reconhecida, o louco emerge como figura humana em contraposição à animalidade associada a ele na Idade Clássica. Se, no entanto, o louco é libertado de sua desumanidade, como lembra Foucault (1978), a partir de um conhecimento positivo a seu respeito, é fechado em um determinismo, na medida em que só é inocente “no absoluto de uma não-liberdade” (p. 558); retiram-se suas correntes, mas é destituído de sua vontade, “transferida e alienada no querer do médico” (p. 558); e ainda tem sua liberdade restringida pelo espaço do internamento, “mais fechado, mais rígido, menos livre que aquele” (p. 558).

1.2.Doença mental na modernidade

O século XIX é particularmente interessante, pois foi nessa época que a psiquiatria alargou seu escopo, passando a abranger sob seu domínio desvios que antes ficavam sob a jurisdição da religião e da justiça. De acordo com Foucault (1978), a partir do conceito de instinto, que trazia a noção de uma “loucura instintiva”, na qual apenas parte do comportamento do indivíduo era afetada, deixando a inteligência intacta, a psiquiatria expandiu suas fronteiras. Se, antes, para ser considerado louco, o indivíduo deveria ser acometido por delírios e marcado pela falta de razão, a partir da modernidade a loucura ganhou novos contornos, pois a psiquiatria tornou “psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos, que são da ordem do

comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental” (FOUCAULT, 2001, p. 185).

É também o que indica Ehrenberg:

[...] a partir do último terço do século XIX, dores morais variadas passaram a ser definidas a partir de sua negação em relação à loucura: elas são menos graves e desprovidas de delírios e alucinações. São denominadas, de acordo com o caso, neurastenias, psicastenias, coração irritável e etc. O termo neurose reagrupa esses problemas díspares: eles são funcionais, ou seja, não possuem causas orgânicas. Os tipos astênicos de neurose são considerados a segunda fonte da depressão²³. (EHRENBERG, 2000, p. 28, tradução minha).

Davidson (2001) coloca como um dos motivos desse alargamento da psiquiatria o declínio da patologia clínico-anatômica no campo psiquiátrico, uma vez que a mesma não oferecia uma teoria explicatória para as doenças mentais nem fundamentava suas classificações. A partir disso, abriu-se um amplo leque de possibilidades de doenças e suas categorias, como a das doenças funcionais, ou seja, aquelas que não apresentavam nenhum componente fisiológico, cujos exemplos eram a perversão sexual e a histeria. De acordo com Davidson (2001, p. 2) “admitir puros desvios funcionais como doenças criou toda uma nova espécie de indivíduos doentes e modificou radicalmente nossas concepções a respeito de nós mesmos”²⁴.

Joel Birman (2016) explica que essas mudanças na concepção de loucura foram possibilitadas pela superação do modelo cartesiano: Descartes, no século XVII, “fincou o território do sujeito na interioridade” (BIRMAN, 2016, posição 2.655), onde se concentrariam seu pensamento e sua razão, estabelecendo uma contraposição entre o espírito e o corpo, o “dentro” e o “fora”, sendo este representado pelos objetos e pelas coisas. Assim, segundo essa perspectiva dualista que vigorou até o século XIX, o louco seria aquele que se exerce na exterioridade, onde reina a desrazão e, portanto, não é possível se constituir como sujeito. Dessa maneira, se “penso, logo existo” marca a “existência do sujeito na ordem do pensamento” (BIRMAN, 2016, posição 2.660),

²³ [...] à partir du dernier tiers du XIXe siècle, des douleurs morales hétéroclites sont définies en négatif par rapport à la folie: elles sont à la fois moins graves et dépourvues de délires ou d'hallucinations. On les appelle, selon les cas, neurasthénie, psychasthénies, coeur irritable, etc. Le terme névrose regroupe ces troubles disparates: ils sont fonctionnels, c'est à dire qu'ils n'ont pas de causes organiques. Les types asthéniques de névrose sont regardés comme la deuxième source de la dépression.

²⁴ [...] admitting pure functional deviations as diseases was to create entire new species of diseased individuals, and to radically alter our conceptions of ourselves.

qualquer forma de existência que escape ao domínio da razão marca uma espécie de inexistência do sujeito. Hegel seria o primeiro a superar essa dualidade, ao reconhecer uma dinâmica dialética entre os registros do dentro-de-si e do fora-de-si²⁵, pois “o sujeito está fadado às alienações e às desalienações sucessivas” (BIRMAN, 2016, posição 2.705). O modelo psicopatológico de Hegel, a psicose, marcou a psiquiatria nascente da modernidade, oferecendo ao sujeito fora-de-si a possibilidade de cura que antes lhe era renegada e reconhecendo a loucura como um elemento existente no interior da própria razão.

Foucault (1978) evidencia que, em meados do século XVIII, já se poderia encontrar indícios da tentativa de superação da dicotomia cartesiana entre razão e loucura. É o caso da obra *Neveu de Rameau*, que foi escrita “no meio do século XVIII, e bem antes de ser plenamente ouvida a palavra de Descartes” (FOUCAULT, 1978, p. 382), mas só publicada em 1805²⁶, de autoria de Diderot. Nessa obra, caracterizada por Foucault como uma lição anticartesiana e como ponto de partida do não-cartesianismo moderno, a loucura aparece como necessária à existência da razão, pois, sem ela, “a razão seria privada de sua realidade” (FOUCAULT, 1978, p. 379). Da mesma maneira, o louco aparece como possuído pela razão, na medida em que a desrazão “torna-se a razão da razão” (p. 379). Dessa forma, a desrazão emerge como interior e essencial à razão. Enquanto no final da Idade Média e no Renascimento a loucura era admitida dentro do território da verdade por representar uma razão irrazoável ou um razoável desatino, e na Idade Clássica foi excluída do domínio da razão ao ser concebida como seu oposto e inscrita na exterioridade, na Modernidade, o estatuto da loucura revela uma interdependência entre razão e loucura, que passam a ser definidos a partir de um movimento dialético, na medida em que a loucura pode ser inscrita na interioridade, tal como a razão. Quando a loucura passa a fazer parte do domínio da razão, é possível constituí-la como um objeto de conhecimento e uma ciência, que emerge sob a forma da psicologia e da psiquiatria.

Não mais é necessário, após Descartes, atravessar corajosamente todas as incertezas do delírio, do sonho, das ilusões, não é mais necessário superar os perigos do desatino: é do próprio fundo do desatino que nos

²⁵ Birman (2016) esclarece que, apesar de Hegel ter se afastado dessa dualidade rumo a uma dialética, ainda está inserido na filosofia do sujeito inaugurada por Descartes, pois considera que o sujeito se define pela razão.

²⁶ Pouco tempo após sua publicação, Hegel comenta essa obra em sua *Fenomenologia do Espírito* (1807).

podemos interrogar sobre a razão. E está novamente aberta a possibilidade de reconquistar a essência do mundo no torvelinho de um delírio que totaliza, numa ilusão equivalente à verdade, o ser e o não-ser do real (FOUCAULT, 1978, p. 382).

1.2.1 Psiquiatria, anormal e moralidade

O que se torna objeto da psiquiatria a partir do século XIX é a moralidade. Apesar de a relação entre psiquiatria e moralidade já existir antes desse momento, foi na modernidade que esse vínculo ficou mais aparente. Nesse sentido, ser anormal passou a significar apresentar um comportamento em desacordo com as leis morais da época. E, mais do que isso, não só apresentar um comportamento considerado “imoral”, mas também pensar em se comportar de maneira inadequada, uma vez que os desejos e a imaginação individual eram constantemente problematizados e perscrutados pelas instâncias médicas (FOUCAULT, 2001). Houve, portanto, uma redefinição das noções de normal e patológico, a qual ocasionou transformações na subjetividade moderna, e fez com que a psiquiatria assumisse uma forma de poder pastoral, na medida em que produziu um problema – a anormalidade, o desvio – e se ofereceu como a salvadora dos anormais, prometendo tratá-los a partir de suas intervenções (FOUCAULT, 2001).

Nesse cenário, caracterizado pela sociedade disciplinar, uma “técnica de adestrar os indivíduos” (VAZ, 1997, p. 79), as leis morais eram absorvidas pelos sujeitos, que internalizavam não só os interditos e as regras de conduta, mas também, e sobretudo, a vigilância, e, assim, eram tomados pela culpa ao desejarem o próprio desejo, imoral. Com a ameaça velada de serem submetidos às internações compulsórias em asilos e com o medo de sofrerem com a forte estigmatização direcionada aos doentes mentais, os indivíduos deveriam estar sempre atentos aos próprios pensamentos, fontes em potencial de atitudes reprováveis, e às próprias ações. Assim, a vigilância era exercida não só pela psiquiatria sobre os sujeitos, mas também pelos indivíduos sobre eles mesmos (FOUCAULT, 2001).

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? (VAZ, 1997, p. 83).

A partir do panóptico, “uma maquinaria que força o indivíduo a refletir, a se examinar segundo a norma” (VAZ, 1997, p. 84), e da sanção normalizadora, que

motivava o autojulgamento, os sujeitos se angustiavam com seus próprios desejos. A possibilidade de estarem sempre sendo vigiados por um poder inverificável tornava imprescindível a vigilância sobre si mesmo, diante da negatividade ética produzida pela época moderna, negatividade essa associada à anormalidade. Tal negatividade ética tinha, contudo, efeitos de positividade no mundo empírico, ao fomentar nos indivíduos a busca pela normalidade, ou seja, a boa disposição a corresponder às normas, a efetivar-se enquanto corpo dócil – eficaz economicamente, mas submisso politicamente (VAZ, 1997) –, para atender à necessidade de ser considerado normal em uma sociedade em que ser anormal significava ser objeto de ojeriza e exclusão. Nesse sentido, Foucault (1999, p. 15-16) sugere que o poder disciplinar se sustenta a partir de efeitos “que podem ser de recusa, bloqueio, desqualificação, mas, também, de incitação, de intensificação, em suma, as ‘técnicas polimorfos do poder’”. Assim, é negando que o poder afirma; é rejeitando que constitui; é bloqueando que intensifica.

A produção de subjetividade na modernidade se dá, então, na divisão dos indivíduos em normais e anormais e do indivíduo em seu interior e em relação aos outros, sendo o risco velado de pertencer ao mundo dos loucos aquilo que transformava a todos em loucos virtuais. O temor de ser anormal homogeneizava a sociedade, cujos ideais os considerados normais deveriam obedecer para merecer sua classificação.

A sociedade disciplinar é, portanto, também aquela na qual vigora a culpabilidade interna. Na era pré-moderna, a culpabilidade era externa, ou seja, só se considerava que havia culpa caso o crime tivesse sido visto por outrem. Quando a culpabilidade é interna, o crime não precisa ser flagrado por ninguém, visto que o próprio sujeito se julga e se culpa (VAZ, 1997). É por isso que não é só a ação, suscetível à visibilidade externa, mas fundamentalmente o pensamento e o desejo, perscrutados por aquele que pensa e deseja, e também por aqueles a quem estes direcionam suas confissões, que são objetos do poder-saber disciplinar.

A partir do poder de normalização exercido pela psiquiatria, o exame psiquiátrico tornou-se o duplo do delito (moral) e, por conseguinte, o psiquiatra, o duplo da polícia, sobretudo porque havia um nexos entre o doente mental e o delinquente e o perverso sexual (VAZ, 2015; FOUCAULT, 1999). A relação entre psiquiatria e polícia fica mais clara se se toma como exemplo a reforma administrativa de 1848, que inseriu a psiquiatria na instância da administração pública, tornando possível a internação dos indivíduos considerados potencialmente perigosos pelo prefeito em hospitais psiquiátricos. Com

isso, foi desenvolvido um nexos entre loucura e periculosidade. A internação compulsória era uma maneira de realizar uma higienização pública, “limpando” das ruas os indivíduos considerados perigosos ou inconvenientes (FOUCAULT, 2001). Desse modo, se durante a Idade Média a Nau dos Loucos representava a exclusão desses indivíduos da sociedade a partir de um “exílio ritual” que buscava a salvação espiritual deles mesmos e daqueles que o excluía (FOUCAULT, 1978), na modernidade os tidos como loucos eram isolados do convívio social nos asilos, em um modus operandi secularizado pela medicina psiquiátrica. Essa secularização da moralidade transformou os infratores morais em pacientes: os anormais, justamente por serem anormais, ou seja, doentes mentais, não poderiam ser imputados pelos seus desvios perante a justiça, pois se considerava que esses indivíduos eram acometidos por desejos que estavam para além de seu controle; em suma, por instintos (FOUCAULT, 2001).

Foucault (2001) sustenta que havia uma espécie de racismo na psiquiatria, racismo esse dirigido contra aqueles que apresentavam alguma diferença, alguma característica considerada defeituosa, e que poderiam passar adiante esses traços indesejáveis caso continuassem circulando livremente pela cidade, e, dessa maneira, contaminar a sociedade com seus comportamentos impróprios. Tal instância médica funcionava, então, como uma “caça aos degenerados” (FOUCAULT, 2001). É isso que pode-se depreender, inclusive, das palavras de Kraepelin (1913 apud GREENBERG, 2010, p. 72): “todos os insanos são perigosos”. De acordo com Greenberg, o objetivo de Kraepelin ao desenvolver uma classificação diagnóstica mais pragmática não era a cura dos mentalmente enfermos, mas sim possibilitar que os médicos fizessem uma “triagem” para estabelecer quem deveria ser internado nos asilos, de maneira que esses indivíduos não pudessem machucar outras pessoas nem se reproduzir, solucionando o problema da “degeneração crescente de nossa raça no futuro” (KRAEPELIN, 1913 apud GREENBERG, 2010, p. 72).

De acordo com Heidegger (1938), a ciência e o “desendeusamento” são dois aspectos que marcam a metafísica da modernidade. Assim, esse modelo psiquiátrico se insere na lógica cientificista da sociedade moderna, que afasta a religião e busca a ciência para responder seus questionamentos. No entanto, como se pode perceber, a psiquiatria, sob o pretexto de ser ciência, escondia uma ampla rede de moralidades, uma vez que os indivíduos só seriam considerados doentes mentais e, conseqüentemente, internados, caso não seguissem os padrões de conduta ideais daquele contexto.

A modernidade está inserida na lógica da sociedade disciplinar, um modelo de sociedade caracterizado pela ordem, pela autoridade e pela estratificação. Nesse contexto, os indivíduos deveriam obedecer aos papéis designados a eles pela estrutura social; do contrário, seriam considerados anormais, o que trazia profundas consequências: para além das internações compulsórias nos asilos, havia uma forte estigmatização, sobretudo por conta do vínculo estabelecido, na época, entre doenças mentais e desvios sexuais (FOUCAULT, 2001).

1.2.2 Anormal, sexualidade desviante e confissão

A partir da inserção da sexualidade no campo psiquiátrico, houve uma intensificação do controle sobre os indivíduos, pois instaurou-se um controle discursivo: os sujeitos deveriam tudo revelar sobre os seus mais íntimos desejos, mas não a qualquer um; suas confissões, de caráter obrigatório e permanente, deveriam ser dirigidas, primordialmente, aos psiquiatras. Tais confissões eram requeridas dos indivíduos, pois se considerava que seria a imaginação que lhes abriria o espaço em que poderiam desenvolver sua natureza anormal. A sexualidade também ampliou o poder da psiquiatria sobre a vida familiar sob o pretexto do perigo do adolescente masturbatório e do incesto (FOUCAULT, 2001).

Eis que essa psiquiatria vê-se engrenada agora num domínio totalmente diferente, que não é mais o do governo dos loucos, mas o do controle da família e da intervenção necessária no domínio penal. Formidável extensão: de um lado, a psiquiatria se encarrega de todo o campo das infrações e das irregularidades em relação à lei; de outro, a partir da sua tecnologia do governo dos loucos, ela tem de se encarregar das irregularidades intrafamiliares. Da pequena soberania da família à forma geral e solene da lei, a psiquiatria aparece agora, deve aparecer e deve funcionar como uma tecnologia do indivíduo que será indispensável ao funcionamento dos principais mecanismos de poder (FOUCAULT, 2001, p. 350).

De acordo com Foucault (1999), a confissão foi tornada método científico a partir de sua correlação com o exame, de sua transformação em sintoma e da atribuição de um “poder causal inesgotável e polimorfo” (p. 64) ao sexo. Assim, se no mundo pré-moderno os indivíduos detinham a verdade sobre si mesmos, confessando ou deixando de confessar atos que conscientemente cometeram e decidiram revelar ou esconder, na modernidade o sujeito aparece como opaco para si mesmo, ignorante a respeito de seu próprio eu. Nesse sentido, a ciência aparecia como capaz de desvendar a verdade individual a partir da interpretação do discurso confessional do indivíduo, cujo teor poderia revelá-lo enquanto

normal ou anormal. O poder moderno, normalizador e pastoral, então, legitimava-se por ser compassivo, prometendo a cura, ou salvação, dos sujeitos. Esse poder, marcado pela compaixão, revelava-se muito potente, na medida em que garantia uma submissão quase total ao produzir a culpa nos indivíduos ao mesmo tempo em que lhes estendia a mão.

Foucault (2001) sustenta que é a partir do par instinto-sexualidade que a psiquiatria consolida seu domínio sobre os indivíduos, estendendo uma rede de poder que abarcava desde os masturbadores inofensivos até os criminosos mais perigosos. Ao tomar o instinto sexual como a origem de todos os comportamentos desviantes, fossem eles mínimos ou monstruosos, a psiquiatria estabeleceu diálogos entre toda essa gama de desvios, reconhecendo nos pequenos delitos do dia os trágicos crimes do amanhã, e nos assassinos da época os masturbadores do passado. Assim, a psiquiatria tinha como objetivo mostrar como o indivíduo se parecia com o crime antes de tê-lo cometido a partir da manifestação das “faltas sem infração” e dos “defeitos sem ilegalidade” (FOUCAULT, 2001, p. 24). Dessa maneira, tudo aquilo que fosse considerado esquisito, excêntrico e anormal seria classificado como o sintoma de uma doença mental. Assim, o caso-limite representado pela execução de um crime por um louco, torna-se a regra: as pequenas transgressões e os diminutos delitos ocupam o lugar do monomaníaco assassino (FOUCAULT, 2001). No lugar do crime como concepção jurídica, no entanto, estabeleceu-se o crime moral.

Podemos citar como exemplo dessa mudança de lugar – da infração criminal ao delito moral, perpassando a sexualidade – a homossexualidade. Na época pré-moderna, sodomita era a nomenclatura conferida àquele que praticava o ato homossexual, considerado um crime e submetido, como tal, às instâncias jurídicas e ao jogo de visibilidade e culpabilidade externa. Na modernidade, porém, surge a figura do homossexual, referindo-se, para muito além do ato, ao indivíduo e à sua interioridade, concatenando, ao mesmo tempo, uma sexualidade desviante – e, conseqüentemente, a anormalidade e o estigma –, e a culpabilidade interna: o desejo homossexual já seria prova suficiente de anormalidade, na medida em que fora produzida naquele momento uma identidade ao dar corpo a essa “perversão sexual”. Como anormal, portanto, o indivíduo homossexual seria submetido à psiquiatria, e não à justiça (FOUCAULT, 1999).

Para Davidson (2001), a psiquiatria do século XIX tomou a sexualidade como o meio pelo qual a mente humana poderia ser melhor representada. Com isso, a sexualidade emergiu como a principal forma de individuação, capaz de “encaixar” o indivíduo em um

modo específico de ser, que abrangia, por exemplo: sádicos, homossexuais, masoquistas, fetichistas etc. É por isso que Davidson (2001), tomando a mesma direção que Foucault (1999) e Hacking (1995), acredita que não havia nem perversão nem pervertidos antes do século XIX, uma vez que foram inventados pela razão psiquiátrica do período.

Esses movimentos empreendidos pela psiquiatria no século XIX foram responsáveis pela multiplicação de sua área de abrangência, tornando patológicos comportamentos que antes não eram considerados manifestação de doença. E é durante os séculos XX e XXI, como se verá mais adiante, que a psiquiatria expandiu ainda mais seu escopo. Mas, por ora, esta dissertação focará em um dos quadros patológicos mais marcantes dos períodos discutidos até aqui, e também o mais relevante para a depressão: a melancolia.

1.3. Um breve histórico da melancolia

É comum encontrar na mídia matérias que estabelecem diagnósticos retrospectivos de depressão. Charles Darwin²⁷, Abraham Lincoln²⁸, Vincent Van Gogh²⁹ e Winston Churchill³⁰ são algumas figuras históricas consideradas, hoje, vítimas desse transtorno mental. No entanto, é interessante questionar se esses indivíduos, de contextos tão distintos do atual, sofriam, de fato, com o que se conhece como depressão na contemporaneidade. Esse questionamento leva em consideração a existência de estreitas relações entre doenças mentais, psiquiatria e moralidade, como já foi sugerido por diversos autores (FOUCAULT, 2001; EHRENBERG, 2000; STAROBINSKI, 2016; ELLIOTT, 2003).

A depressão como entidade diagnóstica nem sempre existiu, muito pelo contrário: o transtorno depressivo passou a fazer parte do vocabulário comum em meados dos anos 1950, quando foi lançado o primeiro antidepressivo (EHRENBERG, 2000). Antes disso, o que existia era a melancolia – que significa literalmente doença da bile negra (HOROWITZ, WAKEFIELD, 2007) –, enfermidade que mais se assemelha ao que se

²⁷ Disponível em <<https://saude.abril.com.br/bem-estar/uma-epidemia-de-depressao/>>. Acesso em 14 jul. 2018.

²⁸ Disponível em <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/04/160418_dentro_mente_grandes_personalidades_rb>. Acesso em 14 jul. 2018.

²⁹ Disponível em <<https://super.abril.com.br/galeria/relembre-10-genios-com-transtornos-mentais/>>. Acesso em 14 jul. 2018.

³⁰ Ibid.

chama de depressão hoje e que povoou o imaginário das diferentes épocas vistas anteriormente. Entretanto, apesar das semelhanças, melancolia e depressão não constituem a mesma doença, tendo a passagem da primeira à segunda significado muito mais do que uma mera mudança de nomenclatura.

De acordo com Peres (2003), a melancolia é o “anseio por alguma coisa perdida” (p. 33), frequentemente considerada uma modalidade da psicose, a psicose melancólica, ou também uma forma extrema de paralisia, ao mesmo tempo em que pode qualificar um estado de ânimo marcado pelo tédio e tratado de maneira romântica e idealista. A depressão emerge na contemporaneidade como a doença substituta da “romântica melancolia” e como uma epidemia causada pela insuficiência biológica. É o que muitos denominam o “mal do século” por seu caráter epidêmico e por ser a doença do homem contemporâneo, muitas vezes aparecendo como um “meio privilegiado de compreensão” desse sujeito. Enquanto na melancolia “o desespero da alma encontra refúgio na criação, na constante procura de sentido” (PERES, 2003, p. 7), a depressão tem sua promessa de cura na psiquiatria biológica e na medicalização.

A melancolia abrangia diversos sintomas e manifestações, os quais hoje seriam atribuídos a diferentes transtornos (STAROBINSKI, 2016). Starobinski evidencia também que os significados atribuídos à melancolia eram bastante diversos, de acordo com os diferentes contextos que a ressignificavam. Na Antiguidade Grega, época em que surgiu, a melancolia era considerada uma “dor moral cuja principal manifestação é a tristeza”³¹ (EHRENBERG, 2000). Em Homero, por exemplo, a partir da descrição do sofrimento do herói Belerofonte, consideram-se os sintomas da melancolia como resultantes de uma perseguição ou de um abandono dos deuses, podendo ser aliviada por uma planta chamada nepente e curada pela reconciliação com as divindades. Hipócrates – que caracteriza a melancolia como a permanência prolongada do temor e da tristeza –, por outro lado, afastou os deuses da medicina e concluiu que a melancolia era causada pelo desequilíbrio dos humores corporais, com o excesso de bile negra, o que poderia ser tratado com dieta e exercícios físicos. Aristóteles, por sua vez, acreditava que a melancolia conferiria superioridade intelectual ao indivíduo melancólico, cujas faculdades mentais estariam inclinadas ao pensamento filosófico, poético e ao heroísmo (STAROBINSKI, 2016); logo, o filósofo grego não considerava a melancolia uma

³¹ Elle se caractérise par une douleur morale dont l’aspect le plus manifeste est la tristesse.

doença, diferentemente de Hipócrates, mas sim a natureza do filósofo, sua condição de genialidade. Segundo Peres (2003), é a perspectiva aristotélica sobre a melancolia, abordada pelo filósofo na *Problemata 30*, que prevalece durante toda a Antiguidade.

O psicoterapeuta e autor Gary Greenberg (2010) salienta que grande parte dos textos contemporâneos que se ocupam em fazer uma história da depressão geralmente começam por Hipócrates e seus escritos sobre a melancolia. De acordo com Greenberg (2010), Hipócrates estaria sendo utilizado como uma espécie de “prova” e argumento de autoridade para demonstrar que a depressão existe, ainda que os textos do médico grego sobre a melancolia sejam escassos. Assim, pode-se perceber que há uma tendência, nos estudos sobre depressão, a interpretar a doença a partir de uma narrativa que a considera como algo existente em essência, cuja prevalência poderia ser explicada pelos avanços da medicina, responsáveis por “descobrir” a depressão a partir da base teórica sobre a melancolia formulada ao longo dos séculos. Esse retorno aos estudos sobre a melancolia para fundamentar a “descoberta” da depressão, no entanto, mostra-se enganoso, pois é difícil saber se melancolia e depressão se referem à mesma coisa, uma vez que a referência, no transtorno depressivo, é, sobretudo, interna, baseada em um vocabulário descritivo do sofrimento, não havendo a possibilidade de haver, assim, uma percepção natural dessa patologia; a melancolia, por outro lado, era uma narrativa não estigmatizada de busca de sentido da existência, da verdade sobre a vida, embasada por um vocabulário teórico. Considera-se, portanto, a melancolia e a depressão como doenças diferentes, como evidenciado por Peres (2003).

Para os antigos, os sintomas da melancolia poderiam ser diversos, dependendo da localização do corpo onde houvesse o desequilíbrio humoral. Nesse sentido, consideravam que, caso a doença se fixasse no corpo, seria responsável por quadros epilépticos; caso se instalasse na inteligência do indivíduo, causaria melancolia. No entanto, é importante ressaltar que a melancolia, ou a bile negra, era vista como um humor natural, sendo patológico apenas o seu desequilíbrio humoral (STAROBINSKI, 2016).

Durante a Idade Média, nem a melancolia nem outros estados correlatos eram considerados doenças. Assim, afastando-se do modelo hipocrático, que via os indivíduos afetados por esses estados como doentes, pois eram atingidos por um desequilíbrio humoral que não era sua culpa (FRANCES, 2013), a Idade Média envolveu essas pessoas em uma aura de mistério e temor, no lugar que a Antiguidade havia estabelecido uma relação com a medicina.

Com o Renascimento e o Iluminismo, houve o resgate dos conhecimentos gregos a respeito da melancolia (FRANCES, 2013). Segundo Starobinski (2016, posição 835), o “Renascimento é a idade de ouro da melancolia [...] a melancolia-temperamento aparece como o apanágio quase exclusivo do poeta, do artista, do grande príncipe, e sobretudo do verdadeiro filósofo”. Nesse sentido, percebe-se que os renascentistas foram fortemente influenciados pela concepção aristotélica de melancolia. Starobinski (2016) sustenta que Marsílio Ficino foi um dos autores renascentistas que discorreu sobre os benefícios da melancolia, tendo ele mesmo se considerado melancólico.

Já de acordo com Foucault (1978), no século XVI a melancolia era considerada um delírio parcial, sem comprometer o todo da razão, ao mesmo tempo em que se justapunha a ação da bile negra como causa de seu aparecimento. Foucault (1978) considera que é no século XVII que a melancolia supera a causalidade proposta pela ação da bile negra, passando a ser constituída a partir da “patologia de uma idéia, de um temor, de um erro” (p. 293).

Como se pode perceber, a melancolia não era um estado unívoco: ora era compreendida como doença, tendo como referência a lógica hipocrática, ora era concebida como uma espécie de dom que elevava o indivíduo ao status de gênio, seguindo, portanto, a lógica aristotélica; ora requerindo um tratamento médico, ora clamando por um tratamento moral ou, até mesmo, filosófico, como era na Antiguidade (STAROBINSKI, 2016); ora considerada um delírio parcial, ora vista como resultado da ação da bile negra (FOUCAULT, 1978).

Mesmo quando a melancolia era concebida como doença, ou seja, tendo como origem causas primariamente físicas, com a teoria hipocrática dos humores corporais que vigorou na ciência médica por quatro milênios – até meados do século XIX – (FRANCES, 2013), alguns dos tratamentos empregados envolviam a recomendação de viagens, passeios, música, leitura, trabalhar, fazer sexo etc. Isso pode ser explicado pelo fato de que acreditava-se que a melancolia poderia ser endógena ou exógena³², sendo que, no segundo caso, as causas morais poderiam, com o tempo, afetar a estrutura fisiológica do organismo do indivíduo, enquanto no primeiro poderia ocorrer o contrário, ou seja: as disfunções fisiológicas causariam disfunções morais. Em algumas dessas formas de

³² A melancolia seria endógena caso apresentasse causas fisiológicas para seu desenvolvimento, e exógena quando suas causas fossem externas, sem relação com o corpo.

tratamento – como as viagens e os passeios –, Starobinski (2016) nota um caráter classista: enquanto as classes mais abastadas viajariam para buscar a cura e evitar a desonra da internação, os mais pobres seriam diretamente internados, e as classes médias buscariam as estações de águas. Logo, já nesse momento é possível perceber relações entre questões econômicas e sociais e a melancolia.

Na passagem do século XVIII para o XIX, aparecem os alienistas (EHRENBERG, 2000), e constitui-se uma unidade em torno da melancolia (FOUCAULT, 1978). Até então, a loucura era concebida como uma doença única, que poderia se manifestar por inúmeros sintomas, e caracterizada como o estado oposto da razão (EHRENBERG, 2000). No entanto, os alienistas, percebendo como esse conceito era demasiado generalista para lidar com doenças específicas, decompuseram a unidade da loucura em duas psicoses: a melancolia e o delírio. É, então, que, em meados do século XIX, a melancolia tem sua definição estabilizada como um “delírio parcial” e uma “dor moral” (EHRENBERG, 2000).

De acordo com Starobinski (2016), é entre os séculos XVIII e XIX que a melancolia passa a ser vista como uma doença essencialmente moral, com a sugestão de Pinel de um tratamento moral para essa enfermidade. Para ele, seria necessário inspirar nos indivíduos melancólicos paixões, hábitos e sensações diferentes daqueles que a melancolia havia implantado, sendo, assim, preciso conhecer a história de vida do paciente. Nessa época, os médicos mais influentes, como Pinel e Esquirol, consideravam que o principal sintoma da melancolia era uma ideia exclusiva sobre o espírito, o falso julgamento do indivíduo sobre si mesmo. Nesse sentido, como acreditava-se que o indivíduo melancólico tinha dificuldade de acessar “a linguagem e os procedimentos banais” (STAROBINSKI, 2016, posição 1.234), sobretudo porque muitos que seriam diagnosticados hoje como esquizofrênicos paranóides eram classificados como melancólicos, os médicos recorriam a tratamentos exagerados diante desses pacientes. São alguns exemplos: suscitar nos enfermos emoções fortes capazes de contrariar sua tristeza persistente, através da imersão brusca em água fria, de queimá-los com ferro quente e de quase sufocá-los debaixo d’água. Pinel e Esquirol discordavam desse tipo de tratamento, que, segundo eles, poderia provocar sadismo nos médicos; no entanto, concordavam que esses métodos fossem utilizados nos casos em que a melancolia teria sido causada por hábitos degradantes, como beber em excesso, frequentar prostíbulos e ter uma vida desregrada (STAROBINSKI, 2016), o que evidencia, mais uma vez, as fortes

ligações entre moralidade e doença mental e a utilização da psiquiatria como uma ferramenta punitiva e corretiva de indivíduos desviantes.

De acordo com Foucault (1978), no final do século XVIII, a noção de delírio parcial como o principal sintoma dos melancólicos vai desaparecendo gradativamente, até que sintomas como “a tristeza, o amargor, o gosto pela solidão, a imobilidade” (FOUCAULT, 1978, p. 297) tomam seu lugar. Assim, para ser classificado como melancólico no final do século XVIII não era necessário ser atingido por delírios, pois passaram a ser classificadas como melancolia “as loucuras sem delírio” (FOUCAULT, 1978, p. 297).

Diferentemente da escola francesa, representada por Pinel e Esquirol, na Alemanha do século XIX o psiquiatra Emil Kraepelin seguiu um caminho distinto, guiado por outros fundamentos. Para ele, a subjetividade e a biografia dos pacientes não importavam, muito menos o que eles diziam, pois não seria possível confiar em suas palavras, visto que eram loucos. Dessa maneira, o médico deveria se concentrar somente no corpo dos enfermos, onde encontraria a origem das doenças mentais. Kraepelin desenvolveu o sistema diagnóstico da nosologia descritiva, que leva em consideração que os sintomas constituem as doenças, e que as doenças, por sua vez, consistem nos sintomas (GREENBERG, 2010).

Kraepelin também cunhou o termo “psicose maníaco-depressiva”, em substituição à melancolia, para se referir a uma doença que se manifestaria a partir de uma série de diferentes sintomas, por vezes opostos, como distração, comportamento alegre ou depressivo e instável, excitação ou retardo psicomotor. De acordo com o psiquiatra, a psicose maníaco-depressiva seria causada não indiretamente por um desequilíbrio humoral, mas por algum problema no corpo. No entanto, a psicose maníaco-depressiva, como descrita por Kraepelin, referia-se a casos graves, psicóticos, que requeriam internamento, até mesmo porque, para o médico alemão, os loucos não poderiam ser curados. O psiquiatra acreditava que poderiam existir formas mais brandas da doença, mas que, quando moderados, os sintomas fatalmente evoluiriam até tornarem os indivíduos acometidos por essa psicose incapazes (GREENBERG, 2010).

As ideias de Kraepelin, no entanto, foram progressivamente substituídas pelas de Freud (FRANCES, 2013). Kraepelin passou a ter maior importância no final do século

XX, quando seu pensamento foi retomado no momento de redefinição da psiquiatria contemporânea, como será visto mais adiante.

Já nos Estados Unidos, o neurologista George Miller Beard desenvolveu o conceito de neurastenia ou *american nervousness* (GREENBERG, 2010), considerada por Ehrenberg (2000) como a primeira doença da moda e que permitiu um novo olhar sobre o sofrimento. De acordo com George Miller Beard, as novidades e os progressos trazidos pela modernidade – como telégrafo, imprensa, desenvolvimento científico e, até mesmo, atividade mental das mulheres – poderiam causar um estado de exaustão, uma doença que indicava o refinamento daqueles que sofriam com ela, e nada tinha a ver com a insanidade. As vítimas da neurastenia eram indivíduos que trabalhavam com a mente, eram os líderes desse novo mundo em processo de construção (GREENBERG, 2010). É interessante notar que, ao mesmo tempo em que não era considerada uma doença psicológica, e sim física, desenvolvia-se devido às demandas do mundo moderno sobre os indivíduos em posição de destaque, demandas essas capazes de ocasionar danos em seus sistemas nervosos. A partir do interesse do saber científico no campo das implicações psíquicas da modernidade sobre os indivíduos, percebe-se que começa a ser superada a relação entre anormal, imoralidade e sexualidade, deixando de haver uma forte estigmatização sobre os considerados anormais.

A neurastenia era patologia era tratada pelos neurologistas, e não pelos psiquiatras, que já estavam ficando marginalizados à época. É justamente por conta dessa marginalização que Adolf Meyer, influente psiquiatra da primeira metade do século XX, para expandir a psiquiatria, trata de se afastar do modelo preconizado por Kraepelin e sua psicose maníaco-depressiva e se aproximar do de Beard, paradigma muito mais amigável e benigno por se debruçar sobre problemas cotidianos e curáveis, e não insanidades crônicas (GREENBERG, 2010).

DEPRESSÃO NA CONTEMPORANEIDADE

Este capítulo tem como objetivo abordar a depressão na contemporaneidade, sendo dividido em quatro partes: saberes técnico-científicos, moralidade contemporânea, cultura terapêutica, e depressão e constituição de subjetividade³³. Para tanto, em um primeiro momento este capítulo discorrerá a respeito da crise psiquiátrica, do sujeito neuroquímico, do conceito de saúde mental, da indústria farmacêutica e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), entre outros aspectos relevantes do saber técnico-científico que possibilitaram a emergência da depressão. Em seguida, a dissertação focará nas exigências da sociedade contemporânea e suas consequências psíquicas sobre os indivíduos, sobretudo a partir dos imperativos da autenticidade e da autonomia destacados por Ehrenberg (2000; 2010). A terceira parte tratará da cultura terapêutica, especialmente com Furedi (2004), que encara o discurso como peça fundamental para a compreensão da epidemia de depressão hoje: é a partir do discurso terapêutico que os sujeitos se interpretam como emocionalmente vulneráveis e vítimas. Por último, a quarta parte dissertará sobre a constituição de subjetividade em torno do diagnóstico da depressão, que enseja a formação de comunidades de sofredores, onde é constituída e fixada uma identidade via testemunho.

2.1. Saberes técnico-científicos

Adolf Meyer, renomado psiquiatra da primeira metade do século XX, teve um papel de destaque na expansão da psiquiatria, ao reivindicar para essa área da medicina os sofrimentos cotidianos a partir da aproximação com a neurastenia de George Miller Beard, reduzindo os vínculos de sua profissão com a insanidade e estabelecendo seus elos com os problemas do dia-a-dia. Meyer adotou a perspectiva de que as patologias dos indivíduos tinham mais a ver com suas vidas e biografias do que com seus corpos, criticando Kraepelin, que, segundo ele, teria perdido a visão da humanidade no esforço de alçar a psiquiatria ao patamar de ciência. Dessa maneira, Meyer defendia que, assim como a neurastenia³⁴, o diagnóstico de uma doença mental poderia ser “benigno”,

³³ É necessário ressaltar que todos esses elementos estão interligados e se implicam mutuamente. No entanto, para fins de sistematização, optou-se por essa separação em tópicos.

³⁴ A neurastenia não faz parte da genealogia da depressão, pois, assim como marca Ehrenberg (2010), houve mudanças na maneira de descrever a vida social, de fazer análises sociológicas e políticas entre o momento neurastênico e o momento narcísico, e o sujeito acometido pela

ordinário e sem graves consequências negativas para a vida dos pacientes diagnosticados, abrindo as portas da psiquiatria para os indivíduos com sofrimentos mais banais, como insatisfações em relação às realizações pessoais e à felicidade, e, por conseguinte, democratizando o sofrimento mental (GREENBERG, 2010).

Enquanto Meyer realizava esse movimento nos Estados Unidos³⁵, na Europa a psicanálise se desenvolvia com Freud, introduzindo a noção de que o sofrimento poderia ser aliviado por meio da constituição de uma narrativa (GREENBERG, 2010). Em *Luto e Melancolia*, obra publicada em 1917, Freud estabelece diferenças entre o luto e a melancolia: esta seria uma neurose instaurada no inconsciente quando não é possível o indivíduo identificar a perda que sofreu, e aquele, um processo natural e consciente diante da perda compreendida de um objeto específico (FREUD, 1917 apud PERES, 2003). Nesse sentido, é possível perceber a preocupação psicanalítica em diferenciar um estado neurótico de um processo natural, preocupação essa que a psiquiatria, ao tomar as rédeas do sofrimento cotidiano, perdeu em grande medida, em meio à profusão de diagnósticos de doenças mentais variadas³⁶, como se verá mais adiante.

Freud também relacionou as neuroses ao contexto da modernidade. Segundo Birman (2016), a modernidade é a matéria-prima do discurso psicanalítico, realizando

neurastenia apresentava sintomas, enquanto o indivíduo caracterizado pelo narcisismo e pelo estado limite têm como sintomas sua personalidade. No entanto, em nosso entendimento, é interessante abordar a neurastenia em uma tentativa de melhor compreender a expansão psiquiátrica ocorrida ao longo do século XX, uma vez que desempenha um papel importante na emergência da noção de que os problemas pessoais podem e devem ser gerenciados pela psiquiatria, e também na mesma perspectiva de Peres (2003, p. 19), que considera a definição de neurastenia de extrema importância na medida em que “atribui uma nova etiologia para o adoecer mental, ou seja, já não se impõe uma relação entre uma lesão orgânica e uma síndrome apresentada. Fatores sociais de diferentes modalidades podem ser considerados fontes de adoecimento”.

³⁵ O movimento de higiene mental conduzido, também nos Estados Unidos, por Clifford Beers também teve um papel importante na democratização do sofrimento mental. Beers, que havia sofrido internações em hospitais psiquiátricos e notado o quanto os pacientes eram mal tratados, relatou suas memórias no livro *A Mind That Found Itself*, publicado em 1908, manifestando-se contra os asilos e a favor de uma reforma no tratamento das enfermidades mentais, fundou a primeira clínica de saúde mental nos Estados Unidos voltada para pacientes não internados e transformou a saúde mental em assunto político (GREENBERG, 2010).

³⁶ É importante ressaltar, entretanto, que a própria psicanálise pode ser localizada no centro daquilo que Mikkel Borch-Jacobsen (2013) denomina “psicotecnização da existência”. O autor considera que a expansão das psicoterapias ao longo do século XX foi fundamentada pela psicopatologia da vida cotidiana de Freud. Caminhando na mesma direção, Pignarre (2011) estabelece um paralelo entre psicanálise e psiquiatria: de acordo com ele, ambas situam tudo no interior do paciente, seja no seu cérebro ou no seu psiquismo, tornando-nos “especialmente vulneráveis, incapazes de nos proteger de ataques exteriores” (PIGNARRE, 2011, p. 522).

uma leitura da subjetividade e de seus impasses nesse cenário histórico específico, marcado pelo desencantamento do mundo, pela morte de Deus e por um cientificismo crescente. O sofrimento do sujeito na modernidade também seria consequência de uma desilusão: o iluminismo havia prometido felicidade e bem-estar para todos; no entanto, o progresso técnico e material alcançado durante a época moderna não foi capaz de cumprir essa promessa (BIRMAN, 2016).

2.1.1. Crise da psiquiatria e ascensão do sujeito neuroquímico

Pode-se constatar que, nas primeiras décadas do século XX, psiquiatria e psicanálise mantiveram relações estreitas: ambas estavam voltadas para a biografia dos indivíduos, interpretando suas aflições não só a partir de sua subjetividade, mas também das questões e angústias trazidas por um contexto específico – a modernidade. Contudo, se a psiquiatria, entre o fim do século XIX e o início do século XX, estava sendo marginalizada com a ascensão da neurologia, tendo que se vincular à biografia dos indivíduos em uma tentativa de sobreviver e se fortalecer, com o surgimento dos primeiros psicofármacos, após a Segunda Guerra Mundial, em 1952, alcançou o status de uma verdadeira ciência médica e, com isso, o prestígio da medicina. O fato de os remédios funcionarem para tratar neuroses, psicoses e delírios não só reforçou a ideia de que as doenças mentais poderiam ser curadas, como também legitimou o saber psiquiátrico, afinal de contas, se havia eficácia seria porque a psiquiatria foi capaz de reconhecer e agir sobre os mecanismos causais e orgânicos dessas enfermidades (EHRENBERG, 2000). Essa valorização da psiquiatria representou uma mudança de paradigma: enquanto nas primeiras décadas do século XX a subjetividade era o principal objeto tanto dos psiquiatras quanto dos psicanalistas, em meados do mesmo século passou a ser o corpo, colaborando, assim, para o início da crise da psicanálise e seu modelo subjetivista nos Estados Unidos, que começou nos anos 1960 e se estendeu durante as décadas seguintes para a França e o Brasil (BIRMAN, 2016).

Não foi apenas o surgimento dos psicofármacos, no entanto, que colaborou para a ascensão de um novo paradigma na psiquiatria. A perspectiva psiquiátrica estava incomodando a muitos: a ausência de critérios e diagnósticos objetivos e gerais, independentes do indivíduo em tratamento, fazia com que diferentes psiquiatras dessem pareceres distintos a respeito de seus pacientes (GREENBERG, 2010). Assim, devido a essa “anarquia dos diagnósticos” (FRANCES, 2013), as pessoas desconfiavam da cientificidade da psiquiatria.

Nos anos 1970, o psicólogo David Rosenhan conduziu o Experimento Rosenhan, em uma tentativa de verificar a validade – ou ausência de – do diagnóstico psiquiátrico: Rosenhan enviou um grupo de pessoas mentalmente sãs para diferentes hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos, onde simularam estar ouvindo vozes e reclamaram sua internação. Esses indivíduos, apesar de saudáveis, foram admitidos nos hospitais, e os resultados dessa experiência foram publicados pela revista *Science* no artigo *On being sane in insane places*, em 1972. Como os psiquiatras consideraram o experimento injusto, um dos hospitais requisitou que Rosenhan mandasse outros grupos, dessa vez tanto com pessoas saudáveis quanto com pessoas mentalmente enfermas, para ter uma segunda chance de diagnosticá-los corretamente. O “direito de resposta”, no entanto, fracassou, pois os psiquiatras acabaram diagnosticando como saudáveis indivíduos doentes, visto que Rosenhan não enviou ninguém (GREENBERG, 2010; FRANCES, 2013).

Outro fator que contribuiu para a deslegitimação social da psiquiatria foi a homossexualidade ser considerada uma doença. A pressão para que a homossexualidade fosse retirada da lista de patologias culminou na sua eliminação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em 1973 (GREENBERG, 2010). Contudo, ao reconhecer o erro, a psiquiatria acabou se tornando alvo de outros questionamentos: se os psiquiatras erraram uma vez, considerando doença algo que não é doença, o que garantiria que os outros transtornos existiriam de fato? Se um distúrbio pode deixar de existir “da noite para o dia”, como confiar nos diagnósticos psiquiátricos? Se a existência de uma doença pode ser tão facilmente derrubada, que critérios estariam sendo utilizados para estabelecer o que é e o que não é patológico?

Diante disso, foi necessário que a psiquiatria se reformasse para reconquistar a credibilidade dos indivíduos. Para tanto, a noção kraepeliana de que as doenças mentais têm causas orgânicas, que devem ser objetivamente buscadas no corpo, e não na fala ou na biografia individuais, foi resgatada (GREENBERG, 2010), dando início ao que Borch-Jacobsen (2013) denomina revolução neo-kraepeliana. Apesar disso, as ideias de Kraepelin não permaneceram intactas, afinal o médico alemão era adepto das internações em asilos, não acreditava na possibilidade de cura e lidava com casos mais debilitantes³⁷

³⁷ Condições patológicas que afetavam drasticamente a vida dos indivíduos. Kraepelin (1913, apud GREENBERG, 2010), por exemplo, cita o caso de um homem que apresenta os seguintes sintomas: passos curtos e exaustos; permanece sentado em uma posição curvada, com os olhos fixados à sua frente, quase sem se mexer; dificuldades de fala e expressão; incapacidade de se levantar da cama, onde permanece praticamente imóvel. Kraepelin também cita o quadro de uma

de transtornos mentais. Sendo assim, a psiquiatria contemporânea eliminou essa “rigidez” de Kraepelin, mantendo-se como uma vertente da medicina responsável por lidar também com sofrimentos cotidianos tratáveis de pacientes não internados e, com isso, reformando-se com o sistema diagnóstico de Kraepelin, porém conservando aquilo que havia expandido seu escopo de atuação.

Ao localizar no corpo as causas dos problemas dos indivíduos, em detrimento de na interioridade, a psiquiatria biologiza os sujeitos e adota e dissemina a perspectiva do sujeito neuroquímico (ROSE, 2004) ou cerebral (EHRENBERG, 2000). De acordo com Rose (2004), estamos pensando a nós mesmos como produtos, em parte, de nossas configurações neuroquímicas, de nossos cérebros e de nossos corpos (ROSE, 2004). O sujeito neuroquímico é protagonista das sociedades psicofarmacológicas, nas quais a manipulação do pensamento, do humor e da conduta por psicotrópicos tornou-se cotidiana, ou seja, “as capacidades subjetivas se tornaram rotineiramente remodeladas por drogas psiquiátricas”³⁸ (ROSE, 2004, p. 3). Assim, o sujeito classificado como depressivo é interpretado como alguém que sofre por conta de um desequilíbrio neuroquímico, sendo que seu sofrimento não tem relação com sua forma de vida, mas sim com a escassez de serotonina em seu organismo. Tal interpretação é resultante do deslocamento do indivíduo enquanto ser psicológico, noção desenvolvida ao longo do século XX, para a individualidade somática:

Por individualidade somática, refiro-me à tendência de definir aspectos-chave da individualidade de alguém em termos corporais, ou seja, pensar a si mesmo como “embodied”, e entender esse corpo na linguagem da biomedicina contemporânea. Ser um indivíduo somático, nesse sentido, é codificar as suas expectativas e medos nos termos desse corpo biomédico, e tentar reformar-se, curar-se ou melhorar-se atuando naquele corpo. Por um lado, isso envolve remodelar o corpo visível, através de dietas, exercícios e tatuagem. Por outro, envolve compreender os problemas e desejos em termos do funcionamento orgânico interior do corpo, e buscando remodelá-lo – usualmente por intervenções farmacológicas. Enquanto os descontentamentos eram antes mapeados em um espaço psicológico – o espaço da neurose, da repressão e do trauma psicológico – agora são mapeados no próprio

paciente que via chamas e animais onde não existiam; escutava vozes; tinha insônia; gritava muito; e também permanecia praticamente imóvel.

³⁸ No entanto, nesse contexto, a utilização de remédios psiquiátricos não tem a cura como objetivo, pois as doenças de que tratam são consideradas crônicas; dessa maneira, o indivíduo, ao ser diagnosticado, recebe uma espécie de condenação, já que os psicotrópicos prometem apenas abrandar os sintomas. Consequentemente, torna-se possível a emergência de comunidades de sofredores.

corpo ou em um órgão particular do corpo – o cérebro³⁹ (ROSE, 2004, p. 19).

2.1.2 Saúde mental, déficit e deficiência

Essa mudança de perspectiva está relacionada, de acordo com Ehrenberg (2004), à institucionalização do conceito de saúde mental, que se tornou um problema de saúde pública, desestigmatizando o indivíduo que sofre com algum transtorno mental na medida em que passou a considerá-lo um cidadão em dificuldade, acometido por acontecimentos da vida, questões sociais e psicológicas, entre outros fatores. Houve, portanto, um deslocamento em relação ao anormal da modernidade, estigmatizado por conta de seus desvios, especialmente os sexuais. Nesse sentido, hoje, quem tem sua saúde mental afetada seria vítima de um sofrimento psíquico, elemento-chave das patologias na contemporaneidade: no passado, o sofrimento era apenas um sintoma dos transtornos mentais, enquanto, hoje, tornou-se sua principal causa. É por isso que Ehrenberg (2004) sustenta que, antes, o sofrimento era um elemento da psicose e, hoje, a psicose é um elemento do sofrimento.

Segundo Ehrenberg, (2004), o conceito de doença mental está correlacionado, na contemporaneidade, à noção de déficit e deficiência. A classificação de déficit pela ONU, em 1980, dividiu esse conceito em três níveis: a deficiência representa os danos ao organismo; a incapacidade, a redução de algumas funções importantes do corpo; e a desvantagem, o conjunto de dificuldades na vida social dos indivíduos. Nesse sentido, a patologia mental deixa de ser considerada como uma questão estritamente médica, e passa a englobar os aspectos da sociabilidade de cada um. Como é difícil reconhecer as fronteiras entre as disfunções sociais e os problemas psiquiátricos, a noção de déficit aumentou o espectro de indivíduos cuja saúde mental está fragilizada. “O déficit é uma maneira de colocar numa mesma categoria o conjunto de dificuldades sociais,

³⁹ By somatic individuality, I mean the tendency to define key aspects of ones individuality in bodily terms, that is to say to think of oneself as ‘embodied’, and to understand that body in the language of contemporary biomedicine. To be a ‘somatic’ individual, in this sense, is to code one’s hopes and fears in terms of this biomedical body, and to try to reform, cure or improve oneself by acting on that body. At one end of the spectrum this involved reshaping the visible body, through diet, exercise, and tattooing. At the other end, it involves understanding troubles and desires in terms of the interior ‘organic’ functioning of the body, and seeking to reshape that – usually by pharmacological interventions. Whilst discontents might previously have been mapped onto a psychological space – the space of neurosis, repression, psychological trauma - they are now mapped upon the body itself, or one particular organ of the body.

psicológicas e médicas em função de um critério relacional que mede o grau de socialização do indivíduo”⁴⁰. (EHRENBERG, 2004, p. 17, tradução minha).

A partir dessa correlação, as doenças mentais englobaram os atributos da deficiência, isto é, seu aspecto crônico e a fragilidade na distinção entre curativo e paliativo (EHRENBERG, 2004). Assim, o deficiente, ou seja, aquele que sofre com algum transtorno mental, deve ser submetido a um acompanhamento médico constante, visto que, ou sua doença não tem cura, ou necessita de um longo período de tratamento, abrindo espaço para a emergência de comunidades de sofredores. Esses aspectos são ressaltados a partir de uma das características da depressão destacadas no DSM-V: “doença crônica que costuma requerer um longo tratamento”. O fenômeno da dissolução da noção de cura também é abordado por Nikolas Rose, segundo o qual os remédios psiquiátricos trazem a ideia de gestão de risco (ROSE, 2004).

O caráter crônico da depressão na contemporaneidade está intrinsecamente relacionado à emergência da sociedade de controle. Se, na Modernidade, a sociedade disciplinar era caracterizada por ser infinita e descontínua, por meios de confinamento, sendo que os indivíduos “não cessam de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis” (DELEUZE, 2008, p. 209) e por uma quitação aparente, ou seja, pela ilusão de que se terminaria de pagar a dívida ao concluir o ciclo dentro de uma instituição, como a escola ou o hospital, a sociedade de controle, hoje, é contínua e ilimitada. Nesse sentido, para continuar com os exemplos da escola e do hospital, na disciplina o sujeito era movido pela esperança de que, ao se sacrificar durante um período de tempo determinado pelos estudos para garantir sua formação ou por um regime rigoroso para se curar de sua doença, ou seja, em ambos os casos, para alcançar a redenção, no controle a formação e os cuidados com a saúde devem ser permanentes. Isso se explica pelo fato de que a sociedade de controle é também a sociedade do risco, ou melhor, aquela que concebe seu futuro como ameaça, interpretando o sofrimento como contingente e decorrente das decisões humanas (VAZ, 2018).

O conceito de fator de risco vinculado às doenças crônicas, que se tornaram a principal causa de morte desde meados do século XX, altera as distinções entre saúde, doença e cura, distinções que eram simultaneamente institucionais, espaciais e temporais. Como não há risco zero e todo indivíduo é mais propenso a algumas doenças devido

⁴⁰ Le handicap est une manière de placer dans une même catégorie l'ensemble des difficultés sociales, psychologiques et médicales en fonction d'un critère relationnel qui mesure le degré de socialisation de la personne.

a sua condição genética e seus hábitos de vida, mesmo sem experimentar qualquer sintoma, todos podem e devem se conceber como quase doentes, tendo que cuidar de sua saúde pela adoção de um regime saudável. E, mesmo após uma intervenção ter restabelecido um indivíduo de alguma doença, ele não estará curado e deverá acompanhar a possibilidade de retorno da doença, como é o caso dos cânceres. Enquanto havia a separação entre saúde, doença e cura, o cuidado era limitado no tempo. Na Atualidade, porém, o cuidado torna-se crônico, mas de intensidade variável ao longo dos anos (VAZ, 2018, p. 113).

Ehrenberg (2004) considera que, na contemporaneidade, o dano emocional é considerado tão ou mais grave que o dano físico e, como tal, há uma preocupação constante a respeito da saúde mental. Existe uma variedade tão grande de transtornos, que todos têm a oportunidade de serem considerados doentes, por vezes sendo diagnosticados com mais de um transtorno. Assim, há uma “tendência a reduzir toda forma de sofrimento ou mal-estar a um adoecimento, que terá então um tratamento disciplinar, regulado pelo Estado e instrumentalizado pela sociedade civil” (DUNKER, 2017, p. 201). Ehrenberg (2004) classifica esse quadro como um paradoxo da saúde mental, pois, ao mesmo tempo em que saúde mental e sofrimento psíquico são termos frequentemente empregados na sociedade contemporânea, não apresentam uma definição precisa e, desse modo, podem ser adequados a diferentes situações e surgir com uma variedade de significados distintos. É nesse sentido que Ehrenberg (2004) considera tais termos elásticos.

Assim como Horwitz e Wakefield (2007) sustentam que há uma “perda da tristeza” ocasionada pela ausência de critérios diagnósticos que levem em consideração o contexto em que o suposto transtorno teria se desenvolvido, Ehrenberg (2004) atenta para o fato de que sofrimentos cotidianos e patológicos estão sendo confundidos. Para ele, tal quadro está relacionado à falta de hierarquia no campo das doenças mentais: psicose e depressão aparecem, assim, com o mesmo nível de gravidade.

Nesse sentido, é perceptível o quanto a doença pode se adequar a uma variedade de trajetórias individuais, conferindo sentido a diferentes histórias de sofrimento dos sujeitos. E se a depressão pode ter tantos significados e causas diferentes ao ser “ajustada” a cada indivíduo de maneira singular, é possível dizer que os diagnósticos estão se tornando progressivamente mais subjetivos, sendo embasados menos por critérios objetivos e mais pela gravidade e intensidade do sofrimento que os sujeitos relatam sentir. Assim, a normalidade torna-se cada vez mais escassa e se conceber, ou ser concebido, como doente, cada vez mais frequente e, a partir disso, notamos o que o psiquiatra Allen Frances (2013, p. 29) sustenta a respeito desse cenário: “A psiquiatria é especialmente

vulnerável à manipulação da fronteira do normal/patológico porque carece de testes biológicos e confia pesadamente em julgamentos subjetivos⁴¹”.

Tal contexto deve ser problematizado não apenas de um ponto de vista filosófico, devido à patologização da tristeza, mas também levando em consideração as implicações subjetivas e fisiológicas do diagnóstico sobre os indivíduos classificados como depressivos. Subjetivos porque, ao se reconhecerem como doentes, veem-se incapacitados de transformar as circunstâncias que os afetam; fisiológicos na medida em que um dos tratamentos recorrentes da depressão é a utilização de psicofármacos, que trazem uma série de efeitos colaterais ao organismo⁴² e causam dependência. Frances (2013), por exemplo, indica que há mais mortes causadas pela prescrição legal de drogas do que pelo abuso de substâncias ilegais.

2.1.3. Neurotransmissores: depressão e serotonina

A noção de que os neurotransmissores, em especial a serotonina, desempenhariam um papel importante na vida mental dos indivíduos começa a se desenvolver em meados do século XX, quando cientistas que pesquisavam o LSD descobriram que a droga bloqueava a ação da serotonina, alterando o estado mental das pessoas sob seu efeito, deixando-as fora de si. A conclusão a que esses pesquisadores chegaram foi que as mudanças mentais causadas por drogas se dão por uma deficiência de serotonina induzida por elas no cérebro. Logo, as doenças mentais funcionariam do mesmo jeito, ou seja, existiriam por conta da deficiência de serotonina no paciente. Assim, a serotonina passou a ser considerada a chave do funcionamento mental normal, dando ensejo à produção de antidepressivos e drogas correlatas (GREENBERG, 2010).

Apesar de a teoria do desequilíbrio neuroquímico como causa das doenças mentais já ter sido superada (FRANCES, 2013), ainda é ela que figura no imaginário dos indivíduos quando pensam sobre transtornos mentais. Enquanto o psiquiatra Allen Frances (2013) sustenta que é ingênuo pensar que um simples neurotransmissor seria capaz de explicar uma doença mental e que não há marcadores biológicos para delimitar as fronteiras entre o normal e o patológico, Dunker (2017) questiona a função causal do

⁴¹ [...] psychiatry is especially vulnerable to manipulation of the normal/disease boundary because it lacks biological tests and relies heavily on subjective judgments [...]

⁴² Greenberg (2010) sustenta que um dos efeitos colaterais dos antidepressivos é a queda da libido, a ponto de esses remédios estarem sendo indicados, de maneira sub-reptícia, como tratamento alternativo para os homens que sofrem com ejaculação precoce.

desequilíbrio neuroquímico: ainda que haja uma ligação entre bloqueio de serotonina e depressão, esse fato isolado não indica que é aquele que causa este, podendo ser uma mera consequência do próprio estado de tristeza do indivíduo, em vez de sua origem.

A falta de evidências a respeito da teoria do desequilíbrio neuroquímico fica ainda mais clara quando Greenberg (2010) salienta que, nesse período inicial de pesquisa a respeito dos neurotransmissores, experimentos que resultaram no bloqueio da serotonina tendo efeitos antidepressivos, assim como o contrário, ou seja, a serotonina causando efeitos depressivos, permaneceram sem explicação na época. O desenvolvimento dos antidepressivos, nos anos 1950, no entanto, reafirmou essa relação entre neurotransmissores e depressão: uma vez que o remédio tem como mecanismo de ação restaurar o equilíbrio neuroquímico e causa efeitos positivos em alguns pacientes que o tomam, isso se daria porque a origem da depressão seria a química cerebral. Porém, Greenberg (2010) explica:

[...] porque você sabe que uma droga te faz se sentir melhor, e essa melhora está relacionada à química do cérebro, você não pode dizer que o problema era uma falta de químicas no cérebro, em primeiro lugar. Tudo que você explicou foi como a droga afetou as químicas que você está observando⁴³ (36%)

Quando se analisa estatísticas a respeito da eficácia dos antidepressivos, a teoria do desequilíbrio neuroquímico fica ainda mais fragilizada: Irving Kirsch (2014) salienta que a maioria dos benefícios trazidos pelos antidepressivos se deve ao efeito placebo⁴⁴. Já Turner (2008 apud GREENBERG, 2010) analisou 74 testes submetidos à Food and Drug Administration (FDA) dos 12 antidepressivos líderes de mercado, concluindo que apenas 38 mostraram uma vantagem do psicofármaco sobre o placebo⁴⁵. Apesar desses

⁴³ [...] just because you know that a drug makes you feel better, and that feeling better is correlated with a change in brain chemistry, you can't claim that the problem was a lack of those brain chemicals in the first place. All you've explained is how the drug affects the chemicals you're looking at.

⁴⁴ Kirsch, Moore, Scoboriae Nichols (2002 apud KIRSCH, 2014) requisitaram que a Food and Drug Administration (FDA) os enviasse os dados submetidos por algumas companhias farmacêuticas para a aprovação de seis novas gerações de antidepressivos. Durante a análise, descobriram que quase metade dos resultados dos testes clínicos realizados para verificar a eficácia desses remédios não foram publicados, dentre os quais a maioria falhava em demonstrar a diferença significativa entre o efeito da droga e do placebo. Apenas 43% dos testes demonstravam estatisticamente a maior eficácia do antidepressivo em relação ao placebo. 57% dos testes ou falharam em demonstrar que o psicofármaco superava ampla e significativamente o efeito placebo ou apresentaram resultados negativos, isto é, o placebo aparecendo como mais eficaz que o psicofármaco.

⁴⁵ Não se trata, aqui, de demonizar os psicotrópicos, cuja utilização pode ser considerada positiva em cerca de 60% de casos de depressão (PIGNARRE, 2011), mas sim de colocar em questão o

resultados, o uso de antidepressivos quase quadruplicou entre 1988 e 2008, e o abuso dessas substâncias se tornou mais grave que o abuso das drogas ilegais (FRANCES, 2013).

É interessante notar que esse mecanismo causal da depressão proposto pela indústria farmacêutica e seus medicamentos está intrinsecamente relacionado à emergência do diagnóstico do transtorno depressivo. Pignarre (2011), por exemplo, sustenta a noção de que os antidepressivos criaram um “nicho ecológico” favorável à disseminação da depressão, pois não só prepararam o olhar dos médicos para reconhecer essa doença onde, antes, privilegiariam outros aspectos do paciente, como também prepararam o olhar do próprio paciente, que reconhece em si mesmo o transtorno e já chega ao consultório com um diagnóstico fechado.

Pode-se dizer que essa ênfase dada à “corporeidade” da depressão é uma tentativa de reconhecer que o transtorno depressivo é uma doença “real”, sobre a qual o indivíduo sofredor não tem nenhum controle por ser alvo de um desequilíbrio neuroquímico que faz dele um doente, e não alguém a quem faltaria força de vontade para encarar os problemas da vida, como muitos testemunhos fazem questão de ressaltar. Por ser a depressão uma doença que os indivíduos apresentam como não-reconhecida e estigmatizada, aproximando-se da imoralidade em uma sociedade neoliberal que valoriza a eficácia e a eficiência, os que se classificam como depressivos costumam ressaltar sua dimensão biológica para afastá-la da moralidade.

2.1.4 Depressão, indústria farmacêutica e mercado

Diante de tantos questionamentos e ressalvas⁴⁶ a respeito da teoria do desequilíbrio neuroquímico e da eficácia dos antidepressivos, pode-se questionar o que

engendramento de uma nova ética trazida por esses remédios (ROSE, 2004), “que estão envolvidos com certas concepções do que os seres humanos são ou devem ser – ou seja, com normas específicas, valores, julgamentos internalizados em cada ideia a seu respeito [...] e remodelam as maneiras pelas quais tanto os experts quanto as pessoas comuns veem, interpretam, falam sobre e compreendem seu mundo” (ROSE, 2004, p. 29), sobretudo levando em consideração a relação de interdependência entre a existência do diagnóstico da depressão e a emergência dos antidepressivos, assim como a epidemia dessa classificação na contemporaneidade.

⁴⁶ Os questionamentos dos psiquiatras, sobretudo, indicam a falta de consenso no campo técnico-científico da depressão, como mostram os especialistas Frances (2013) e Turner (2008, apud GREENBERG, 2010). Esse dissenso, porém, não afasta a atividade científica da tentativa de evidenciar que a depressão é uma doença, pois o campo científico parece ainda estar em busca da causalidade orgânica desse transtorno, o que pode ser percebido através das pesquisas recentes sobre as bases genéticas da patologia.

faz esse modelo de ação da doença mental e de seu tratamento permanecer no imaginário popular. É possível sugerir que a resposta está na profunda relação estabelecida entre doença mental, indústria farmacêutica e mercado, especialmente porque os investimentos científicos, muitas vezes financiados pela própria indústria⁴⁷, costumam estar focados em corroborar a causalidade orgânica da depressão. A partir da invenção dos psicofármacos, a indústria farmacêutica precisou expandir seu mercado consumidor e, para tanto, vender as doenças mentais que tais remédios prometiam curar. Nesse sentido, apesar de não existirem marcadores biológicos capazes de identificar essas patologias do cotidiano, foi e é necessário sustentar a noção de que seus mecanismos fisiológicos foram identificados e reconhecidos pela psiquiatria, uma vez que a maior parte dos antidepressivos promete agir sobre o suposto desequilíbrio neuroquímico. Dessa maneira, a depressão apareceria como uma doença como quaisquer outras, o que é imprescindível em um cenário que tem como protagonista o sujeito neuroquímico, cuja vida interior é não só traduzida, como também originada, no funcionamento de seu corpo.

Se, como se viu acima, a depressão na contemporaneidade é diagnosticada a partir de nada além da manifestação de seus sintomas, que têm como principal característica o sofrimento, ou seja, uma emoção tão comum em nosso cotidiano, pode-se considerar que todos se encontram na iminência de estar doentes. Essa alargada possibilidade de ser anormal, isto é, doente, embasada apenas pelo si mesmo é justamente o que leva Greenberg (2010) a considerar diabetes e depressão muito diferentes: enquanto no primeiro caso um exame de urina é capaz de detectar a doença, ensejando a prescrição de insulina, no segundo, o classificado – ou o que se classifica – como depressivo é a única base para uma receita de antidepressivo. Tal fato é especialmente preocupante em um contexto onde a indústria farmacêutica necessita ampliar o mercado consumidor para seus remédios, sobretudo se se leva em consideração que, como visto nos testemunhos analisados, a depressão é uma doença que, muitas vezes, permanece durante toda a vida, tornando-se, assim, uma fonte de lucro de longo prazo para essas empresas.

A relação entre doença mental, indústria farmacêutica e mercado é uma das narrativas utilizadas por Vaz (2015) para explicar a propagação das doenças mentais na

⁴⁷ Maria Aparecida Moysés constata, por exemplo, que 80% dos membros que elaboraram o DSM-V têm vínculos com a indústria farmacêutica. Ver FERREIRA, Carolina M.B. Nova edição de manual aumenta número de transtornos mentais. *Ciência Cultura*. vol. 65 no. 4, São Paulo, 2013. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2019.

sociedade contemporânea. De acordo com o autor, a psiquiatria necessita despertar no indivíduo o desejo de consumir seus psicofármacos e, para tanto, para além de simplesmente vendê-los, é preciso vender, também, as doenças que eles tratam, de maneira que os sujeitos acabem desejando se reconhecer e ser reconhecidos como doentes. Tal quadro só se tornou possível a partir de mudanças na moralidade que possibilitaram a desestigmatização dos transtornos mentais, tópico que será abordado mais minuciosamente adiante.

Borch-Jacobsen (2013), assim como Rose (2004) e Pignarre (2011), enfatiza a relação entre depressão e mercado ao considerar esse transtorno como criação dos antidepressivos, que só se transformou em um fenômeno na sociedade por ser sobre ele que agem esses remédios, e que só “explodiu” no final dos anos 1980⁴⁸ por conta do intenso marketing farmacêutico promovido pelo laboratório Lilly para vender sua então mais nova invenção: os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), representados pelo Prozac, e que ficaram conhecidos como drogas inteligentes, pois traziam menos efeitos colaterais. Borch-Jacobsen (2013) sugere que essa nova fórmula não foi trazida ao mercado por acaso, mas sim para substituir as benzodiazepinas⁴⁹, que, na época, estavam causando grande alarde e preocupação por conta de seu caráter vicioso. Rose (2004) segue a mesma direção ao considerar que, nessa época, estava chegando ao fim a era de ouro dos antipsicóticos, as primeiras drogas psicotrópicas lançadas, por conta das evidências de que causariam discinesia tardia, ou seja, movimentos repetitivos involuntários. Foi necessário, então, apresentar uma nova categoria de remédios para que essas empresas continuassem lucrando com as vendas e para suprir o espaço vazio deixado nas prateleiras das farmácias. Assim, os indivíduos ansiosos que eram tratados com benzodiazepinas foram convertidos em depressivos e começaram a se tratar com o

⁴⁸ Antes dos anos 1960, a depressão era uma doença rara que afetava os indivíduos na forma endógena e era tratada nos hospitais psiquiátricos. O lançamento do primeiro antidepressivo, em 1958, a imipramina, não causou grande entusiasmo, pois a depressão não era vista como um problema psiquiátrico relevante (ROSE, 2004). Com o surgimento da amitriptilina, nos anos 1960, a Merck começou a promover a ideia de que a depressão poderia ser também exógena, e cujo tratamento poderia ser prescrito por qualquer médico, e não só pelos psiquiatras, como uma maneira de aumentar a venda desse remédio (BORCH-JACOBSEN, 2013). No entanto, o *boom* dos antidepressivos só ocorreu com os ISRS, psicotrópicos com menos efeitos colaterais que seus antecessores, os antidepressivos tricíclicos, os tranquilizantes menores e os antipsicóticos. As estatísticas corroboram esse fato: Rose (2004) oferece dados estatísticos que mostram que a venda de psicotrópicos nos Estados Unidos, entre 1990 e 2000, aumentaram em 683%, sendo os antidepressivos os remédios mais vendidos dentro desse número.

⁴⁹ Ansiolíticos, como Valium, que eram promovidos pela indústria farmacêutica como “pílulas da felicidade” e “aspirina para a alma” (ROSE, 2004).

Prozac. Como os antidepressivos começaram a ser utilizados para tratar diferentes patologias, estendendo não só sua utilização, mas também o diagnóstico da depressão, Borch-Jacobsen (2013) sustenta que tudo se transformou em depressão, uma vez que tudo responde aos antidepressivos, explicando, assim, pelo viés econômico a epidemia de depressão na atualidade.

Borch-Jacobsen (2013) relaciona esse marketing farmacêutico ao longo do final da década de 1980 e dos anos 1990 ao lançamento de um documento em 1996 pela OMS, que considerava que a depressão seria o segundo problema de saúde pública mais grave do planeta, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares. Por conta desses fatores, Borch-Jacobsen considera a existência da depressão como dependente dos antidepressivos, ressaltando que a definição dessa doença muda de acordo com os remédios disponíveis no mercado e que os sintomas da depressão – como inibição, fadiga e tristeza – existem, mas não configurariam uma patologia caso os medicamentos destinados a tratá-la não tivessem surgido.

Outra noção importante que Borch-Jacobsen (2013) traz é a de *psychopharmmarketing*, “exploração deliberada da fluidez dos problemas psiquiátricos⁵⁰” (p. 311). De acordo com o autor, o marketing cria necessidades em função dos imperativos industriais e comerciais das empresas, e os laboratórios da indústria farmacêutica devem ser entendidos dentro dessa lógica na medida em que seus remédios são produtos industriais, cuja pesquisa e venda são guiadas pelas possibilidades de lucro. Borch-Jacobsen (2013) sustenta que uma das estratégias de marketing e de segmentação do mercado utilizada por essas empresas é o lançamento de uma mesma fórmula com outro nome e destinada a tratar outra doença. Assim, quando o Prozac já estava saturado, lançaram o Sarafem, que também tem como componente a fluoxetina, mas para tratar outra enfermidade: o transtorno disfórico pré-menstrual, patologia introduzida pelo DSM-IV. Esse exemplo corrobora a ideia de que “o idioma do mal-estar segue agora o ciclo de vida dos remédios postos no mercado⁵¹” (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 315), pois a promoção de medicamentos pela indústria farmacêutica molda o idioma que determinados indivíduos utilizarão para exprimir seu sofrimento. Há, nesse sentido, uma manipulação comercial da linguagem do mal-estar, o que torna os doentes em

⁵⁰ [...] l'exploitation délibérée de la fluidité des troubles psychiatriques.

⁵¹ [...] l'idiome du mal-être suit maintenant le cycle de vie (lifestyle) des médicaments mis sur le marché.

consumidores que escolhem o melhor produto para tratar seu sofrimento, produto esse relacionado à linguagem preferida pelo indivíduo para relatar sua interioridade. Dessa maneira, os “pacientes-consumidores” se adaptam à oferta de idiomas oferecidos pela indústria e, como há sempre novos remédios saindo para novos transtornos, é comum que mudem de sintomas de acordo com as sugestões da indústria farmacêutica.

A relação entre transtornos mentais e economia é também ressaltada pela própria OMS, que desenvolveu um estudo junto ao Banco Mundial para calcular os benefícios econômicos trazidos por essas doenças. De acordo com o relatório, que foca na depressão e na ansiedade, tais patologias gerariam um custo de US\$ 1 trilhão à economia global, mas trazendo retorno: a cada US\$ 1 gasto com tratamentos, retornariam US\$ 4, pois os pacientes teriam mais saúde e disposição para trabalhar. Em 36 países ricos, pobres e emergentes, o custo dos tratamentos, entre 2016 e 2030, seria de US\$ 147 bilhões; porém, o retorno, de US\$ 400 bilhões⁵².

2.1.5 Depressão, DSM e diagnósticos

Uma das maneiras de a psiquiatria vender as doenças mentais é através do jornalismo científico. Saint-Clair (2012) sugere que a Folha de São Paulo e a Veja, por exemplo, em suas matérias sobre a depressão entre as décadas de 1970 e 2000, utilizam alguns mecanismos para consolidar a perspectiva que Saint-Clair denomina “tecnicização da depressão”⁵³. Em primeiro lugar, há uma seleção interessada dos especialistas consultados, na medida em que, em sua grande maioria, os experts são psiquiatras ou médicos, que direcionam o discurso jornalístico para concepções predominantemente biologizantes. Também há uma deficiência da exposição do contraditório, ou seja, as coberturas da depressão por essas revistas tendem a não ouvir outros lados, mas somente aqueles que corroboram as pesquisas científicas noticiadas. Outra estratégia utilizada é a exibição de depoimentos pessoais como ratificação das pesquisas, traduzindo para uma linguagem popular o que é dito pelos cientistas ao materializar suas descobertas em casos concretos e reforçando a noção de que só o indivíduo que se classifica como depressivo pode falar com propriedade sobre seu sofrimento. Por último, há negligência sobre as

⁵² Disponível em < <http://www.abc.com.br/noticias/saude/2016/04/depressao-e-ansiedade-custam-por-ano-us-1-trilhao-economia-global> >. Acesso em 17 jul. 2018.

⁵³ A tecnicização da depressão é, de acordo com Saint-Clair (2012, p. 32), para além da científicização do transtorno, a “reivindicação, por parte da mídia, de um papel privilegiado de informar os indivíduos autônomos a respeito dos ‘avanços da ciência’ para que esses possam autogerir-se convenientemente”.

precondições da pesquisa: os patrocinadores das pesquisas e as posições políticas dos institutos que as produzem, entre outros elementos, são costumeiramente ignorados, isto é, as revistas supracitadas apresentam dados científicos desvinculados de suas condições de possibilidade, dispensando informações sobre o contexto em que são produzidos. A partir da tese de Saint-Clair (2012), portanto, percebe-se que o jornalismo científico, ao abordar a depressão, tende a direcionar o discurso para uma perspectiva biologizante, dificilmente contestada, e submetida aos interesses da indústria farmacêutica.

Outra maneira de a psiquiatria vender as doenças mentais é por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que, em conjunto com outras publicações relacionadas, gera um lucro de US\$ 5 milhões por ano (HACKING, 2013). Nos anos 1980, é publicado o DSM-III, já elaborado com base em uma nosologia descritiva, que seria capaz de descrever uma variedade de doenças mentais sem ter de levar em consideração o doente e sua subjetividade por focar nos sintomas comuns das patologias. De acordo com Frances (2013), o DSM-III – que dividiu categorias “maiores” de doenças, divisão a partir da qual surgiram outras pequenas doenças, mais específicas, com o objetivo de para evitar que os psiquiatras discordassem a respeito dos diagnósticos – foi responsável pela sistematização dos diagnósticos psiquiátricos, passando a ser considerado, a partir disso, a bíblia da psiquiatria. Frances (2013) considera que o DSM-III plantou sementes de inflação diagnóstica⁵⁴ que, mais tarde, se tornariam “pés-de-feijão” gigantes quando nutridas pelo marketing da indústria farmacêutica, pois muitas das doenças listadas apresentavam sintomas moderados e limítrofes em relação à fronteira da normalidade.

Greenberg (2010) aponta para o fato de que, diferentemente de em outras áreas da medicina, nesse paradigma psiquiátrico são os sintomas que constituem as doenças, e não as doenças que consistem em sintomas. Por não haver testes biológicos capazes de detectá-las (FRANCES, 2013), as doenças mentais não apresentam uma consistência específica: são seus sintomas, apenas, que indicam sua manifestação. É por isso que Christian Dunker (2017) argumenta que as doenças mentais não são como outras doenças: não podem ser comprovadas nem etiológicamente nem anatomicamente.

⁵⁴ Em *Saving normal* (2013), Frances destaca que há, hoje, cerca de 200 doenças mentais, enquanto no século XIX havia apenas seis.

Greenberg sustenta que um dos grandes avanços trazidos pela medicina de “bala mágica” foi a noção de que “os sintomas de uma doença são apenas sinais da doença, e não a doença em si mesma” (GREENBERG, 2013, p. 63). O psicanalista americano, portanto, critica o modelo diagnóstico psiquiátrico baseado em meras “listas de sintomas” por não considerar como e por que o paciente começou a apresentar traços tidos como patológicos, sendo os sintomas isolados – independentemente do contexto e de seu significado – suficientes para dar um diagnóstico. Nesse sentido, assim como a histeria “não é uma explicação de nada, mas apenas o título de um novo conjunto de problemas” (RICHARDSON, 2006 apud GREENBERG, 2010, p. 64), a depressão também pode ser vista como a mera designação de um complexo de estados emocionais, uma identificação que inclui a experiência do sofrimento em discursos constituídos⁵⁵, visto que, para ser classificado como depressivo, o indivíduo deve apresentar determinado quadro subjetivo, quadro esse que envolve, hoje, a permanência de no mínimo duas semanas de, por exemplo, humor deprimido na maior parte do dia, diminuição do prazer em todas ou quase todas atividades, sentimentos de inutilidade ou culpa, pensamentos recorrentes de morte e fadiga⁵⁶ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

As mudanças do DSM ao longo de suas diferentes edições é uma maneira interessante de observar o quanto as doenças mentais apresentam definições elásticas e adaptadas ao mercado consumidor. A depressão, por exemplo, aparecia no DSM-IV com a restrição de que, caso o indivíduo apresentasse sintomas indicadores do transtorno depressivo no período de até dois meses após a morte de alguém próximo, não deveria ser diagnosticado como portador de depressão. No DSM-V, no entanto, essa ressalva foi eliminada, sob o pretexto de que a depressão poderia estar passando despercebida sob o manto do luto. É nesse sentido que o psiquiatra Allen Frances (2013) considera que o

⁵⁵ Ao abordar as novas maneiras de sofrer com antigos sintomas, Dunker (2017) evidencia que “Tais tipos clínicos seriam apenas identificações, ou seja, formas narrativas, mais ou menos coletivas, pelas quais a experiência de sofrimento pode se incluir em discursos constituídos. Questão relevante, porque a inclusão discursiva de uma forma de sofrimento é o que permite que ela seja reconhecida, tratada e localizada em um registro moral ou jurídico, clínico ou político, literário ou religioso. Sofrimentos que não se enquadram nos discursos constituídos são frequentemente tornados invisíveis, derrogados de sua verdade, como uma palavra amordaçada” (p. 201).

⁵⁶ Esses são alguns dos sintomas que constam no DSM-V como característicos do Transtorno Depressivo Maior. Há um total de nove sintomas, sendo que o indivíduo, para ser classificado como depressivo, precisa apresentar, no mínimo, cinco deles durante o período de, no mínimo, duas semanas. Ver American Psychiatric Association, DSM-V, 2013.

DSM-V confunde depressão e luto, contribuindo para o aumento da quantidade de diagnósticos do transtorno depressivo maior.

Também pode-se tomar como outro exemplo importante a inclusão e a posterior modificação da definição trauma. O transtorno de estresse pós-traumático foi incluído no DSM-III como uma patologia que vinha à tona quando o indivíduo passava por situações incomuns e graves, como desastres ambientais, estupro e guerras. Já no DSM-IV, essa definição foi alargada, de modo a contemplar também aqueles que foram vítimas de eventos comuns, como o fim de relacionamentos amorosos e a morte de alguém próximo. Essa ressignificação do transtorno trouxe a todos a oportunidade de ser vítima ao dar “ênfase na reação subjetiva de medo intenso, desamparo e horror” (VAZ, 2015).

Mas não é apenas por meio de publicações oficiais que a indústria farmacêutica vende os transtornos mentais. Elliott (2003) destaca que o marketing promovido pela indústria farmacêutica não se parece com propaganda, mas sim com ciência, dando o exemplo das campanhas de conscientização a respeito dos transtornos mentais, muitas das quais são patrocinadas pelas empresas farmacêuticas. De acordo com Frances (2013), por exemplo, a mídia e a internet se alimentam de e alimentam modas passageiras no campo das doenças mentais, fornecendo suporte, interação social, informação e desestigmatização, mas também desinformação e enfraquecimento da normalidade, na medida em que pessoas essencialmente saudáveis se autoidentificam incorretamente como doentes. O psiquiatra também alerta para o fato de que alguns sites são claramente ferramentas de marketing da indústria farmacêutica ou podem ser direta ou indiretamente influenciados por ela.

É por isso que, quando os testemunhos são analisados, e encontram-se indivíduos comuns relatando suas experiências com a depressão e a utilização de psicofármacos, compreende-se que estão expandindo e disseminando um vocabulário que, antes, ficava restrito aos médicos. E, a partir dessa multiplicidade de falas e fontes a respeito da depressão, o conhecimento a respeito da doença é amplificado, o que acaba sendo favorável à inflação diagnóstica e ao incremento da quantidade de falsos positivos, assim como se submetendo aos interesses mercadológicos da indústria farmacêutica ao promover, ainda que não intencionalmente, aquilo que Frances (2013) denomina *disease mongering*: o alargamento das fronteiras diagnósticas das doenças e a promoção agressiva de seu conhecimento público para expandir os mercados de tratamento. Nos testemunhos analisados é comum, por exemplo, os indivíduos falarem sobre a utilização de remédios.

Dessa maneira, é possível que os espectadores não só coloquem em questão o estado de suas emoções, perguntando-se a respeito da possibilidade de estarem doentes, já que a depressão é tão ordinária e atinge muitos indivíduos que discorrem sobre ela na internet, mas também se não estariam precisando se medicar, sobretudo em um contexto em que qualquer profissional de medicina pode receitar esse tipo de medicamento, não sendo necessário passar pelo estigma de uma consulta com o psiquiatra para conseguir uma receita.

Dessa maneira, considera-se que os indivíduos classificados como depressivos não são passivos: ao constituírem e disseminarem gramáticas da vida íntima, isto é, o vocabulário utilizado para nomear e descrever a vida interior, participam ativamente da dinâmica de produção de subjetividade e do modo de ser depressivo. Nesse sentido, concorda-se com Rose, quando diz que

É demasiado simples considerar os atuais ou potenciais pacientes como seres passivos, sobre os quais agem os mecanismos de marketing da Big Pharma, que inventa condições médicas e manipula os indivíduos a se identificarem com elas. O processo é mais sutil. Companhias exploram e mapeiam as experiências individuais de descontentamento, conectam-nas às promessas oferecidas por suas drogas, e incorporam essas últimas a narrativas que lhes dão valor e significado. É o entrelaçamento entre produtos, expectativas, ética e formas de vida que acredito que esteja envolvido no desenvolvimento e na difusão das drogas psiquiátricas. Ao se comprometer com essas imagens e narrativas, nas esperanças, aflições e descontentamentos que elas moldam e nutrem, os indivíduos têm sua própria participação na medicalização dos problemas da vida⁵⁷. (ROSE, 2006, p. 16, tradução minha).

2.2. Moralidade contemporânea

Ehrenberg (2000; 2010) recorre à moralidade contemporânea em uma tentativa de compreender o aumento na incidência das doenças mentais, em geral, e da depressão, em específico, entre os indivíduos. A partir dessa perspectiva, o transtorno depressivo é

⁵⁷ It is too simple to see actual or potential patients as passive beings, acted upon by the marketing devices of Big Pharma who invent medical conditions and manipulate individuals into identifying with them. The process is more subtle. Companies explore and chart the experienced discontents of individuals, link these with the promises held out by their drugs, and incorporate those into narratives that give those drugs meaning and value. It is this intertwining of products, expectations, ethics and forms of life, that I think is involved in the development and spread of psychiatric drugs. In engaging with these images and narratives, in the hopes, anxieties and discontents they shape and foster, individuals play their own part in the medicalization of problems of living.

considerado produto da configuração moral contemporânea, que envolve os imperativos da autenticidade, da autonomia, da exibição de si e da felicidade: essas exigências seriam capazes de produzir mal estar nos indivíduos que não conseguissem obedecê-las, e a patologização desse “fracasso” em seguir a norma forneceria uma subjetividade pronta, dotando de sentido o sofrimento individual resultante dessa inadequação, forjando uma gramática a partir da qual os sujeitos pudessem exprimi-lo e tornando as pessoas cada vez mais interessadas em sua vida interior e saúde mental. Nesse sentido, a alcunha de doente estaria servindo para classificar questões sociais e desvios morais sob o pretexto de serem biológicos. Assim, Ehrenberg localiza na configuração moral contemporânea a explicação para a difusão das doenças mentais. Seu argumento, no entanto, não se concentra sobre como as falhas em seguir a expectativa moral contemporânea passaram a ser interpretadas como doença⁵⁸.

De acordo com Ehrenberg (2010), a difusão das noções de saúde mental e sofrimento psíquico acompanhou a emancipação dos costumes ocorrida em torno dos anos 1970, assim como a crise do sistema de proteção social dos anos 1980 e 1990. O declínio do homem político e a ascensão do homem privado começam a se delinear em torno de 1970: Ehrenberg considera que os movimentos de emancipação das minorias, a valorização da autenticidade e a liberação sexual contribuíram para a reivindicação do individual. Naquela época, não se tratava apenas de reconhecer direitos, mas também estilos de vida e o valor pessoal do indivíduo, afinal a subjetividade individual era o elemento localizado no cerne dos movimentos⁵⁹, como o feminista e o dos homossexuais: o que era uma questão privada tornou-se, então, um problema público. Dessa maneira, a busca pelo verdadeiro self entrou na agenda política, e o vocabulário da identidade e do reconhecimento passaram a fazer parte do cotidiano no lugar antes ocupado pela gramática da cidadania e da ação coletiva. Concomitantemente, o desenvolvimento econômico e a melhoria das condições de vida alçaram o bem-estar ao estatuto de valor político, na medida em que a bonança emergiu como algo aparentemente acessível a todos

⁵⁸ É necessário desnaturalizar a noção de que transgredir a norma moral é sinônimo de apresentar um quadro patológico. Inúmeras outras interpretações seriam possíveis, como, por exemplo, a de que o transgressor moral é um criminoso, está possuído por demônios etc.

⁵⁹ Ehrenberg (2010) classifica como militantismo moral os movimentos caracterizados pela subjetividade individual. De acordo com o autor, os indivíduos adeptos do militantismo moral buscam inovar, em vez de esperar mudanças promovidas pelos agentes políticos tradicionais, como partidos e sindicatos.

diante da democratização do acesso aos bens de consumo, seguridade material e confiança no futuro (EHRENBERG, 2010).

Em um cenário marcado pelo questionamento das instituições, das hierarquias e dos interditos, e pelo progresso pretensamente ilimitado, a pergunta clássica da sociedade moderna, “o que é permitido fazer?”, foi, então, substituída pela questão “o que sou capaz de fazer?” (EHRENBERG, 2010), questão que pode resumir a emergência da autonomia e da autenticidade enquanto valores e obrigações morais da sociedade contemporânea. Nesse cenário, cada um poderia escolher o que é melhor para si, e a realização pessoal entra no campo político, recompondo as relações entre público e privado ao relacionar hedonismo e bem comum, na medida em que o bem-estar pessoal contribuiria para o bem-estar coletivo. O privado, assim, deixa de estar subordinado ao público, o que leva a uma privatização da vida social.

2.2.1. Autenticidade e técnicas de autoaprimoramento

Para melhor explicitar o ideal da autenticidade, recorre-se a Charles Taylor (2007), para quem esse imperativo representa uma ética que começou a se delinear no século XIX e alcança seu apogeu hoje. Se, antes, porém, o ideal de autenticidade era marcado por um individualismo expressivo que fomentava a busca por um estilo de vida próprio entre os intelectuais e artistas, hoje, expandiu-se, tornando-se um norteador para grande parte dos indivíduos. Assim como Ehrenberg situa no final dos anos 1960 a emergência dos imperativos da sociedade contemporânea, Taylor indica que a ética da autenticidade começou a ganhar novos contornos nesse período, quando especialmente os movimentos de maio de 1968 clamaram por um estilo de vida genuíno e com valor intrínseco, determinado pelo próprio self e não pelo meio, colocando-se contra a desigualdade, a repressão dos corpos e um sistema que “sufocava a criatividade, a individualidade e a imaginação” (TAYLOR, 2007, p. 476). Taylor compreende que, devido à falta de determinismo político e às contradições trazidas por tantas demandas diferentes, seus resultados culminaram nas pazes com o capitalismo, mas conservando a importância do self e da libertação sexual. Assim, embora a autenticidade fosse nos anos 1960 um meio para alcançar a sociedade idealizada pelos movimentos da época, com sua reapropriação pelo consumismo, hoje transformou-se em um ideal com um fim em si mesmo, para que o indivíduo se realize e alcance a plenitude, independentemente da coletividade.

Ehrenberg (2010) considera que essa configuração moral, ao valorizar a afirmação de si e a responsabilidade individual, ao mesmo tempo em que emancipa o indivíduo da repressão e dos interditos, gera a insegurança, na medida em que, diante de uma crise de referências, não tendo onde se ancorar, o sujeito passa a ser dependente do olhar do outro. Ao ter uma possibilidade quase infinita de caminhos para escolher e praticamente nenhuma norma para detê-lo, o sujeito é atingido pela insegurança identitária e pela insuficiência, que, de acordo com Ehrenberg (2000), são capazes de causar depressão. A frustração advinda da promessa não realizada de tudo poder controlar e experimentar, ou seja, das impossibilidades que emergem latentes onde tudo supostamente seria possível, gera nos indivíduos o sentimento de inferioridade e fragilidade, intensificando sua indeterminação. Nesse cenário que exige uma super humanidade, o indivíduo busca ser além dele mesmo. Assim, “em vez de possuir a força dos mestres, ele é frágil, carente do ‘ser’, cansado de seu aspecto soberano, do qual reclama”⁶⁰ (EHRENBERG, 2000, p. 277).

No regime moral contemporâneo, a autenticidade exige que sejamos nós mesmos; no entanto, ser idêntico a si mesmo, nesse contexto, significa ser além do que se é, ou seja, revela-se como um ideal inalcançável, relegando o indivíduo à eterna insatisfação por ser menos do que deveria e estar em déficit consigo mesmo, de acordo com as expectativas da sociedade contemporânea, o que agrava a insegurança identitária e, conseqüentemente, é capaz de conduzir à depressão. Ehrenberg (2000) sustenta que essa busca constante por se tornar quem se é para estar de acordo com os ideais contemporâneos indica uma espécie de narcisismo que é caracterizado justamente pela aspiração de ser si mesmo: diferentemente da modernidade, hoje, busca-se ser autêntico, e não normal. De acordo com o autor, tal idealização pode levar o sujeito a aprisionar-se em uma imagem ideal de si, de modo a impossibilitá-lo de agir.

Carl Elliott (2003) problematiza essa busca por ser quem se é a partir das técnicas de autoaprimoramento. Segundo o autor, os indivíduos, hoje, na ânsia de se tornarem quem são, acabam recorrendo a uma série de intervenções no corpo, onde Ortega (2003) considera que se localiza o self na contemporaneidade. Entre essas intervenções corporais, Elliott (2003) coloca, ao lado da nulificação, de cirurgias de mudança de sexo, de técnicas para neutralizar sotaques e superar o rubor facial, entre outros exemplos, a utilização de psicotrópicos, que possibilitariam que os indivíduos suprimissem sua

⁶⁰ [...] au lieu de posséder la force des maîtres, il est fragile, il manque d'être, il est fatigué par sa souveraineté et s'en plaint.

doença mental, podendo finalmente tornar-se quem são e “mais do que bem”. Elliott sustenta que as tecnologias de autoaprimoramento se desenvolvem ao fomentar nas pessoas a noção de que são de alguma maneira deficientes. Nesse sentido, levando em consideração os imperativos trazidos por Ehrenberg (2000), consideramos que inúmeras doenças mentais e sua conseqüente medicalização são possibilitadas, seja, por exemplo, a partir da ideia de que alguém que não participa da cena social de maneira satisfatória tem fobia social, seja fomentando a noção de que a tristeza deve ser suprimida a qualquer custo e sua manifestação pode indicar depressão.

As tecnologias de autoaprimoramento se desenvolvem e se reproduzem em um contexto caracterizado pela bioascese. De acordo com Ortega (2003, p. 4), nesse regime “o corpo possui a autoreflexividade que correspondia outrora à alma”, e as práticas ascéticas, diferentemente de na Antiguidade, quando estavam relacionadas a formas de resistência, alteridade e singularização, agora representam a conformidade e a uniformidade. Assim, os indivíduos bioascéticos desejam se encaixar e corresponder às exigências que a sociedade contemporânea lhes impõe.

É importante ressaltar que o imperativo da autenticidade valoriza a pluralidade, a originalidade, a diferença, o que nos dá a impressão de que os preconceitos e os estigmas foram superados, mas trata-se de um elemento do novo regime de normatividade característico da sociedade contemporânea. Dessa maneira, é exigido que os indivíduos expressem e assumam suas diferenças (EHRENBERG, 2000). Pode-se dizer, então, que houve uma flexibilização da distância entre normal e patológico: é normal ser patológico. Nesse contexto, por exemplo, as doenças mentais podem ser abordadas mais facilmente em público, são – e devem ser – reconhecidas pelo indivíduo que sofre, assim como por seu interlocutor, em razão de sua desestigmatização. Tal desestigmatização pode ser também evocada para elucidar a disseminação das doenças mentais e dos conhecimentos a respeito da saúde mental na contemporaneidade, uma vez que, diferentemente de na modernidade, os sujeitos contemporâneos não são ameaçados pelo risco da internação ou de serem reconhecidos como insanos e anômalos sexuais. No entanto, é necessário relativizar essa suposta superação dos estigmas, pois é comum os indivíduos que sofrem de algum transtorno mental dizerem o quanto é difícil abordá-lo em público, por conta do estigma, como veremos no próximo capítulo.

2.2.2. *Emancipação do indivíduo e vazio normativo*

“A partir do momento em que tudo é possível, as doenças de insuficiência trazem ao interior da pessoa uma fragmentação que o lembram que nem tudo é permitido” (EHRENBERG, 2000, p. 136)⁶¹. E a depressão é o sintoma dessa nova normalidade, que é ao mesmo tempo uma nova normatividade, uma vez que precisamos nos adequar aos imperativos da autenticidade, da autonomia, do bem-estar e da exibição de si; e está intrinsecamente relacionada ao processo de liberação e emancipação do indivíduo, que trouxe a insegurança identitária, o peso da responsabilidade individual e o conseqüente medo de não estar à altura e de não corresponder às expectativas sociais – é nesse sentido que Ehrenberg (2000) considera a depressão como a doença do homem democrático.

De acordo com Ehrenberg (2010), há na sociedade contemporânea um vazio normativo sobre o qual florescem as novas patologias. O autor evoca *Mal estar na civilização*, obra em que Freud considera que o homem se torna neurótico por não suportar o grau de renúncia exigido pela sociedade, em uma tentativa de compreender a emergência da noção de que o aumento da liberdade individual e a redução dos interditos seria capaz de trazer bem-estar aos indivíduos. No entanto, Ehrenberg ressalta que nem mesmo Freud concordava com essa ideia, pois a sociedade deve ser lugar de contenção e de limite ao poder do sujeito, uma vez que é nessa limitação à satisfação de seus desejos que o indivíduo entra no campo do simbólico e alcança a subjetivação. Diante do cenário em que há o fim das verticalidades, da autoridade, das hierarquias e das contenções, emerge, então, um novo tipo de subjetividade, que é caracterizado por novos tipos de sofrimento: são as patologias do ideal, nas quais estão em jogo vergonha, identidade, déficit e fragmentação, no lugar das patologias de transferência, caracterizadas por culpa, desejo e conflito. Assim, Ehrenberg (2000) considera a depressão como uma doença experimentada diante de uma falha de que se tem vergonha, ou seja, é uma doença da insuficiência na qual o indivíduo vive em uma insegurança identitária permanente que se manifesta por uma depressão de tendência crônica”, enquanto a neurose é consequência de um conflito em que o indivíduo se sente culpado.

O sistema de normas que define o sujeito da primeira metade do século XX conheceu uma primeira mudança. Tornar-se semelhante a si mesmo singulariza o ‘espírito geral’ da nova normalidade. Em nível patológico, a clínica, sobretudo a analítica, desloca sua atenção do território em que

⁶¹ “À partir du moment où *tout est possible*, les maladies de l’insuffisance viennent placer, à l’intérieur de la personne, des déchirures venant lui rappeler que *tout n’est pas permis*.”

o conflito, a culpa e a angústia dominam para o espaço em que a insuficiência, o vazio, a compulsão ou o impulso marcam os traços do homem patológico. Nas novas normatividade e psicopatologia, trata-se menos de identificação – às imagens parentais ou aos papéis sociais claramente definidos – que de identidade. A identidade é o primeiro vetor de redefinição da definição de indivíduo hoje⁶² (EHRENBERG, 2000, p. 209).

O que houve na passagem entre esses dois tipos de subjetividade e entre esses dois regimes de sofrimento foi o deslocamento de Édipo a Narciso (EHRENBERG, 2000). Enquanto a neurose é a psicopatologia característica da sociedade marcada por Édipo, que simboliza o pai como aquele que separa mãe e filho, causando, assim, a primeira frustração na criança, a qual se inspira na figura paterna para ter para si todo o amor materno, a depressão marca a sociedade tipicamente narcísica, onde o pai, responsável por abolir a fusão entre mãe e filho, está ausente, e o indivíduo, conseqüentemente, não tem contato com as imagens parentais capazes de estruturar sua identidade. Nesse sentido, a neurose é uma patologia da identificação, enquanto a depressão, da identidade. No lugar do conflito intrapsíquico, aparece o vazio que coloca em xeque as bases identitárias do indivíduo. Apresenta-se, assim, a psicopatologia narcísica, na qual o sujeito tem dificuldade de experimentar o conflito, a falta, a não satisfação de seus desejos, de modo que Ehrenberg (2000) sustenta que a personalidade depressiva “fica fixada em um estado de adolescência permanente, não consegue se tornar a personalidade adulta, que aceita as frustrações que são o conjunto de toda vida. Como resultado, fragilidade, sentimento permanente de precariedade ou instabilidade “(p. 165)⁶³.

A autonomia é outro imperativo que está intimamente relacionado à depressão, pois o transtorno depressivo apresenta como questão mais significativa a incapacidade de agir, a escassez de “movimento no aspecto mental” (EHRENBERG, 2000, p. 213). Diante da exigência contemporânea de se ancorar em si mesmo e ter iniciativa individual, a incapacidade de ação é encarada como um problema grave. Não é por acaso, portanto,

⁶² “Le système de normes définissant le sujet de la première moitié du XX^e siècle connaît un premier infléchissement. Devenir semblable à soi même singularise ‘l’esprit général’ de la nouvelle normalité. Au niveau pathologique, la clinique, surtout analytique, déplace son attention d’un territoire où le conflit, la culpabilité et l’angoisse dominant, vers un espace où l’insuffisance, le vide, la compulsion ou l’impulsion dessinent les traits de l’homme pathologique. Dans la nouvelle normativité et la nouvelle psychopathologie, il s’agit moins d’identification (à des images parentales bien dessinés ou à des rôles sociaux clairement définis) que d’identité. L’identité est le premier vecteur de rédefinition de la notion de personne aujourd’hui”.

⁶³ “[...] reste fixée dans un état d’adolescence permanente, elle n’arrive pas à devenir adulte en acceptant les frustrations qui sont le lot de tout vie. En résultent fragilité, sentiment permanent de précarité ou d’instabilité.”

que a depressão é considerada uma das doenças mais incapacitantes de nossa época: qualquer deslize no regime da ação e da iniciativa individual, da eficácia e da performance, da responsabilidade e do empreendimento de si mesmo apresenta um custo demasiadamente elevado. Face aos problemas da existência, o indivíduo não deve ficar paralisado, não deve deixar seu estado emocional atrapalhar seu rendimento. É nesse sentido que, sob o rótulo de doença, uma eventual incapacidade de agir é medicada, tendo em vista otimizar o sujeito e cooptá-lo de volta ao movimento constante das engrenagens contemporâneas, cujas expectativas de ação e performance nunca são respondidas à altura. É, então, na forma da medicalização, das “pílulas da performance” (EHRENBURG, 2010), que os indivíduos encontram a resposta para tentar superar seu déficit e insuficiência e, quem sabe, tornarem-se capazes de se autogovernarem, de se dominarem, de serem um empreendimento de si mesmos, como dita o imperativo da autonomia.

A prescrição de moléculas no largo espectro da eficácia responde ao aumento das exigências normativas de hoje: a dificuldade em enfrentar pode custar caro a uma individualidade compreendida nas trajetórias em que os fracassos profissionais, familiares e afetivos são suscetíveis de se acumular rapidamente. Esses fracassos conduzem à rejeição da socialidade muito mais rápido que antes⁶⁴ (EHRENBURG, 2000, p. 265).

Ehrenberg (2010, p. 217) caracteriza a sociedade contemporânea como marcada por um individualismo que introduz “uma recomposição das relações e dos conteúdos da vida pública e da vida privada em função do valor da autonomia”⁶⁵. O individualismo contemporâneo pode ser definido como aquele que substitui os valores relativos ao pertencimento a associações coletivas pelos valores da escolha individual – dessa maneira, o indivíduo se define por suas escolhas, e não mais por suas associações –, estando relacionado à crise da subjetividade e à crise do laço social resultantes da emancipação dos costumes (EHRENBURG, 2010). Nesse contexto, o empreendedor e o terapeuta são duas figuras de identificação complementares, representando um modelo de ação, a capacidade de agir por si mesmo diante de um futuro incerto, e a regulação das

⁶⁴ “La prescription des molécules au large spectre de l’efficacité répond à l’acroissement des exigences normatives d’aujourd’hui: la difficulté à faire face peut coûter cher à une individualité prise dans des trajectoires où les échecs professionnels, familiaux et affectifs sont susceptibles de se cumuler rapidement. Ces échecs conduisent à être rejeté de la sociabilité beaucoup plus rapidement qu’auparavant”.

⁶⁵ “[...] recomposition des rapports et des contenus de la vie publique et de la vie privée en fonction de la valeur autonomie”.

relações sociais em função da autonomia. Dessa maneira, a expectativa é de que os indivíduos sejam empreendedores e terapeutas de si mesmos.

Nesse cenário, emergem novas formas de consciência de si: os indivíduos são estimulados a refletirem sobre seu íntimo, a atentar para sua individualidade, onde encontrarão a liberdade de escolher a vida que desejam levar. Ehrenberg (2010) tem como hipótese a emergência da saúde mental como a linguagem contemporânea, “a forma de expressão obrigatória não somente do mal estar e do bem estar, mas também dos conflitos, das tensões, dos dilemas de uma vida social organizada em referência à autonomia, prescrevendo maneiras de dizer e de fazer aos indivíduos”⁶⁶ (p. 17), constituindo “um novo jogo de linguagem que permite falar e agir sobre os problemas, dilemas e conflitos suscitados pela autonomia”⁶⁷ (p. 18). De acordo com Ehrenberg (2000), tal quadro vem se delineando desde os anos 1960, quando as revistas e as obras de psicologia começaram a fornecer um espaço para a interioridade dos indivíduos, através da formulação de uma linguagem da psiquê, favorecendo a emergência de uma nova consciência de si:

[...] consciência nova porque começa na época um recuo da concepção hierárquica de vida, particularmente na família, onde os papéis sociais (ser mãe, esposa, e etc) cedem lugar à plenitude de cada um, particularmente das crianças. As regras de obediência aos cânones morais ou religiosos recuam progressivamente em favor de modelos que fornecem ferramentas interpretativas para resolver ou superar os problemas íntimos. A mídia desculpabiliza seus leitores (você tem o direito de se sentir psicologicamente mal) e facilita a emergência de uma demanda fornecendo as palavras para formulá-la. Ela abre um espaço público para concretizar a realidade psíquica e molda o estilo de uma psicologia para as massas. Porque a interioridade não está na cabeça das pessoas que a inventariam por elas mesmas sua linguagem, ela está no mundo e em nós simultaneamente: ela supõe atores que formulam significações comuns que cada um pode compreender e se apropriar pessoalmente para dizer o que experimenta no interior de si. Sem instituições de interioridade, não há, socialmente falando, interioridade. Ela é produzida em uma construção coletiva que lhe fornece um quadro social para existir⁶⁸ (EHRENBERG, 2000, p. 143).

⁶⁶ “[...] la forme d’expression obligatoire non seulement du mal-être et du bien-être, mais aussi de conflits, de tensions et de dilemmes d’une vie sociale organisée en référence à l’autonomie, prescrivant des façons de dire et de faire aux individus”.

⁶⁷ “[...] un nouveau jeu de langage permettant de parler de et d’agir sur les problèmes, dilemmes et conflits suscités par l’autonomie”.

⁶⁸ Conscience nouvelle parce que s’amorce à l’époque un recul de la conception hiérarchique de la vie, particulièrement dans la famille où les rôles institutionnels (être mère, épouse, etc.) font lentement place au souci de l’épanouissement de chacun, et particulièrement des enfants. Les règles d’obéissance à des canons moraux ou religieux reculent progressivement au profit de modèles fournissant un outillage interprétatif pour résoudre ou surmonter les problèmes intimes. Les médias déculpabilisent leurs lecteurs (vous avez le droit de vous sentir psychologiquement

A mídia atua nessa construção de uma nova consciência de si, na medida em que se configura como uma instituição de interioridade onde os indivíduos têm acesso a modos de refletirem sobre si mesmos, apreendendo uma gramática da vida íntima. Nesse sentido, “ao abrir um espaço público que dá forma e sentido às dificuldades da vida privada, a mídia contribui para a socialização da psiquê” (EHRENBERG, 2000, p. 145). Se na modernidade era comum as revistas localizarem a felicidade na obediência ao status quo, porém, na contemporaneidade, relaciona a felicidade à realização pessoal, que só pode ser alcançada a partir da reflexão sobre si.

2.3. Cultura terapêutica

Nessa conjuntura, torna-se comum a constituição de comunidades negativas, que são caracterizadas pelas tecnologias de suporte de si. De acordo com Philip Rieff (1990), as comunidades negativas podem ser definidas como coleções de pequenas ilhas cercadas de atividades terapêuticas. Ehrenberg (2010) completa essa definição ao acrescentar que tais ilhas são centradas sobre a realização pessoal e a otimização de si. Essas comunidades se contrapõem às positivas, genuinamente modernas, que oferecem a salvação a seus membros e são um espaço onde os indivíduos estão vinculados pela culpa: nas comunidades negativas não há vínculos, mas apenas relações terapêuticas, nem culpa, mas sim a expressão e a realização de si, uma vez que as obrigações são quase inexistentes. Essas comunidades se assemelham às comunidades de sofredores, onde os sujeitos se unem por conta do sofrimento particular causado, por exemplo, por uma doença crônica, como a depressão, e se relacionam de maneira terapêutica, prestando suporte e apoio uns aos outros.

As comunidades negativas são típicas de um contexto marcado pela cultura terapêutica, onde há a emergência do homem psicológico, um senso de bem-estar manipulável, a ruptura das identidades coletivas, a falta de propósitos comuns e a

mal) et facilitent l'émergence d'une demande en fournissant les mots pour la formuler. Ils ouvrent un espace public pour mettre en forme la réalité psychique et façonnent le style d'une psychologie pour les masses. Car l'intériorité n'est pas dans la tête des gens qui inventeraient par eux-mêmes son langage, elle est dans le monde et en nous simultanément: elle suppose des acteurs qui forment des significations communes que chacun peut comprendre et s'approprier personnellement pour dire ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même. Sans institutions de l'intériorité, il n'y a pas, socialement parlant, d'intériorité. Elle est produite dans une construction collective qui lui fournit un cadre social pour exister.

eliminação do sentido trágico (RIEFF, 1990). Houve um deslocamento do “eu creio” para o “eu sinto”, de maneira que a fé reapareceu em termos de terapia: “na era da psicologização, a clareza a respeito de si suplanta a devoção a um ideal como modelo de conduta correta” (p. 70).

É em termos da cultura terapêutica que Furedi (2004) introduz um argumento para decifrar o fenômeno da depressão na contemporaneidade. O autor considera o discurso como peça-chave para compreendermos o panorama contemporâneo das doenças mentais: é o discurso da cultura terapêutica que leva os indivíduos a se interpretarem como vulneráveis, incapazes de lidar com os sofrimentos cotidianos sem a intervenção de um especialista. A disseminação desse discurso nos mais variados meios de comunicação leva os sujeitos a se preocuparem constantemente com o estado de suas emoções, que são consideradas fonte de risco não só para si, mas também para toda a sociedade. Dessa maneira, para Furedi, é no discurso da cultura terapêutica que se localiza o sentido patológico do sofrimento e da transgressão moral.

De acordo com Furedi (2004), a cultura terapêutica é aquela que constrói o sentido da vida por meio das emoções, utilizando-se de uma linguagem emocional que passa a penetrar em diversas esferas da existência: na política, no trabalho, nas escolas e etc. Nesse sentido, o vocabulário terapêutico “não mais se refere a problemas incomuns ou exóticos. Termos como estresse, ansiedade, vício, compulsão, trauma, emoções negativas, cura, síndrome, crise de meia idade ou aconselhamento se referem a episódios normais da vida cotidiana” (FUREDI, 2004, Introdução, 3º parágrafo). Assim, há uma tendência a reinterpretar tanto as frustrações e os problemas quanto os eventos cotidianos da vida a partir de um script emocional, levando à proliferação do que Furedi denomina “etiquetas psicológicas”, ou seja, rótulos terapêuticos que sintetizam e, conseqüentemente, simplificam a complexidade da existência em termos psicologizantes.

Furedi (2004) cita como exemplo de disseminação do vocabulário terapêutico a noção de autoestima: é recente a ideia de que a falta de autoestima constitui algo nocivo e apresenta um sentido terapêutico, sendo considerada causa de uma gama de problemas sociais ou psicológicos, por exemplo, crime, gravidez adolescente, depressão e etc. Enquanto no séculos XVII, e posteriormente XVIII e XIX, a autoestima representava, respectivamente, independência e autoconhecimento, no século XX, mais precisamente em 1987, a partir da definição presente no Dicionário Oxford da autoestima como uma apreciação ou opinião favorável de si, o termo ganha novos contornos, mas, ainda assim,

não apresentava relação com questões psicológicas, o que ocorreu apenas mais recentemente (FUREDI, 2004). Essa ressignificação da autoestima se relaciona à proliferação do termo: segundo pesquisa da Factiva em 300 jornais do Reino Unido, em 1980, não há referências à autoestima; em 1986, há 3 citações; em 1990, 103; em 2000, 3328. A mesma pesquisa também notou aumento de incidência das palavras estresse, síndrome e aconselhamento (FUREDI, 2004). O autor considera que a mudança na utilização da linguagem representa mudanças culturais e de expectativas.

2.3.1. Vulnerabilidade, determinismo emocional e bem-estar

De acordo com Furedi (2004), o sentido que a cultura terapêutica confere à condição humana está relacionado à noção de que os indivíduos apresentam um déficit e uma vulnerabilidade emocional, não sendo capazes de lidar com conflitos e frustrações. A partir desse ideário, emerge uma nova concepção a respeito da experiência humana: problemas antes considerados cotidianos passam a ser vistos como nocivos por constituírem fontes de risco ao bem-estar emocional dos sujeitos. Conseqüentemente, a patologização aparece como uma das principais características da cultura terapêutica.

Hoje tememos que os indivíduos não apresentem resiliência para lidar com sentimentos de isolamento, decepção e fracasso. Por meio da patologização das respostas emocionais negativas às pressões da vida, a cultura contemporânea encoraja involuntariamente as pessoas a se sentirem traumatizadas e deprimidas por experiências até então compreendidas como parte da rotina⁶⁹ (FUREDI, 2004, The emotional deficit, 3º parágrafo).

Na cultura terapêutica, todo estágio da vida aparece como fonte de risco, necessitando de intervenção. Até mesmo a vida escolar das crianças e dos adolescentes é encarada como potencialmente perigosa para o bem-estar dos estudantes: a semana de provas, por exemplo, emerge como uma época capaz de ser traumatizante, a ponto de serem oferecidas terapias para ajudar os alunos a lidar com as expectativas de bom desempenho, como hipnose e aconselhamento de psicólogos (FUREDI, 2004). Outro evento da vida considerado capaz de traumatizar é apaixonar-se: cada vez mais, o amor é representado como patológico, uma vez que a cultura terapêutica vê todos os sentimentos

⁶⁹ “Today we fear that individuals lack the resilience to deal with feelings of isolation, disappointment and failure. Through pathologising negative emotional responses to the pressures of life, contemporary culture unwittingly encourages people to feel traumatized and depressed by experiences hitherto regarded as routine”.

direcionados a objetos exteriores – que distraem os indivíduos de suas necessidades, de seu *self*, podendo causar dependência – com desconfiança.

A gerência da subjetividade a partir da intervenção terapêutica não fica restrita à relação individual entre indivíduo e terapeuta, mas penetra diversas esferas e instituições, como o mundo corporativo, a educação, a justiça, a medicina, a política e etc. Não é de se estranhar, portanto, que as empresas realizem testes de personalidade com os candidatos às suas vagas de trabalho, ou classifiquem seus empregados de acordo com castas emocionais e rótulos psicológicos. Como explica o professor Carlos Jesús Fernandez, do Departamento de Sociologia da Universidade Autônoma de Madrid, em matéria do *El País*⁷⁰, “antes era preciso saber fazer um trabalho e desempenhar uma função durante oito horas por dia. Agora se procuram características pessoais, competências ligadas à personalidade”.

A cultura terapêutica supervaloriza a personalidade do indivíduo, ou melhor, o *self*. A constante preocupação com o *self* se deve ao fato de que ele seria definido pelas emoções, localizando-se em nossa interioridade os aspectos determinantes dos problemas individuais e coletivos. Nesse sentido, os problemas públicos aparecem como individuais e devem ser resolvidos no interior do indivíduo, onde eles surgem. Assim, de acordo com Furedi (2004), a cultura terapêutica é caracterizada por um determinismo emocional, uma vez que as emoções seriam a causa de grande parte dos problemas, sejam eles coletivos ou individuais, na medida em que existe uma relação causa-efeito entre o estado emocional dos indivíduos e as questões sociais. Desse modo, as pessoas que não apresentam inteligência emocional ou não se preocupam com o autoconhecimento são consideradas potencialmente destrutivas diante de uma sociedade que pode ser afetada pelo desequilíbrio emocional individual.

Como o bem-estar emocional é questão tanto individual quanto coletiva, diante de qualquer alteração no estado de suas emoções, o indivíduo deve reconhecer que algo está errado e, assim, procurar ajuda. Reconhecer as próprias vulnerabilidades torna-se, na cultura terapêutica, sinônimo de responsabilizar-se não só por si mesmo, mas por toda a sociedade.

⁷⁰ Disponível em < https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/24/economia/1508848045_385114.html >. Acesso em 10 fev. 2019.

A emoção é tanto um objeto de veneração cultural quanto de medicalização. Emoções, especialmente as fortes, são sistematicamente tratadas como patologias e vícios que requerem intervenção terapêutica. [...] Ao que parece, a intervenção terapêutica é sempre a conclusão implícita na história transmitida através do script emocional da cultura contemporânea. A necessidade de gerenciamento terapêutico do sentimento indica que o significado que a cultura ocidental atrela ao domínio da emoção é alimentado pela percepção de que a mesma constitui um sério problema⁷¹ (FUREDI, 2004, The culture of emotionalism, Ambiguities about emotion, 4º parágrafo.).

O script emocional da cultura terapêutica valoriza a felicidade, a realização pessoal, o prazer. Nesse cenário, é comum a disseminação de métodos que visam ensinar a felicidade, como, por exemplo, a meditação. É o caso do programa “Educação baseada na consciência”, da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, que oferece sessões de meditação transcendental para as crianças. O projeto teria a capacidade de aumentar a concentração e o desempenho escolar desses indivíduos, diminuir seus níveis de depressão e ansiedade, além de promover o autoconhecimento, a partir do qual as crianças poderão produzir melhores resultados no futuro (CASTELLANO, 2015). É também cada vez maior o interesse pela psicologia positiva, área focada no alcance da felicidade pelos indivíduos. Nos Estados Unidos, são realizadas em escolas ações que visam ensinar as crianças e jovens a terem uma melhor qualidade de vida emocional, através de projetos como o *Action for Happiness in Schools*⁷².

A felicidade foi, em suma, instrumentalizada, e não só pode, como deve, ser acumulada e objeto de investimento (FREIRE, 2010). Já não se trata de levar a pessoa a se sentir bem, mas a sentir-se excelente, podendo, assim, desenvolver ao máximo suas capacidades. Desse modo, enquanto em outras épocas a felicidade era considerada não-natural, fugidia e efêmera, hoje, o pensamento terapêutico e positivo nos leva a crer que ser feliz é ser bom, e que o alcance da felicidade depende apenas dos esforços cognitivos e comportamentais dos indivíduos (FREIRE, 2010). Assim, ser feliz estaria ao alcance de todos, sendo necessário somente que o indivíduo modele suas ações e seus pensamentos de acordo com os ditames da psicologia positiva e da cultura terapêutica.

⁷¹ Emotion is both an object of cultural veneration, but also of medicalisation. Emotions, especially strong ones, are systematically treated as pathologies and addictions that require therapeutic intervention. [...] It appears that therapeutic intervention is always the conclusion implicit in the story transmitted through contemporary culture’s emotional script. The need for the therapeutic management of feeling indicates that the significance that western culture attaches to domain of the emotion is fuelled by the perception that it constitutes a serious problem.

⁷² Disponível em: <<http://www.actionforhappiness.org/about-us/happiness-in-schools>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

Sentir-se bem se torna um fim em si mesmo – e a relação do indivíduo com um contexto moral ou político mais amplo ameaça se tornar uma questão insignificante. O certo e o errado tornam-se questões arbitrárias para a devoção do culto do sentimento. Em vez de certo e errado, há apenas diferentes maneiras de se sentir sobre o mundo⁷³ (FUREDI, 2004, Targeting privacy and informal relations, And the surprising degradation of the public, 1º parágrafo).

2.3.2. A figura da vítima

Uma das ações valorizadas pela cultura terapêutica para que o indivíduo alcance o bem-estar é a exibição pública do sofrimento, pois essa atitude indica que o sujeito está em busca de ajuda (FUREDI, 2004). Nesse sentido, o indivíduo deve admitir suas vulnerabilidades diante do(s) outro(s), e não se comportar de maneira estoica: uma vez que todos são emocionalmente vulneráveis, é necessário reconhecê-lo, em vez de aparentar ser forte e inabalável e adotar uma postura heroica face às dificuldades da vida. Até mesmo porque, na cultura terapêutica, o ato de heroísmo está vinculado justamente à exibição pública de nossas vulnerabilidades, à admissão, não só para si, mas também para o outro, de nossas fraquezas.

O conhecimento da dor emocional adquire significado através da exibição pública. Essa manifestação envolve o ato de se comunicar com os outros. Requer a nomeação da dor emocional – ‘Eu sou um viciado’ – pelo menos para o terapeuta ou, preferencialmente, a um grupo de apoio. Esse ato terapêutico de conhecimento se transformou em culturalmente estimado através da validação positiva estendida ao ato de refletir sobre os sentimentos em público⁷⁴ (FUREDI, 2004, The culture of emotionalism, Feeling in public, 1º parágrafo, tradução nossa).

A cultura terapêutica é, nesse sentido, aquela que valoriza a figura da vítima. Furedi (2004) apresenta o paradigma da vítima-herói, o qual transforma em ídolo e em vencedor o indivíduo que superou uma situação difícil, como um transtorno psicológico, e, assim, “consequentemente, mais e mais pessoas se identificam por meio de seu vício, sua

⁷³ “Feeling good becomes an end in itself – and the individual relationship to a wider moral or political framework threatens to become an insignificant side issue. Questions of right and wrong become arbitrary matters to a devotee of the cult of feeling. Instead of right and wrong there are only different ways of feeling about the world.”

⁷⁴ “The act of acknowledgement of emotional pain acquires meaning through its public display. This act of disclosure involves the act of communication with others. It requires the naming emotional pain – ‘I am an addict’ – at least to a therapist and preferably to a support group. This therapeutic act of acknowledgement has become culturally esteemed through the positive valuation extended to the act of reflecting on feelings in public.”

síndrome ou doença física” (FUREDI, 2004, n.p., tradução minha). Nesse contexto, Furedi destaca que a doença aparece como uma tendência fashion. Se em outras épocas a vítima tinha vergonha de ser vítima, concebendo-se como fraca e impotente, na cultura terapêutica a força da vítima advém justamente de sua condição: ser – ou ter sido – vítima torna o indivíduo protagonista de uma história de superação e, assim, caracteriza-o como forte e corajoso. Para além disso, a condição de vítima é imprescindível para que o sujeito mereça a solidariedade social (VAZ, 2010).

De acordo com Vaz (2010), com a liberação da sexualidade, a figura da vítima é instituída como forma subjetiva da cultura terapêutica: a perda do lugar central do sexo na moralidade contemporânea gera a dificuldade de o indivíduo considerar seu sofrimento como resultado de uma ação imoral cometida por ele mesmo ou recorrer à interpretação psicanalítica de que sua angústia é causada por sua resistência a desejar seu próprio desejo. A culpabilidade interna é substituída, então, pela culpabilidade externa: o outro é visto como o causador do sofrimento. Em um cenário em que a possibilidade de ser vítima está disponível para todos, a própria definição de vítima torna-se cada vez mais imprecisa. Assim, é comum assistirmos à proliferação de grupos tradicionalmente hegemônicos reivindicando o status de vítima, como heterossexuais que se dizem vítimas de heterofobia e brancos que se consideram vítimas de racismo, afinal ser vítima eleva o estatuto de um indivíduo, reconfigurando-o simbolicamente, trazendo prestígio, direitos e etc.

A inquietação é a de que certas formas de atribuir sentido ao sofrimento podem provocar mais sofrimento. Constantemente incitados a se conceber como desamparados, os indivíduos, hoje, se pensam como precisando de especialistas para viver suas vidas, e como incapazes de encontrar qualquer positividade nas tragédias com que, necessariamente, se defrontarão ao longo de suas vidas. E ciosos de sua inocência, serão facilmente tomados pelo ressentimento, pela indignação, saindo em busca de bodes expiatórios e não questionando a moralidade que anima sua busca. Se sofrem quando são moderados e compassivos, isso se deveria aos imorais, isto é, aos monstros sem compaixão nem moderação e aos agentes do Estado corruptos e incompetentes. Essa atitude indignada tanto afasta os indivíduos da ação coletiva, pois acarreta a crítica moral da política, quanto legitima a vingança como modo de lidar com todos aqueles que a moralidade constrói como monstros (VAZ, 2010, n.p.).

Furedi (2004) atenta para o fato de que há, na contemporaneidade, a disseminação de biografias que destroem a imagem de heroísmo e perfeição de artistas e grandes figuras

históricas, pois é importante não só ser vítima, mas também exibir sua condição, deixando que os outros tenham conhecimento de que todos, até mesmo os indivíduos mais insuspeitos e mais bem-sucedidos, têm seus problemas e enfrentam situações difíceis. Assim, encontramos, por exemplo, diversos artistas que narram suas histórias de sofrimento com as doenças mentais, como é o caso de Demi Lovato, que documentou sua luta contra a bipolaridade no filme e no livro *Staying Strong*, e Anitta, que revelou sofrer de depressão no documentário *Vai Anitta*. Dessa maneira, se até as grandes estrelas são acometidas por doenças mentais, como os indivíduos comuns não o seriam? Nesse sentido, a condição de vulnerabilidade emocional atinge a todos indiscriminadamente.

De acordo com Furedi (2004), a cultura terapêutica estaria promovendo a erosão da esfera da vida privada, pois requer a manifestação dos sentimentos e das emoções em público para que os mesmos sejam validados e legitimados, e defende a ideia de que é por meio do compartilhamento da dor com os outros que a cura da ferida emocional pode ser alcançada. Dessa maneira, as histórias individuais de sofrimento estão se tornando públicas, sendo compartilhadas nos mais variados meios de comunicação.

2.4. Depressão e produção de subjetividade

Sibilia (2008) aborda o fenômeno da exibição da intimidade, ou o que a autora denomina produção de extimidade, que é a conversão da intimidade em algo voltado para o exterior: a intimidade continua sendo valorizada como aquilo que define quem nós realmente somos, mas transborda os limites do espaço privado, pois deve ser legitimada e ter seu valor quantificado pelo olhar alheio. Segundo Sibilia (2008), as formas de narrar mudam de acordo com as mudanças históricas que afetam a produção de subjetividades, que, na contemporaneidade é fomentada por uma “fome de realidade” incitadora tanto da exibição como do consumo de vidas alheias e reais, havendo uma aura em torno das narrativas autobiográficas, pois apresentam um caráter autêntico e genuíno a partir de sua referência autoral, que demonstra que os relatos foram narrados a partir de experiências íntimas de um indivíduo real.

De acordo com Sibilia (2008), entre a modernidade e a contemporaneidade, houve um deslocamento do homem psicológico para o homem tecnológico. Enquanto na modernidade, onde a forma subjetiva particular era a interioridade psicológica, havia a necessidade de espaços privados onde o eu pudesse se constituir, fosse a partir da leitura

silenciosa de romances, fontes de roteiros de subjetivação, fosse através do exercício da escrita nos diários íntimos, na contemporaneidade as pessoas devem ter habilidades narrativas e estéticas, ou seja, competências midiáticas, para mostrar suas vidas, constituindo subjetividade, sobretudo, nas e a partir das narrativas autobiográficas majoritariamente estetizadas que pululam na internet. Assim, a contemplação introspectiva perde espaço para a atualização permanente nas redes sociais, e as narrativas passam a seguir os moldes estéticos da publicidade, da televisão e do cinema, capazes de transformar a vida em um produto transmídia.

2.4.1. Os lugares do sofrimento

Furtado e Szapiro (2018) consideram que o declínio do homem psicológico é fundamental para compreendermos as mudanças a respeito do lugar do sofrimento na contemporaneidade. Para chegar a essa conclusão, as autoras, primeiramente, realizam uma abordagem genealógica que indica a contingência da constituição do eu: os gregos, por exemplo, apresentavam interioridade, mas não individualizada ou reflexiva, uma vez que não se ancorava em um eu. De acordo com as autoras, a interioridade individualizada só emerge na ética cristã, quando, a partir do pensamento de Santo Agostinho, tornou-se necessária a emergência de uma narrativa sobre um eu, que define o que se é, pois era fundamental conhecer a verdade sobre si para se aproximar de Deus, ou seja, não havia ainda um culto em torno do eu, cuja finalidade única era encontrar o caminho da salvação, a divindade. Com a hermenêutica cristã, o cuidado de si passa a significar conhecer a si mesmo para se confessar sua própria verdade. Nesse sentido, a relação que o indivíduo estabelecia com a verdade durante o período de vigência da ética cristã era caracterizada por uma vigilância sobre si mesmo, favorecendo modos de ser ascéticos, voltados para a espiritualidade, e que encaravam o sofrimento em sua relação com Deus e o pecado. Dessa maneira, a confissão emerge como a técnica narrativa predominante.

A prática da confissão se configura, assim, como um exercício de verbalização de uma verdade interior escondida que precisa ser revelada. Como técnica, supõe que alguém carregado de culpa fala para outro alguém sobre seus pensamentos mais íntimos e profundos. Assim, através da palavra confessada seria possível a salvação, a correção dos erros. A salvação, por sua vez, requeria um conjunto de práticas que implicavam a experiência do sofrimento (FURTADO, SZAPIRO, 2018, p. 18).

Já na modernidade, a verdade é interpretada como o que só pode ser alcançado através do ato de conhecimento conduzido pelo eu, isto é, as questões espirituais foram deixadas de lado para que se pudesse delinear uma relação objetiva com a verdade, relação essa caracterizada pelo método e pela razão. Dessa maneira, ao longo da modernidade, “a interioridade foi se configurando como um rico e secreto lugar localizado nas profundezas de cada sujeito. Esse espaço íntimo e profundo guardava os pensamentos, sentimentos e emoções” (FURTADO, SZAPIRO, 2018, p. 7). A subjetividade moderna, no entanto, conheceu uma virada com o pensamento freudiano, que trouxe a noção de sujeito inacabado e indeterminado, “concepção que subverte e rompe com o ideal científico que identificava o ‘eu’ à consciência” (p. 20). Segundo as autoras, é a partir da modernidade que ocorre uma crescente afirmação de si e dos valores envolvidos com a realização de si, favorecendo modos de ser voltados para o culto à personalidade e à autenticidade. O sentido que o sujeito dava ao sofrimento era buscado na leitura e na escrita, momentos em que considerava-se que o indivíduo poderia cultivar-se, constituir-se. Assim, o sofrimento ocupava um lugar central no processo de construção da subjetividade moderna, representando um saber sobre si.

O sofrimento era, de certo modo, experimentado com toda sua face cinzenta e dolorosa, sendo transformado em suspiros literários e criatividade, tendo então o seu lugar de potencialidade, de positividade, de invenção de si e do sentido do mundo. O lugar do sofrimento era o lugar da conversa interior e sua escuta permitia a construção de si mesmo. Nesse sentido, é importante ressaltar, nessa subjetividade tratava-se da densa construção de uma narrativa na qual o sofrimento tomava lugar destacado na composição dos atributos da condição humana (FURTADO, SZAPIRO, 2018, p. 25).

Furtado e Szapiro (2018) consideram que estamos cada vez mais distantes desse modelo, uma vez que o mal-estar parece ter perdido seu sentido e seu lugar na constituição de subjetividades, ou seja, “no processo de referência identitária na contemporaneidade” (p. 25). A subjetividade contemporânea é marcada por outras modalidades e, conseqüentemente, por uma outra relação com o sofrimento, que apresenta hoje, também, outros sentidos: o imperativo da felicidade e do bem-estar fomenta a possibilidade de eliminação do sofrimento, que passa a ser encarado de maneira patológica. De acordo com as autoras, esse cenário consiste em uma radicalização do projeto de felicidade do indivíduo moderno, cujo bem-estar estava relacionado à realização das aspirações pessoais a partir do domínio do homem sobre a realidade: na contemporaneidade, há uma ênfase na individualização desse projeto, que depende da performance e da eficácia do

indivíduo. A partir disso, a felicidade passa de um direito a um imperativo, e viver sem sofrer emerge como um direito de todos; o sofrimento, antes encarado em seu sentido existencial, de conflito interior característico de uma interioridade complexa e contraditória, surge simplificado, como uma disfunção, um defeito diante da necessidade de performance e eficácia constantes. Em face dessa configuração, a medicalização aparece como uma resposta à expectativa contemporânea de que o sofrimento pode ser extirpado com base “nas técnicas de desenvolvimento pessoal e gestão de si, nos guias de autoajuda e sabedoria, e sobretudo nas ‘farmácias da felicidade’” (p. 28).

2.4.2. Narrativas autobiográficas: da confissão ao testemunho

Com essas transformações, mudam também os gêneros literários predominantes. Enquanto na modernidade havia a proliferação de romances psicológicos e diários íntimos, em virtude de a experiência introspectiva da leitura e da escrita aparecer como uma possibilidade de produção de sentido a partir do estreitamento das relações do indivíduo consigo mesmo e com o sofrimento, na contemporaneidade a ênfase sobre a felicidade e a consequente possibilidade de eliminação do sofrimento ensejam a difusão de relatos autobiográficos que contam histórias de superação, “numa narrativa que nos incita a sermos cada vez mais eficazes, felizes e realizados profissionalmente” (FURTADO, SZAPIRO, 2018, p. 29). A experiência da construção de si interiorizada, a partir da leitura e da escrita silenciosa e introspectiva, característica da modernidade, também é substituída pela autoconstrução voltada para o olhar alheio, ou seja, pela extimidade, como denomina Sibilia (2008). Leonor Arfuch (2002) classifica esse contexto como *boom* do espaço biográfico, que, de acordo com a autora, é constituído não só por biografias, autobiografias, cartas e memórias, mas também gêneros menos tradicionais, como testemunhos, relatos de autoajuda, entrevistas e talk shows. Arfuch considera que, nesse espaço biográfico, a visibilidade do privado aparece como uma forma de educação sentimental, o que é exacerbado a partir da publicização dessas narrativas na internet.

Nesse cenário, o testemunho emerge como uma narrativa autobiográfica proeminente. Em primeiro lugar, é necessário localizar o testemunho como uma secularização das narrativas de conversão evangélicas. Ao longo dos séculos XIX e XX, o testemunho evangélico se tornou uma prática secular a partir da emergência do pensamento positivo como forma de secularização da fé espiritual e da constituição de

grupos de autoajuda nas igrejas protestantes, como, por exemplo, o Alcoólicos Anônimos. De um lado, o pensamento positivo – considerado capaz de gerar mudanças no estado mental do indivíduo e, conseqüentemente, em sua realidade, por meio do otimismo da fé – foi se delineando como uma forma de instrumentalização da religião: a fé em Deus deveria servir para o indivíduo alcançar algum propósito em sua vida terrena – ser feliz e bem-sucedido –, e não apenas após a morte. De outro, a laicização dessa terapia foi possibilitada pelo grupo de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos, que incorporou a noção de que os indivíduos são impotentes diante de seus erros – os quais poderiam ser superados a partir da modelação de seus pensamentos de forma a adequar suas condutas às normas sociais vigentes – e a dinâmica testemunhal, caracterizada pelo reconhecimento de que são alcoólatras e por narrar suas dificuldades com a condição, como fonte de solidariedade e esperança entre esses indivíduos (SANTOS, 2018).

Nesse ponto, não havia tentativa de estabelecer culpa ou justificar o sofrimento. Essa característica foi introduzida com a emergência do conceito de codependência, uma patologia que seria causada pela baixa autoestima e teria como consequência o estabelecimento de relações dos indivíduos codependentes com pessoas viciadas ou compulsivas, nas quais buscariam aprovação. A codependência era concebida como um transtorno decorrente das normas da sociedade, que impeliam os indivíduos a sacrificarem seus próprios desejos em nome da coletividade. Assim, diferentemente dos Alcoólicos Anônimos, o grupo de codependentes era considerado vítima da sociedade, encontrando como justificativa do sofrimento presente experiências passadas e colocando a culpa por seu infortúnio no mundo exterior. Dessa maneira, o testemunho foi se delineando como uma narrativa da vítima, a qual busca explicar sofrimentos presentes a partir da reinterpretação do passado (SANTOS, 2018).

Diferentemente de na confissão, característica da modernidade, no testemunho o indivíduo não fala em um espaço privado, como o consultório médico ou o confessionário, nem em direção a uma autoridade que seria responsável por oferecer a ele redenção, dirigindo-se, pelo contrário, a qualquer um que esteja disposto a ouvi-lo em um espaço público. Nesse sentido, enquanto na confissão a verdade se fundamenta na autoridade do perito e do discurso científico, no testemunho a verdade se dá a partir da exibição do sofrimento e da sinceridade. No testemunho, o conflito existente se refere à dificuldade ou impossibilidade de comunicar um evento, justamente pela intensidade do sofrimento experimentado pelo narrador; na confissão, o conflito se relaciona com a

impossibilidade de o sujeito – marcado pelo autoengano – se conhecer completamente, pois uma parte de si sempre fica opaca a si mesmo. Essa diferença, em particular, é fundamental para compreendermos a passagem da clínica do desejo à clínica do trauma, da psicanálise à autoajuda: enquanto na primeira o discurso do sujeito é interpretado e tomado como sintoma, na segunda a fala do indivíduo é tomada como verdade (TEIXEIRA, VAZ, 2018). O papel do perito, nesse contexto, é apenas reafirmar o sofrimento.

As mudanças no conceito de trauma são essenciais para a compreensão da passagem da confissão ao testemunho, da clínica do desejo à clínica do trauma. Primeiramente, é necessário ressaltar que trauma nem sempre foi sinônimo de ferida psíquica, tendo predominado até o século XIX a noção de que trauma significava uma lesão orgânica. Os acidentes de trem foram os primeiros a mudar essa perspectiva, estabelecendo um vínculo entre evento do passado e modo de ser no presente, na medida em que a partir deles os médicos começaram a conceber a ideia de que muitos indivíduos que sofriam esse tipo de acidente não apresentavam lesões físicas, mas sim psíquicas (VAZ e SANTOS, 2017).

O psicanalista, em fins do século XIX e começo do século XX, desenvolveram a noção de trauma psíquico, uma realidade psíquica capaz de provocar efeitos nos indivíduos; sendo assim, um mero evento não seria capaz de suscitar o trauma. Freud introduziu a perspectiva de sexualidade traumatizante, através do Complexo de Édipo: mais do que sexualidade traumatizante, perturbadoras seriam as fantasias inconscientes, pois, com a adesão do indivíduo às regras sociais relativas ao sexo, o desejo do sujeito era desconhecido por ele mesmo, sendo capaz de traumatizar e adoecer, “mas o adoecimento era abertura; nos sintomas, o que se manifestava era a necessidade de o indivíduo se transformar, de modificar suas crenças e valores e, enfim, desejar o que deseja” (VAZ e SANTOS, 2017, p. 8) a partir da forma de tratamento disponível – a confissão íntima. Além dessa perspectiva, surge aquela, também psicanalítica, relacionada ao trauma como “excesso de excitação que não pode ser absorvido pela consciência” (VAZ e SANTOS, 2017, p. 8), evocada para explicar o sofrimento dos soldados que retornaram após a 2ª Guerra Mundial. Nesse sentido, em ambas as perspectivas,

[...] o passado é certamente o que precisa ser esquecido, o que precisa ser elaborado e deixar de perturbar a consciência. Mas é também, e sobretudo, aquilo cuja insistência no presente provoca a mudança do indivíduo [...] O trauma é uma abertura de possibilidades; provoca

sofrimento, certamente, mas porque força a pensar, força o indivíduo a se transformar. O acontecimento passado, ao forçar a transformação do presente, abre o futuro (VAZ e SANTOS, 2017, p. 9).

O conceito de transtorno de estresse pós-traumático emerge nos anos 1980, no DSM-III, combatendo a, até então, tradicional perspectiva psicanalítica do trauma, a partir de um movimento encabeçado por veteranos de guerra, feministas e psiquiatras. As feministas, sobretudo, opunham-se à perspectiva freudiana da sexualidade traumatizante, que tendia a interpretar a narrativa das vítimas de assédio, estupro e pedofilia como fantasias inconscientes, deixando de lado a realidade do evento e os agressores e colocando a culpa nas vítimas (VAZ e SANTOS, 2017). Em seguida, a apropriação do transtorno de estresse pós-traumático pelos veteranos de guerra, com o objetivo de realizar um deslocamento em sua imagem de monstros que causaram atrocidades para a de vítimas colocadas em uma situação-limite pelos governantes e, conseqüentemente, vítimas de uma doença, também foi fundamental para a mudança no conceito de trauma. Os psiquiatras, por sua vez, para combater a imagem negativa da psiquiatria na época, atenderam às demandas desses grupos, reservando um espaço para o conceito de transtorno de estresse pós-traumático no DSM-III. Ao atenderem a demanda do movimento feminista e dos veteranos de guerra, a psiquiatria revolucionou o modo de os indivíduos se conceberem e se pensarem em relação a seu sofrimento, deslocando para o outro a causa do sofrimento, dando ênfase ao evento que teria sido causador desse sofrimento e às narrativas das vítimas de maneira referencial. No entanto, nessa época, o trauma ainda se referia somente a eventos raros e graves, como guerras, estupro e desastres naturais, ou seja, a condição de vítima ainda era, de certo modo, restrita (VAZ e SANTOS, 2017).

A generalização do trauma e da condição de vítima é possibilitada pelo DSM-IV, quando o transtorno de estresse pós-traumático deixa de se referir a apenas casos graves e passa a englobar situações comuns da vida, como a morte de familiares, testemunhar um acidente e ver um cadáver. Essa perspectiva mais abrangente enfatiza não a gravidade do evento suscitador do trauma, mas sim a resposta emocional do indivíduo diante dele (VAZ e SANTOS, 2017). O conceito contemporâneo e terapêutico de trauma, diferentemente do psicanalítico, está, assim, relacionado a indivíduos passivos, que sofrem a ação do outro – isto é, são vítimas –, e não abre a possibilidade de transformação, mas somente a de adesão à identidade da vítima (VAZ e SANTOS, 2017).

O protagonismo da vítima é uma das principais características do testemunho: se, na confissão, o indivíduo é tomado pela culpa e, para livrar-se dela, confessa seu mal agir, no testemunho, a culpa é encontrada em seu exterior, sob a forma de outro indivíduo ou de algum evento traumático, pois aquele que testemunha assume uma posição de inocência que dificilmente pode ser objeto de questionamento, isto é, ele é atingido pelas ações de outrem, ao invés de ser agente, como na confissão. Assim, na confissão o discurso é voltado para dentro do próprio sujeito, configurando-se como um exercício de autorreflexão, enquanto no testemunho, para fora do sujeito (RADSTONE, 2006). Podemos perceber, portanto, que a relevância do testemunho na contemporaneidade está relacionada ao processo de ampliação do conceito de trauma e à consequente valorização do estatuto da vítima. Nesse sentido, há uma configuração moral que, aliada às novas tecnologias da mídia, como a internet, favorecem a disseminação de testemunhos. Desse modo, o testemunho se configura como um discurso que articula indivíduo, sofrimento e moralidade.

A ascensão do testemunho também está relacionada à reconfiguração das fronteiras entre os espaços público e privado. Se, na modernidade, a interioridade era preservada nos diários íntimos, ficando relegada às quatro paredes, hoje, deve extrapolar esses limites, transbordando o privado na direção do público. Com a evolução das tecnologias e a popularização da televisão, de computadores, internet, câmeras, celulares e outros aparelhos eletrônicos, e a primazia das imagens, disseminadas pelos dispositivos audiovisuais, os espaços públicos e privados ganharam novos contornos. O mundo, então, se consagrou como um palco, e nossas vidas, como uma grande performance, tornando a exibição e a estetização de si o leitmotiv da existência (BIRMAN, 2016). Nesse cenário, a valorização da individualidade alcança níveis exponenciais, e o “eu” é tão sagrado e venerado, que, portanto, não deve mais ficar restrito às quatro paredes. Rodeados por telas e conexão 24/7, somos incentivados a expor as mais variadas facetas de nossa intimidade ao mesmo tempo em que somos bombardeados pela exposição das minúcias das vidas alheias. Nesse contexto, a internet aparece como o espaço privilegiado da exibição da intimidade e da enunciação dos testemunhos – que, cada vez mais, prescindem de mediação –, pois oferece uma série de instrumentos que os indivíduos comuns podem dominar para produzir e publicar narrativas de si.

De acordo com Teixeira e Vaz (2018, p. 5), o testemunho tem dois objetivos:

Um é incitar outros membros do grupo vitimado por preconceito a também narrarem os sofrimentos que experimentaram, reforçando a mobilização pelo intenso comprometimento dos que se tornam narradores, numa dinâmica de imitação que tende a ser explosiva, rapidamente conquistando um grande número de testemunhos e, depois, também velozmente, arrefecendo a sua intensidade. Um outro objetivo é convidar à solidariedade aqueles que não pertencem ao grupo, mas que não querem ser causadores de sofrimento; o convite, portanto, tem a forma da intimação a descobrir o preconceito em si.

Os autores consideram que o testemunho está intimamente relacionado aos movimentos identitários, que se organizam em torno da noção de que o sofrimento causado pela ausência de reconhecimento, ou seja, pelo preconceito, é a “forma contemporânea maior de sofrimento evitável” (p. 4). Assim, o testemunho é uma forma de mobilização capaz de articular as experiências traumáticas de sofrimento dos indivíduos oriundos do mesmo grupo, indicando como causa de seu infortúnio o preconceito; portanto, o testemunho não é estritamente individualizado, conectando-se a coletividades ao vincular trauma e identidade. Dessa maneira, o testemunho emerge como uma demanda de reconhecimento e uma forma de denúncia contra os preconceituosos e intolerantes de nossa sociedade, os que são incapazes de reconhecer o lugar de vítima daquele que testemunha e, com isso, acabam intensificando o sofrimento deste.

A demanda por reconhecimento e a denúncia por sua ausência são particularmente notáveis nos testemunhos de indivíduos classificados como depressivos, que costumam narrar o quanto sua patologia é considerada algo menor diante de doenças e sofrimentos mais tradicionais, como o câncer, as deficiências físicas ou a miséria. Esses testemunhos, portanto, apresentam como um de seus objetivos disseminar a ideia de que uma doença mental pode ser tão grave quanto qualquer outro tipo de sofrimento, isto é, buscam a legitimação e a validação da dor daquele que narra e a afirmação de sua posição de vítima.

Vaz e Santos (2017) também caracterizam o testemunho como uma articulação entre trauma e identidade. De acordo com os autores, a ressignificação do conceito de trauma está relacionada a uma mudança na ideia de passado individual e coletivo, o que permite a ascensão do conceito de identidade. Assim, afirmar o pertencimento a determinado grupo e a posse de determinada identidade implica reinterpretar o passado, pois o que define a identidade de um grupo caracterizado pela identidade da vítima é o sofrimento em comum enfrentado no presente em decorrência de algum evento passado traumático. O passado, desse modo, é capaz de explicar o modo de ser no presente, e a classificação identitária presente é capaz de redefinir o passado, explicando-o e encontrando nele uma

causa para o sofrimento atual. A identidade da vítima – ou seja, do protagonista do testemunho, majoritariamente – é, então, marcada pelo sofrimento: o indivíduo faz parte de determinado grupo porque sofre e só sofre por seu modo de ser, marginalizado e discriminado pela sociedade. Nesse sentido, “a identidade é constituída pela experiência de sofrimento ao mesmo tempo em que dá sentido a ela. Dentro desta narrativa, trauma e identidade se retroalimentam, justificam mutuamente suas existências. Em resumo: sofro porque sou, sou porque sofro” (VAZ e SANTOS, 2017, p. 13).

Como discurso terapêutico característico da cultura psicologizante em que estamos inseridos, o testemunho “instaura-se como tendo poderes de cura, de autorrenovação e de autorregeneração” (SACRAMENTO, p. 10, 2018), ou seja, é considerado uma forma de terapia, uma estratégia terapêutica. Isso se dá porque é a partir do testemunho que os indivíduos reconhecem nas experiências de sofrimento do outro o seu próprio sofrimento, o que permite identificação, assim como a noção de que ele não está sozinho em seu infortúnio. O ato de testemunhar é considerado terapêutico também porque, na cultura terapêutica, valoriza-se o exercício da fala em público como uma maneira de expurgar o sofrimento: é reconhecendo que sofremos, não só para nós mesmos, mas também diante do outro, que podemos deixar de sofrer.

Illouz (2003) analisa o programa de Oprah Winfrey em uma tentativa de compreender como as histórias de sofrimento se tornaram transculturais e o discurso autobiográfico foi banalizado. Segundo a autora, a ascensão do sofrimento como um vetor cultural que conecta os indivíduos ao redor do mundo é intrínseca à emergência de uma esfera pública global, onde se pode discutir a coerência moral do sofrimento de maneira transnacional, e de uma consciência global, fomentada pela imaginação e pelas possibilidades que a mídia diz que estão disponíveis; em suma, por fantasias. Assim, a cultura terapêutica apresenta uma esfera pública global e uma consciência global que disseminam a possibilidade da eliminação do sofrimento, que é destituído de seu sentido existencial e passa a ser compreendido meramente em termos biológicos.

Podemos utilizar a análise feita por Illouz sobre o talk show para evocar algumas características comuns ao discurso terapêutico. De acordo com a autora, tudo no talk show é feito para suprimir a distância entre felizes e infelizes e, conseqüentemente, transformar os indivíduos em vítimas consolidadas ou em potencial; nesses programas, os sofredores falam por eles mesmos de maneira abstrata e performativa, ou seja, sobre sua vida psíquica, sua interioridade, suas emoções etc.; as vítimas não são apenas vítimas, mas sim

figuras dotadas de significado, pois transformam sua dor em narrativas de identidade. O modo como Illouz caracteriza o programa de Oprah Winfrey sintetiza as características do ethos terapêutico: habilidade de mobilizar indivíduos e biografias; capacidade de processar uma quantidade cada vez maior de biografias individuais a partir do script terapêutico; promoção da ideia de que os indivíduos podem ser aperfeiçoados; e reescritura da narrativa autobiográfica através do discurso e das técnicas terapêuticas. Assim, o ethos terapêutico confere sentido às histórias de fracasso do self a partir da narrativa terapêutica, que envolve conceitos como autoestima, ansiedade, depressão e etc, homogeneizando uma série de experiências individuais, transformando-nas em categorias gerais e abstratas que podem ser compartilhadas e formar uma comunidade, ainda que efêmera.

2.4.3. Comunidades de sofredores e identidade de grupo

Illouz (2003) denomina comunidades de sofredores os espaços biográficos onde questões individuais são transformadas em problemas coletivos, sobretudo a partir de narrativas retrospectivas que tentam compreender o passado através de uma disfunção, a qual classifica e roteiriza diferentes experiências sociais sob a forma de uma patologia. De acordo com a autora, as comunidades de sofredores são globais, mas não promovem a consciência global, pois tendem a se desintegrar, uma vez que, para ser um membro bem-sucedido dessa comunidade, é necessário sair dela. No entanto, quando se trata de comunidades de sofredores constituídas a partir de doenças crônicas, essas comunidades tendem a ser permanentes, pois, diante do fracasso da técnica em curá-las, é quase impossível sair desses espaços, que, dessa maneira, acabam fixando e formando identidade. As comunidades de sofredores no caso das doenças crônicas, além de serem permanentes, são particulares, transformando enfermidades individuais em questões coletivas; e afirmam que o sofrimento não é reconhecido, podendo ser estigmatizado.

Teixeira e Vaz (2010, p. 9), ao analisarem mães que sofreram perda gestacional ou neonatal, também sugerem que a exposição do sofrimento nas narrativas testemunhais fomenta o desejo de formar comunidade:

Na atualidade, a clínica psicoterapêutica mostra-se insuficiente para superação da dor do luto, pois, a partir da exposição do sofrimento, há o desejo de formar comunidade. Crê-se que apenas quem experimentou uma dor similar é capaz de mostrar-se empático, acolher o desabafo,

entender o que está ali sendo relatado e dividir experiências. Assim, o compartilhamento de histórias de sofrimento assemelhadas vai tornando possível construir uma identidade de grupo.

As comunidades de sofredores são consideradas aqui como fontes daquilo que Sibilia (2008) denomina roteiros de subjetivação, que, diferentemente da modernidade, não são encontrados mais nos romances, mas sim nas vidas expostas ao nosso redor (SIBILIA, 2008), principalmente por meio dos protagonistas dos relatos autobiográficos que pululam nos mais diversos meios de comunicação, sejam eles administrados por conglomerados televisivos ou publicados por pessoas consideradas comuns na internet.

O paradoxo reside no fato de que as escritas do eu constituídas nas comunidades de sofredores são padronizadas segundo um roteiro terapêutico, como destaca Illouz (2003) ao discorrer sobre as histórias de transformação no programa de Oprah Winfrey, e, assim, podemos ressaltar sua suposta autenticidade, característica considerada intrínseca a esses relatos. Em Elliott (2003) é possível encontrar uma explicação para esse caráter paradoxal: o filósofo considera que o vocabulário terapêutico aparece como livre de julgamentos e imperativos morais, transmitindo uma noção de bem-estar individual como se fosse isenta de caráter normativo.

A partir das comunidades de sofredores e da padronização das narrativas, forma-se uma identidade de grupo. No caso da depressão, por exemplo, essa identidade é marcada por elementos como tentativa de suicídio e automutilação, além de uma certa idealização do transtorno, que, como se pode identificar em alguns dos testemunhos analisados, aparece relacionado a uma sensibilidade excessiva – considerada positiva e autêntica – e ao paradigma da vítima-herói. Através da identificação com o diagnóstico da depressão e, conseqüentemente, com a comunidade dos indivíduos classificados como depressivos, os sujeitos adotam uma espécie de “identidade depressiva”, ou seja, uma identidade baseada no que é classificado como doença, e, assim, fecham-se para outras possibilidades de resignificação e interpretação de seu sofrimento, sem questionar a moralidade que patologiza diversos comportamentos antes tidos como cotidianos na medida em que seus discursos são inscritos no script terapêutico.

2.4.4. *Classificações e classificados: inventando indivíduos*

É necessário ressaltar, porém, que essa identidade de grupo não se impõe de cima para baixo. Consideramos, aqui, que os indivíduos classificados como depressivos participam ativamente da constituição desse modo de ser, seguindo o conceito de invenção de pessoas de Hacking (2009), o qual sugere que as classificações científicas trazem à tona novos tipos humanos a partir da dinâmica do *looping effect*: os indivíduos, ao mesmo tempo em que são afetados pelas classificações, afetam-na.

Cada categoria tem sua própria história. Se quisermos apresentar uma estrutura parcial na qual descrever tais eventos, poderíamos pensar em dois vetores. Um é o vetor de rotulação a partir de cima, de uma comunidade de especialistas que criam uma “realidade” que algumas pessoas adotam para si. Diferente desse é o vetor do comportamento autônomo da pessoa que foi assim rotulada, que pressiona por baixo, criando uma realidade que cada especialista tem de encarar. (HACKING, 2009, p. 128).

Nesse sentido, Hacking (1995) considera que as classificações interagem com os que são classificados e vice-versa. Há, assim, um processo constante de definição e redefinição dessas classificações na medida em que ao conhecimento oficial os indivíduos considerados comuns acrescentam seus próprios conhecimentos, que são englobados pelos especialistas, passando a fazer parte do saber hegemônico, que novamente é incrementado pelas pessoas consideradas comuns, transformando-se, e assim sucessivamente. Hacking (2009, p. 63) denomina esse processo nominalismo dinâmico: “categorias de pessoas passam a existir na mesma hora em que tipos de pessoas passam a existir de modo a se encaixarem nessas categorias, e há uma interação de mão dupla entre esses processos”.

Hacking (2009) acredita que as possibilidades de ser e existir estão atreladas ao período histórico em que vivemos: é a história que produz as condições para que determinadas categorias e tipos de pessoas possam emergir. Dessa maneira, só é factível que os indivíduos se identifiquem como depressivos a partir do momento em que a depressão surge como uma classificação passível de classificar as pessoas, pois, de acordo com Hacking, só podemos escolher nossos modos de ser dentre as opções disponíveis em nosso tempo.

Somos dirigidos para o que é possível ser ou fazer. Não é surpresa que haja um certo existencialismo residual nesse modo de pensar. A existência vem antes da essência; somos constituídos por aquilo que fazemos. Mas nossas escolhas livres só podem ser feitas entre as ações

que nos estão disponíveis, as ações possíveis. E nossos modos de ser, escolhidos livremente ou não, encontram-se entre modos possíveis de ser (HACKING, 2009, p. 35).

O processo de invenção de pessoas é constituído não só por classificações e classificados, mas também pelas instituições, como, por exemplo, clínicas e associações; pelo conhecimento, que envolve os saberes disseminados e ensinados pelas instituições (científico) ou por pessoas comuns (popular); e pelos experts, que são profissionais responsáveis por gerar o conhecimento e legitimá-lo. Todos esses agentes se mobilizam em torno das classificações, que emergem como maneiras de situar, organizar e controlar os indivíduos. Nesse sentido, os nomes das doenças mentais associam as pessoas a mecanismos de controle, representados pelas instâncias médicas, a partir da produção de estatísticas e da prescrição de psicofármacos, além de localizar esses indivíduos na sociedade. No caso da depressão, por exemplo, a quantidade cada vez maior de estatísticas que buscam ressaltar a gravidade do transtorno associada à ampla concessão de diagnósticos permitem que os classificados tenham seu sofrimento legitimado sob o rótulo de uma doença, localizando no corpo a causa de sua patologia. A classificação da depressão, assim, faz com que esses indivíduos sejam tratados não como preguiçosos, pessimistas ou acomodados, mas sim como doentes que precisam de uma intervenção médica.

Hacking (2009) sugere que o processo de invenção de pessoas é guiado por determinados mecanismos. Esses mecanismos são divididos em etapas, das quais fazem parte a contagem – com o objetivo de mensurar a quantidade de pessoas de uma determinada classificação –; a quantificação – estabelece os níveis numéricos a partir dos quais os indivíduos podem ser classificados em uma dada categoria –; as normas; as correlações de uma classificação com determinados aspectos que podem causá-la; a clínica médica – que envolve a medicalização –; a biologização; e a genetização – que busca as origens genéticas de um problema. Após as fases de descobertas, seguem-se outras de tipo diferente: a normalização – que objetiva tornar os deviantes os mais próximos do conceito de normalidade –; a burocracia – que envolve a detecção dos classificados pelo sistema, determinando quem precisa de ajuda –; e a resistência – instância na qual os indivíduos pertencentes a uma categoria “tentam tomar de volta o controle dos experts e das instituições, às vezes criando novos experts e novas instituições” (HACKING, 2006, p. 12).

A depressão passa por todas essas fases do processo de invenção de pessoas. A contagem se dá a partir da produção de estatísticas por instituições, como a OMS e a ONU, que estimam a quantidade de indivíduos classificados como depressivos no mundo ou em uma região específica. A quantificação da depressão pode ser feita a partir dos níveis de neurotransmissores, como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina. As normas relacionadas ao transtorno envolvem os graus de felicidade considerados normais na sociedade contemporânea atrelados à patologização da tristeza. As correlações da depressão tanto com outros distúrbios mentais, como a fobia social e demais transtornos de ansiedade, quanto com doenças físicas, como diabetes e hipertensão, é encontrada com frequência em diversos produtos midiáticos. A clínica médica e a psiquiatria colocam sob seu domínio um sentimento comum – a tristeza –, medicalizando-o. A partir da biologização, a doença é considerada um problema neuroquímico, em detrimento das questões morais e da responsabilidade individual. A geneticização tem buscado indícios genéticos nos indivíduos depressivos, como mostra pesquisa realizada pela Universidade Northwestern, nos Estados Unidos: indivíduos considerados depressivos e indivíduos considerados saudáveis apresentam diferentes níveis de nove marcadores de RNA⁷⁵.

Após essas fases de descobertas e dados científicos, há a normalização dos indivíduos classificados como depressivos, buscando encaixá-los nos parâmetros contemporâneos de normalidade a partir, por exemplo, da prescrição de psicofármacos que prometem o bem-estar e a plenitude. A burocracia envolve certas ações institucionais para combater e controlar a depressão, como a necessidade de apresentar uma prescrição médica no momento de adquirir um antidepressivo. A resistência dos indivíduos classificados como depressivos pode ser notada principalmente na internet, onde reivindicam o poder de conferir autodiagnósticos, narram suas histórias de sofrimento, debatem a respeito das formas de tratamento, apoiam-se uns aos outros, enfim, constroem subjetividade, modelando modos de ser depressivo nas narrativas e práticas compartilhadas nos espaços virtuais. Surgem, assim, novos experts e instituições que incrementam a identidade de grupo dos indivíduos classificados como depressivos.

A importância e a centralidade da internet nesse processo de produção de subjetividades no campo da saúde mental é ressaltada por Herbert e Brunet (2010), cuja pesquisa a respeito das relações entre a psiquiatria e as redes sociais, como o Facebook,

⁷⁵ Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/saude/cientistas-criam-exame-de-sangue-para-diagnosticar-depressao/>>. Acesso em: 30 dez. 2018.

concluiu que as informações sobre saúde mental encontradas pelos internautas nas redes sociais e sites influenciam em grande medida suas ações, parecendo ser mais comum que os indivíduos recorram aos espaços virtuais onde encontram outras pessoas que viveram experiências parecidas do que a sites especializados. De acordo com o autor, 61% dos americanos adultos buscaram informações sobre saúde na internet, e 22% dentre eles, sobre saúde mental, em 2009. Além disso, 39% dos americanos que realizam buscas sobre saúde na internet utilizam as redes sociais como fonte de informação.

Se a busca de informação é a principal atividade na web, o mesmo vale para a saúde, inclusive a saúde mental. Os internautas não se referem mais somente ao saber do psiquiatra, mas procuram igualmente esse tipo de informação nos sites dedicados à saúde, e também, cada vez mais, nas redes sociais. É assim que várias pessoas se informam e se comunicam nesses sites após um evento traumático, sejam elas vítimas, pessoas próximas ou, ainda, profissionais⁷⁶ (HERBERT e BRUNET, 2010, n.p.).

A internet, com seus mecanismos de organização e interação, é um meio de comunicação interessante para se pensar, para além do marketing velado da indústria farmacêutica, na emergência dos indivíduos considerados comuns como produtores de verdade a respeito das doenças mentais. Há uma gama de sites, comunidades, grupos, canais etc. criados e mantidos por pessoas que se classificam como doentes, as quais falam para e com os usuários que detêm a mesma classificação ou que são simplesmente interessados no tema por conta de, por exemplo, conhecerem alguém que sofre com o mesmo distúrbio. Assim, como todos têm a sua vez e chance de se pronunciar, há diversas disputas pelos sentidos e pela verdade do transtorno depressivo.

Além disso, Hacking (2013) chama atenção para o fato de que a internet está permeada por estereótipos de como os indivíduos diagnosticados com alguma patologia devem se sentir e se comportar. O filósofo canadense sustenta que, ao se identificarem com o diagnóstico, os sujeitos começam a se pensar de maneira diferente, sendo a internet um dos meios pelos quais têm disponível um repositório de modos de ser de fácil acesso.

A internet, por propiciar o acesso fácil a uma série de informações que estão a apenas um clique de distância, também favorece o autodiagnóstico. Nesse sentido, é possível

⁷⁶ “Si la recherche d’information est la principale activité sur le Web, il en va de même en santé, y compris en santé mentale. Les internautes ne se réfèrent plus seulement au savoir du psychiatre mais cherchent également ce type d’information sur les sites Web dédiés à la santé mais aussi (et de plus en plus) sur les sites sociaux. C’est ainsi que de nombreuses personnes s’informent et communiquent sur ces sites après un événement traumatique, que ces derniers soient des victimes, des proches ou encore des professionnels.”

estabelecer uma relação entre a medicalização da existência na forma farmacêutica e a internet pelo viés do autodiagnóstico. É na internet que se proliferam testes para que o indivíduo possa verificar se está doente ou não, além de testemunhos que servem como fonte de identificação e base para o sujeito se classificar como depressivo, o que colabora para a inflação diagnóstica dessa patologia na contemporaneidade.

Na contemporaneidade, portanto, os indivíduos considerados comuns participam ativamente da constituição dos modos de ser, reafirmando sua própria verdade a respeito do sofrimento e das doenças mentais, sobretudo a partir do compartilhamento de informações na internet. Para consolidar o argumento, recorremos a Wittgenstein (1999), que introduz o argumento da linguagem privada, segundo o qual seria impossível a existência de uma linguagem privada, que se referiria “àquilo que apenas o falante pode saber; às suas sensações imediatas, privadas. Um outro, pois, não pode compreender esta linguagem” (p. 98). Para melhor desenvolver o argumento, o filósofo descreve um jogo, em que cada um tem uma caixa, dentro da qual está o que chamam de besouro. Como ninguém pode olhar o conteúdo da caixa do outro, besouro se define pelo que cada um diz que é besouro, sendo possível que o conteúdo das caixas, portanto, seja diferente, mude constantemente, ou, até mesmo, que a caixa esteja vazia. Esse quadro ressalta que, mesmo com a dúvida, as pessoas continuam se comunicando, o que ratifica a impossibilidade de uma linguagem privada. Wittgenstein considera que os signos não têm uma significação a priori; logo essa significação é apreendida no espaço público, sendo as emoções definidas por comparação. Apesar de sempre restar a dúvida se o outro tem a mesma sensação que eu, as palavras utilizadas pelos indivíduos para descrever suas vidas interiores são apreendidas na linguagem pública para que, assim, as pessoas se comuniquem tendo como ponto de partida o mesmo referente e, conseqüentemente, haja compreensão. Dessa maneira, as palavras que descrevem a vida interior vêm do contexto, da cultura.

O que se vê na contemporaneidade, por outro lado, é a autorreferência crescente dos indivíduos, sobretudo a partir da valorização da autoridade da experiência em detrimento da autoridade do perito. De acordo com Teixeira e Vaz (2018, p. 3), “pode-se dizer que a moralidade das culturas ocidentais contemporâneas combina relativismo e consequencialismo. Mutos aceitam a ilação de que se fazer X é certo para um indivíduo, grupo ou sociedade, então é certo que façam X”, sendo a única limitação causar danos a outrem. Se se toma como exemplo a depressão, pode-se dizer, a partir dessa perspectiva,

que a verdade do transtorno depressivo se encontra unicamente no indivíduo que se autodiagnostica como portador dessa patologia ou, no máximo, em outros que sofrem com a mesma condição. Nesse sentido, estaria emergindo um novo tipo de linguagem pública, mais confusa por ser constituída por não-especialistas na medida em que se reapropria da ciência para confirmar as crenças do indivíduo. A emergência dessa nova linguagem complexifica ainda mais as relações nebulosas entre tristeza e depressão e pode estar servindo aos interesses da indústria farmacêutica, na medida em que, como diz Borch-Jacobsen (2013), são essas empresas que fornecem a linguagem do mal-estar para que, através dela, os indivíduos que se classificam como doentes escolham a melhor maneira de se exprimir. E, além disso, a inquietação reside no fato de que a reafirmação do sofrimento como única possibilidade de diálogo acabe causando mais sofrimento, fixando o indivíduo em uma posição de vítima, de sofredor, de doente.

Este capítulo procurou analisar quatro aspectos referentes à depressão na contemporaneidade: saberes técnico-científicos; moralidade contemporânea; cultura terapêutica; e produção de subjetividade. Essas quatro categorias podem nos indicar como a depressão emergiu não só como doença, mas também como identidade, na contemporaneidade, por possibilitar a formação e a fixação de um modo de ser a partir da doença crônica. O diagnóstico da depressão, assim, engendra um modo de ser compartilhado por aqueles que se classificam como depressivos, indivíduos que se agrupam em uma comunidade de sofredores unida por essa etiqueta psicológica, onde constituem a si mesmos e uns aos outros via testemunho. No próximo capítulo, utilizaremos esses norteadores teóricos para analisar os testemunhos selecionados.

DEPRESSÃO E TESTEMUNHO

A depressão tem sido frequentemente objeto de debates, não só na mídia e nos meios especializados, mas também entre os indivíduos considerados comuns, sobretudo aqueles que se classificam como depressivos. Esse é um traço marcante da moralidade contemporânea, na qual a autoridade do perito e a hierarquia são questionadas, possibilitando a emergência de saberes baseados na autoridade da experiência. É, a partir disso, que as comunidades de indivíduos que se classificam como depressivos ganham cada vez maior destaque na dinâmica contemporânea da produção de subjetividades, indicando modos de ser e agir, tratamentos, comportamentos, diagnósticos e etc, principalmente sob o viés do testemunho, narrativa autobiográfica protagonizada por vítimas que contam suas histórias de superação. Tal quadro vem se intensificando com a utilização das redes sociais com o propósito de dar voz aos saberes daqueles que sofrem com a doença e, assim, veiculando seus conhecimentos nos mais variados meios virtuais e alcançando grande público. Esse cenário provoca algumas inquietações no sentido de que a expertise da depressão, transtorno sobre o qual já pairam nebulosas distinções em relação à tristeza, está sendo reivindicada por aqueles que alegam sofrer com a doença, o que complexifica ainda mais as frágeis definições e paradigmas em torno dessa patologia, facilitando o autodiagnóstico, a transformação da depressão em um modo de ser e estilo de vida e a constituição de comunidades unidas pelo diagnóstico. Este capítulo, portanto, tem como objetivo analisar alguns testemunhos de indivíduos considerados comuns e classificados como depressivos em uma tentativa de compreender esse fenômeno.

3.1. “Só quem tem depressão entende”: a emergência de uma nova linguagem pública

Um dos principais marcadores da autoridade da experiência é conferir e legitimar o estatuto da vítima e desqualificar a fala e a opinião de todos aqueles que não são vítimas da mesma situação; o discurso do que é visto como o outro⁷⁷ só tem validade na medida em que reafirma o sofrimento da vítima; do contrário, é descartado porque descartável. Nesse sentido, é muito comum, entre os testemunhos analisados, a afirmação de que só quem tem depressão “entende” e “sabe como é”. É assim que os inúmeros personagens

⁷⁷ O outro é aquele que não reconhece o sofrimento, quem causa o sofrimento ou quem deve simplesmente apoiar e aceitar o sofrimento da vítima.

apresentados no vídeo *Depressão – Relatos*⁷⁸, criam um elo, uma rede de significados, uma comunidade com outros inúmeros indivíduos que se classificam como depressivos. Renata Castilho, em *SUICÍDIO e Depressão!*⁷⁹, também ressalta essa característica dos testemunhos sobre o transtorno depressivo ao dizer que escutar de um outro indivíduo qualquer que “tudo vai dar certo” não tem o mesmo valor que quando essa frase vem de outra pessoa que também teve depressão. Ao dizer que só quem tem depressão possui determinado conhecimento e experiência, constitui-se uma espécie de clube, de associação, dos quais só fazem parte aqueles que compartilham as sensações, os sentimentos, os estados de ânimo, as dificuldades atribuídas ao que se classifica como depressão hoje. Em outras palavras, só são aceitos nessa comunidade aqueles que compartilham um código, ou melhor, uma linguagem. Por ser de domínio único e exclusivo dos que se classificam como depressivos, constitui-se um novo tipo de linguagem pública, que acentua a dimensão privada do sentimento daqueles que se classificam como depressivos em detrimento da dimensão do observável, característica da autoridade do perito.

Diante disso, podemos nos questionar qual é o conjunto de características que um indivíduo deve apresentar para ser aceito na comunidade de depressivos e partilhar dessa linguagem do íntimo. A definição da depressão, de acordo com o DSM-V (2013), é feita a partir da presença de no mínimo cinco sintomas, de nove, que representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo e que permanecem durante um período de pelo menos duas semanas. A lista de possíveis sintomas é constituída por: (1) humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias; (2) diminuição do interesse por todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias; (3) perda de peso na ausência de dieta ou ganho de peso, ou, ainda, aumento ou diminuição do apetite quase todos os dias; (4) insônia ou hipersônia quase todos os dias; (5) agitação ou retardo psicomotora quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia

⁷⁸ O vídeo *Depressão – Relatos* foi produzido por Natasha Martins, e publicado em agosto de 2016 no canal que leva o seu nome, onde ela costuma publicar vídeos sobre seu cotidiano. Não há muitas informações sobre ela na página nem sobre os indivíduos que aparecem no vídeo – em alguns depoimentos, aparecem o nome e a idade dos narradores; em outros, não.

⁷⁹ O vídeo *SUICÍDIO e Depressão!* é um testemunho de Renata Castilho, publicado em setembro de 2016 no canal que leva seu nome. De acordo com a página “Sobre” do canal, *Renata Castilho* é um espaço destinado a falar sobre beleza, sobretudo cabelo e maquiagem. Renata é *youtuber*, tem 22 anos e está terminando a faculdade de Direito. O curioso é que, apesar de não relatar possuir nenhuma formação na área de psicologia ou saúde mental, em um comentário feito na seção de comentários do vídeo *SUICÍDIO e Depressão!* ela convida as pessoas a se inscreverem no curso “Autoconhecimento e Psicologia”, ministrado por ela.

quase todos os dias; (7) sentimentos de inferioridade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; (8) habilidade reduzida de concentração, ou indecisão, quase todos os dias; (9) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano de suicídio específico, tentativa de suicídio ou plano de cometer suicídio. Se pensarmos que apenas cinco desses sintomas devem estar presentes para que haja o diagnóstico de transtorno depressivo maior, a definição do que é depressão torna-se bem abrangente, afinal de contas, por exemplo, o conjunto formado pelos sintomas 3, 4, 6, 7 e 8 pode ser facilmente encontrado em qualquer indivíduo. Além disso, não há uma definição precisa do que significa “humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias”.

Tendo isso em vista, podemos dizer que não há uma definição exata do que significa ser depressivo ou apresentar um quadro de depressão. Nesse sentido, é possível sugerir que a linguagem do íntimo, baseada na primeira pessoa, é, então, ressaltada: na ausência de uma classificação certa da depressão, pode-se classificar como depressivo quem se classifica como depressivo. Podem entrar na comunidade de depressivos aqueles que se consideram depressivos, sobretudo em um contexto caracterizado pela autoridade da experiência. E, pelo simples fato de se reconhecerem como depressivos e entrarem nessa comunidade, esses indivíduos terão acesso a um conjunto de características, códigos de comportamento e, enfim, uma linguagem, que fazem parte do modo de ser depressivo, constituído justamente na troca de saberes e experiências dos sujeitos integrantes do grupo.

Wittgenstein (1999, p. 98) sugere a impossibilidade da existência de uma linguagem privada, uma vez que as palavras que a constituíssem se refeririam “àquilo que apenas o falante pode saber; às suas sensações imediatas, privadas. Um outro, pois, não pode compreender esta linguagem”. De acordo com o filósofo, a linguagem que utilizamos para descrever nossas sensações interiores é apreendida na sociedade, pois o autor considera que os signos não apresentam uma significação a priori da sensação que descrevem: essa ligação é estabelecida no contexto, de onde a apreendemos. Nesse sentido, não haveria uma linguagem privada, mas sim a dúvida constante se o outro, ao utilizar determinada palavra, tem a mesma sensação que a minha.

O essencial em vivências privadas não é que cada um possua seu exemplar, mas que nenhum saiba se outro tem também *isto* ou algo diferente. Seria pois possível a suposição – ainda que não verificável – de que uma parte da humanidade tenha *uma* sensação do vermelho e outra parte uma outra sensação (WITTGENSTEIN, 1998, p. 103).

No contexto contemporâneo, podemos aventar a possibilidade de emergência de uma nova linguagem pública, a linguagem dos não-especialistas, pois as significações dos signos são cada vez menos fixadas pela cultura – dominada pela ausência de referências simbólicas –, sendo autorreferenciadas, ou seja, determinadas, cada vez mais, pelos próprios indivíduos, que se apropriam dos saberes científicos apenas na medida em que estes confirmam suas crenças; caso contrário, a tendência é ignorar a ciência ou tentar reformulá-la a partir da linguagem do íntimo. Nesse ponto, recorre-se a Elliott (2000), que, ao discorrer sobre o argumento da linguagem privada de Wittgenstein no contexto contemporâneo de valorização da autorrealização e da felicidade sustenta, em diálogo com o jogo da caixa de “besouros” descrito por Wittgenstein: como, hoje, diferentemente de em outras épocas, não temos fixados e determinados os conceitos de, por exemplo, sucesso e felicidade, somos sugestionados pela ideia de que nosso bem-estar psíquico pode ser sempre melhorado, uma vez que não sabemos se nossos “besouros” são inferiores aos dos outros. Já que ninguém pode olhar dentro da caixa de ninguém para medir o “besouro” residente, diversas maneiras de incrementar nossa vida interior e psiquê são facilmente vendidas. Assim, pode-se sugerir que a depressão, na ausência de uma definição fixa, é facilmente ajustada às nossas caixas, sendo interpretada como conteúdo de nossa vida interior, pois a ênfase sobre a autoridade da experiência intensifica a dúvida a respeito dos referentes utilizados, gerando confusão a respeito do que significa ter depressão ou ser depressivo. Assim, apesar de os termos mentais serem apreendidos no contexto maior em que são utilizados, ou seja, na cultura, na sociedade, os mesmos estão sendo designados e definidos pela interioridade dos indivíduos, que, ao se questionarem se são felizes o suficiente, acabam por considerar que sua felicidade não é o bastante e, conseqüentemente, trazer à tona a possibilidade de estarem depressivos.

Como sustenta Jake Tyler em seu testemunho para o TED Talks, no vídeo intitulado *I'm fine – Learning to live with depression*⁸⁰: “A depressão é o clube mais inclusivo do mundo. Qualquer um pode entrar”. Em entrevista à BBC⁸¹, Jake relata muito bem a inquietação a respeito da própria felicidade, traduzindo justamente como “qualquer um” pode se classificar como depressivo quando o bem-estar emocional parece estar em

⁸⁰ O vídeo *I'm fine – Learning to live with depression* foi publicado no canal TEDx Talks em fevereiro de 2018. De acordo com a descrição do vídeo, Jake Tyler tem 31 anos. Ao começar uma jornada de andorilho pela Grã-Bretanha em uma tentativa de combater a depressão, Jake atraiu seguidores e a mídia, chegando a participar de um documentário da BBC sobre saúde mental.

⁸¹ Disponível em < <https://www.bbc.co.uk/bbcthree/article/fdeed8c4-e474-415f-b81b-640d27ef96cd> >. Acesso em 7 fev. 2019.

todos os lugares, menos em si mesmo: “Eu nunca me senti normal. Eu me sentia envergonhado e embaraçado porque não conseguia ficar feliz todo o tempo, como as outras pessoas ao meu redor. Eu tentava e tentava, e continuava falhando”.

A avaliação a respeito da própria felicidade apresenta uma relação direta com o alargamento das fronteiras diagnósticas do transtorno depressivo. Tal aspecto é destacado quando, por exemplo, Vanessa Lino (*Depressão e ansiedade: minha história!*⁸²) evidencia que, apesar de ter depressão, é muito feliz e sabe o quanto sua vida é maravilhosa, pois “depressão e felicidade podem andar juntas”. Nesse sentido, o questionamento a respeito da felicidade interior é tão acentuado que, ainda que o indivíduo se considere feliz, pode apresentar depressão. Diante disso, é perceptível que as fronteiras entre uma tristeza cotidiana e uma tristeza patológica ficam ainda mais difusas, afinal, como ressalta Vanessa, ter depressão não é sofrer o tempo inteiro, sendo perfeitamente possível ser feliz e ser depressivo ao mesmo tempo. Assim, torna-se mais difícil saber o que diferencia um quadro de depressão dos cotidianos altos e baixos que costumam compor a vida de qualquer indivíduo. Qual seria a diferença entre alguém que tem depressão, mas também tem momentos felizes, e alguém que é feliz, não tem depressão, mas tem momentos de mal-estar emocional, ou, ainda, alguém que é infeliz, mas não se classifica como depressivo? No contexto contemporâneo, aparentemente não há nenhuma diferença a priori; a singularidade é estabelecida pelo simples fato de o sujeito se considerar ou não se considerar depressivo.

A inquietação a respeito dessa nova moralidade reside, entre outras, na possibilidade aumentada de autodiagnóstico. Se somente o próprio indivíduo é capaz de dizer se tem ou não depressão, é ele, e não os profissionais de saúde, que detêm o conhecimento a respeito da doença; é ele o verdadeiro expert. É o que se pode notar no testemunho de Isabelle Millman, que em determinada parte do vídeo *Um menino me causou a depressão*⁸³, relata que, ao receber o diagnóstico de síndrome do pânico quando foi ao hospital, “lá no fundo eu sabia que não era isso que eu tava sentindo, que não era isso que eu tinha”. Millman explica que a mulher que a atendeu no hospital só a diagnosticou com síndrome do pânico porque a mãe fornecera a informação de que

⁸² O vídeo *Depressão e ansiedade: minha história!* foi publicado por Vanessa Lino em setembro de 2017 no canal que leva seu nome. Vanessa tem 25 anos, e seu canal é destinado a publicar vídeos sobre sua vida na Holanda, beleza, moda, maquiagem, comportamento e receitas.

⁸³ O vídeo *Um menino me causou a depressão* foi publicado por Isabelle Millman em agosto de 2016 no canal que leva seu nome. Não há informações sobre sua idade ou formação.

Isabelle havia sido vítima de assalto a mão armada há algum tempo, e alega que a atendente, em virtude disso, enganou-se, “não sabia que era depressão”. Assim, percebe-se que Isabelle foi ao hospital já com um diagnóstico fechado para si mesma, e só aceitaria o diagnóstico do profissional de saúde caso fosse uma reafirmação de seu autodiagnóstico; do contrário, o médico estaria enganado. Essa reafirmação de seu autodiagnóstico de depressão só acontece posteriormente, quando Millman vai ao hospital de novo: “E foi só de falar que eu ficava chorando, que eu sentia uma ansiedade, que eu sentia coisas assim que eu nunca senti antes, que ela já viu que era depressão”.

Pedro Amaral, em *#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante*⁸⁴, também recorre ao autodiagnóstico. Amaral, embora tenha deixado claro que nem ele sabe se tem ou não depressão, pois ainda não passou por um psiquiatra, grava um desabafo sobre o transtorno depressivo, discorrendo sobre a doença, seus sintomas e como as pessoas podem identificá-la. Evidencia-se, assim, mais uma vez, que o diagnóstico oficial de um profissional da área da saúde é secundário, pois os indivíduos que se classificam como depressivos já chegam à consulta com uma classificação diagnóstica, rotulados sob uma etiqueta psicológica. Ratifica-se, portanto, que a ênfase não reside na dimensão do observável por um especialista, mas sim na da primeira pessoa, embasada por uma linguagem pública que destaca o saber dos não-especialistas, ou seja, dos indivíduos considerados comuns.

Borch-Jacobsen (2013) problematiza a expertise dos coletivos, que, de acordo com ele, podem não estar oferecendo nenhum contraponto à expertise dos experts, das instituições, na medida em que é pura identificação, ou seja, não questiona nem critica a moralidade que move a indústria farmacêutica e o sistema de diagnósticos, mas apenas reivindica a classificação de doente para si e clama por tratamentos. Dessa maneira, o autor sustenta que esses grupos são particularmente suscetíveis à inflação diagnóstica, e questiona: o que pode ser mais eficaz para a indústria farmacêutica do que um grupo de pacientes reivindicando que as pessoas legitimem e reconheçam sua doença por se pensar como vítima de preconceito se seu estatuto de doente não é aceito? É nesse sentido, também, que esta dissertação considera problemática a possibilidade de autodiagnóstico.

⁸⁴ O vídeo *#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante* foi publicado por Pedro Amaral em novembro de 2016 no canal que leva seu nome. De acordo com a descrição presente em seu canal, Pedro Amaral posta vídeos “de preferência com um conteúdo relevante que inspire as pessoas a crescerem para que vivam a vida como queiram viver”. Pedro trabalha com apresentações de mágica.

Nesse ponto, é importante ressaltar o empoderamento dos indivíduos considerados comuns e que se classificam como depressivos: eles não são meras vítimas de uma moralidade e de um sistema que busca inflar diagnósticos. Como salienta, Borch-Jacobsen (2013), os integrantes desses coletivos demandam doenças para se fabricarem subjetivamente.

Em um cenário de verdade autorreferenciada e, portanto, de possibilidade de emergência de um tipo de linguagem pública que enfatiza a primeira pessoa, a dúvida se o outro está sentindo o mesmo que nós é exacerbada. Nesse sentido, percebe-se que, nos testemunhos de depressão, está em jogo uma variedade de definições distintas e, por vezes, controversas, do transtorno. Nos testemunhos dos adolescentes americanos Kevin Bree⁸⁵ (*Why we need to talk about depression*) e Hunter Kent (*Conquering depression: how I became my own hero*⁸⁶) no TED Talks, por exemplo, essa disputa pelo enunciado da depressão fica bem evidente. Enquanto Kevin sustenta que “depressão de verdade não é estar triste quando algo em sua vida dá errado. Depressão de verdade é estar triste quando tudo em sua vida está dando certo”, Hunter considera que o transtorno depressivo pode tanto ser causado por algum evento trágico – entre os exemplos que a menina elenca de causas para a doença estão o bullying, a pressão escolar, de amigos e da família, a violência emocional e da mídia – quanto surgir do nada, podendo ser diferenciado de uma tristeza comum quando o sentimento de tristeza não passa. Kevin acredita que a depressão é invencível, porque é “algo com que você vive” e “algo em que você vive”. Hunter, por outro lado, relatou ter superado a doença.

Essas disputas em torno da definição do transtorno depressivo ficam ainda mais interessantes nos comentários dos vídeos supracitados. Entre os *top comments* do vídeo de Kevin, há unanimidade sobre a qualidade e veracidade de seu discurso, que foi capaz de gerar identificação com a maior parte dos usuários. No vídeo de Hunter, apesar de haver vários comentários positivos, alguns tentam desclassificar o que a menina sente, o que pode indicar maior identificação dos indivíduos com a depressão definida como uma doença crônica, incurável, e trazida à tona de repente, sem motivos aparentes.

⁸⁵ O vídeo *Why we need to talk about depression* foi publicado no canal do TED em setembro de 2013. Na época, Kevin tinha 19 anos e havia acabado de sair da escola para tentar seguir uma carreira de comediante de stand-up.

⁸⁶ O vídeo *Conquering depression: how I became my own hero* foi publicado no canal TEDx Talks em janeiro de 2015. Na época em que o vídeo foi gravado, Hunter era estudante do ensino médio.

Figura 1. Comentários no vídeo *Conquering depression: how I became my own hero*

akuma319 3 anos atrás

I was totally unimpressed by this girls story and that was not helpful in the slightest

ben t 2 anos atrás

im on another level or different type of depression... this video did nothing for me

Stacey Shpaner 3 anos atrás

It sounds a lot like she either has very mild depression or a low IQ. Real, clinical depression is a chemical imbalance in the brain, it is not negative thinking, it is literal pain. It is fatigue and restlessness, it is difficulty concentrating, it is watching your life get screwed while doing everything you can not to let it go. Clinical depression is not cutting yourself or judging people or being shy. It's a real, physical disorder in the brain. Please stop treating depression like it's something that a person can just "get over" by looking at stars and feeling "loved" by some new friends. You would not treat a lung condition like asthma with such disrespect.

Assim, é perceptível o quanto a definição da depressão é controversa e imprecisa, ressoando aquilo que Ehrenberg (2000) denomina elasticidade ao caracterizar o conceito contemporâneo de saúde mental, e podendo, dessa maneira, se adequar a diferentes trajetórias e dar sentido a comportamentos e sentimentos diversos em um contexto no qual a tendência é de que o próprio indivíduo produza a verdade de sua doença mental e se torne um formador de opinião a respeito das mais variadas classificações diagnósticas. Também podemos perceber o *looping effect* destacado por Hacking (1995): de uma lista de sintomas no DSM que pretende definir o transtorno depressivo, os indivíduos que se classificam como depressivos chegam a outras definições, elaborando um conteúdo próprio sobre o que é e o que não é a depressão e, assim, enriquecendo e democratizando o campo da saúde mental com seus conhecimentos, legitimados pela autoridade da experiência, mas também multiplicando a patologização e a inflação diagnóstica. Nesse sentido, a “gramática da vida íntima” – esforço pedagógico dos meios de comunicação para fornecer um consenso sobre o significado dos sentimentos e das emoções – está sendo proposta, também, pelas pessoas consideradas comuns no uso das ferramentas de mídia.

Se o que constitui a depressão é objeto de dúvida, o que não é o depressivo parece ser quase consenso. Nos testemunhos analisados, é comum os indivíduos se queixarem do preconceito existente com a doença e da falta de conhecimento a respeito. Vários personagens do vídeo *Depressão – Relatos* contam que existe a crença de que a depressão é “frescura”; algo de “gente que não tem o que fazer”, de “gente que não estuda”, de “gente que não trabalha”; “falta de Deus no coração”; “preguiça”; “falta de vontade”;

“falta de louça para lavar”; algo de quem “está querendo aparecer”. Os protagonistas dos testemunhos tentam refutar essa visão, alegando que a depressão é uma doença de verdade e que o depressivo não é preguiçoso nem desocupado.

Viviane, de 14 anos, uma das personagens do vídeo *Depressão – Relatos*, ressalta que “as pessoas deveriam ter menos preconceito, porque não são elas que estão passando por isso, não são elas que estão tendo essa sensação, não são elas que tentam suicídio, igual eu já tentei, não são elas que veem o mundo sem saída e ficam numa situação desesperadora”. Percebe-se, portanto, que uma das explicações para a formação de uma comunidade da qual somente os que se classificam como depressivos podem participar é o combate ao preconceito contra a doença, confirmando que as comunidades de sofredores têm como pressuposição a estigmatização do sofrimento de seus integrantes e, como tal, a separação “nós”, depressivos, e “eles”, preconceituosos que não reconhecem a doença. A união desses indivíduos em torno do diagnóstico da depressão é capaz de conferir legitimação tanto à patologia quanto aos seus sentimentos, às suas angústias. O próprio formato do vídeo *Depressão – Relatos* é uma demonstração desse fato: o vídeo é um eco de inúmeras vozes, que, juntas, têm mais força na luta contra o estigma. Diante de tantos indivíduos ressaltando o que não é a depressão e o que não é o depressivo e reafirmando sua dor interior, é quase impossível manter-se impassível como o preconceituoso que questiona o seu sofrimento.

3.2. “Até então eu não sabia que eu tava mal por causa desse garoto”: tristeza cotidiana e patológica

Nos testemunhos analisados, fica evidente que a disputa em torno do enunciado depressão apresenta, em seu cerne, uma questão complexa: o que seria uma tristeza “normal”, cotidiana, e o que seria uma tristeza patológica, ou seja, depressão? Alguns testemunhos apresentam motivos claros e bem definidos para o desenvolvimento dessa patologia; outros relatam que o transtorno surgiu de repente em suas vidas. Enquanto alguns sustentam que depressão “de verdade” aparece sem motivos aparentes, outros sugerem que a doença pode ser, também, fruto de acontecimentos da vida.

Alguns testemunhos, como o de Pedro Amaral em *#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante*, o de Renata Castilho em *SUICÍDIO e Depressão!*, e o de Kevin Breel em *Why we need to talk about depression*,

relatam ser muito difícil dizer com precisão quando a depressão começou. Esses testemunhos, portanto, não apresentam um motivo que teria causado o transtorno.

Quando, nos testemunhos analisados, os indivíduos estabelecem causas para o surgimento da depressão em suas vidas, os motivos são problemas que, até pouco tempo atrás, não seriam considerados traumáticos ou ensejadores de patologias, confirmando que há uma patologização da tristeza. No vídeo *Um menino me causou a depressão*, isso fica claro: Isabelle Millman acredita que o ponto de partida da depressão em sua vida foi uma desilusão amorosa. De acordo com Millman, ela “ficou” com um menino da escola, que, logo em seguida, começou a “ficar” com outra pessoa. Um dos aspectos mais interessantes de seu testemunho é que Isabelle conta que essa decepção logo passou e ela ficou “de boas”, mas, alguns meses depois, começou a se sentir mal, vomitava tudo o que comia; não tinha vontade de sair de casa, de se arrumar, de usar a internet; chorava muito; sentia ansiedade; e chegou até a cogitar o suicídio. Mesmo depois de ser diagnosticada com depressão e iniciar o tratamento, ela ainda não compreendia as causas do que estava sentindo. Foi só quando começou a se relacionar com outros meninos que ela “descobriu” que ficou depressiva por causa do primeiro rapaz, pois, toda vez que se relacionava com alguém, passava mal e terminava com a pessoa com medo de traição.

O que se pode apreender desse testemunho é que, além da patologização de um sentimento antes considerado cotidiano – a desilusão amorosa –, também houve uma reinterpretação retrospectiva de seu passado, que foi capaz de acentuar a sua condição de vítima: Isabelle não era apenas vítima de depressão, ao acaso, mas sim vítima de um algoz que teria sido culpado pelo surgimento da doença em sua vida. Essa reinterpretação do passado, tão comum nas narrativas testemunhais, altera o olhar sobre o passado por meio de um significado atribuído no presente. No momento mesmo em que a decepção aconteceu, pouco aparentou significar, como Isabelle ressalta; foi só meses depois que, depois de ter sido diagnosticada com depressão e se relacionado com outras pessoas, ela “descobriu” o significado oculto desse acontecimento. Pode-se dizer que, ao receber o diagnóstico, tornou-se necessário, para ela, encontrar uma causa, um estopim, e o episódio de desilusão amorosa encaixou-se perfeitamente em sua narrativa, mas poderia ter sido qualquer outro que também fosse considerado negativo e a colocasse em uma posição de vítima.

A releitura do passado a partir do transtorno depressivo também aparece no vídeo *Depressão – Relatos*, quando Beatriz sugere: “Acho que eu já nasci com isso [depressão],

sei lá. Eu já era uma criança muito esquisita, eu sofri bullying quando eu era criança”. Nesse mesmo vídeo, outra personagem faz o mesmo, dizendo: “Na verdade, eu acho que eu nem sabia o que era depressão. Depois que eu passei pelo psiquiatra que foi quando eu descobri que tinha depressão e já fazia muito tempo”. Nesse sentido, podemos perceber que a classificação diagnóstica da depressão aparece como uma maneira de os indivíduos atribuírem sentido a seu passado, aos acontecimentos de sua vida, e também de pensarem a si mesmos, ratificando o que Hacking (1995, p. 368) destaca a respeito dos modos de ser: “tipos humanos têm (o que pode ser apresentado como) um poder mais incrível do que o de abrir possibilidades de ação futura. Eles habilitam para nós a possibilidade de redescrever nosso passado a ponto de as pessoas virem a experimentar novos passados”⁸⁷. Enquanto Hacking sublinha a grande quantidade de adultos que começou a enxergar abuso em suas infâncias para estabelecer uma relação causal com o transtorno de personalidade múltipla, aqui argumenta-se que os indivíduos que se classificam como depressivos tendem a tentar encontrar uma experiência traumática em seus passados – seja ela uma decepção amorosa ou o bullying, por exemplo – para justificar o aparecimento da depressão em suas vidas.

Vaz, Santos e Andrade (2014, p. 7) sustentam que

[...] esse tipo de narrativa [o testemunho] permite a reinterpretação do passado individual a partir da apropriação de testemunhos de outros indivíduos articulando experiência de vitimização, sofrimento atual e promessa de superação. Ou ainda, essas narrativas contendo fragmentos que explicam os sofrimentos no presente por uma presumida vitimização no passado permitem que indivíduos quaisquer, ao reinterpretarem suas experiências passadas, se apropriem da posição subjetiva da vítima, hoje tão valorizada simbolicamente.

Essa apropriação de testemunhos de outros indivíduos fica evidente quando percebe-se que, por exemplo, há outras narrativas relacionando desilusões amorosas ao surgimento da depressão. É o caso também de Sunaika Bruna, cujo vídeo intitulado *Minha experiência com DEPRESSÃO!!*⁸⁸ relata que ela sempre teve depressão – tendo sido diagnosticada pela primeira vez aos 6 anos, quando alguns familiares se mudaram para outro país, o que a deixou muito triste –, mas sempre soube lidar com a doença. O

⁸⁷ “Human kinds have (what could be presented as) an even more amazing power than that of opening possibilities for future action. They enable us to redescribe our past to the extent that people can come to experience new pasts”.

⁸⁸ O vídeo *Minha experiência com DEPRESSÃO!!* foi publicado por Sunaika Bruna em seu canal, de mesmo nome, em março de 2018. Sunaika Bruna é youtuber e posta vídeos sobre seu cotidiano.

agravamento da patologia ocorreu quando ela e o namorado terminaram um relacionamento instável de idas e vindas. De acordo com Sunaika, quando se mudou para outra cidade, começou a se sentir sozinha, mas logo conheceu o namorado, que acabou preenchendo “todo o espaço que tinha”. Quando o relacionamento terminou, conseqüentemente, ela ficou muito deprimida, deixando de tomar banho, comer e beber água e tentando cometer suicídio, tendo que ir ao psiquiatra, que ressaltou que ela estava com depressão e receitou remédios.

A partir desses testemunhos, percebe-se que uma questão tão comum e complexa como o amor está sendo interpretada por um viés patologizante. É o que resalta Furedi (2004) a respeito da cultura terapêutica, onde os sentimentos e emoções que transcendem a individualidade, sendo direcionados a objetos exteriores, são vistos como perigosos e, conseqüentemente, são patologizados. O autor cita e critica os “sinais perigosos do vício romântico”, descritos por Nancy Joy Carroll em *The Love Handbook for Singles*: ter um ímpeto compulsivo por amor ao ponto de a relação ser baseada na necessidade, em vez de na escolha; passar um tempo considerável pensando na outra pessoa e dar excessivamente tempo e atenção a ela; esperar que o parceiro preencha todas as suas necessidades; sentir-se devastado quando o relacionamento termina (CARROLL, 1998 apud FUREDI, 2004). Pode-se notar, então, que, na cultura terapêutica, o amor é visto como uma compulsão, sendo possível patologizá-lo, diagnosticá-lo e, talvez, curá-lo.

Mas em uma cultura que valoriza a vítima, colocando o outro como culpado, e estigmatiza e patologiza todas as emoções que são direcionadas a um objeto externo, desobecendo à máxima da autossuficiência e da autonomia do self (FUREDI, 2004), assim como enfatiza as formas de sofrimento originadas na família (ILLOUZ, 2003), não só o amor é considerado causador de doenças, mas também qualquer relação social com potencial de danificar o interior do indivíduo. A relação familiar, por exemplo, se for conturbada, é capaz de adoecer o indivíduo. É o caso de Lismara Moreira, que no vídeo *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*⁸⁹ relata que a principal causa para a sua depressão foram, além do bullying, o relacionamento conturbado com a mãe, cujas constantes comparações dela com a irmã e o ato de

⁸⁹ O vídeo *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo* foi publicado por Lismara Moreira, estudante de Direito, no canal *Fala Sério Lis*, em setembro de 2018. De acordo com a descrição do canal, Fala Sério Lis posta vídeos sobre “Zueiras, polêmicas, dia-a-dia, desafios, nostalgias e muito mais”.

subestimar a filha a deixaram fragilizada emocionalmente. Lismara se sentia rejeitada pela mãe, que costumava dizer que a filha era inútil e deveria ter nascido morta, além de agredi-la fisicamente. Com o passar dos anos e a intensificação desses problemas, a vida de Lismara “começou a ser um fardo”, e ela começou a se automutilar porque “de alguma forma, queria que a dor fosse física”. Os pensamentos suicidas invadiram sua mente, quando ela diz que “tudo começou a ser motivo para eu morrer” e “o medo de ficar viva era muito grande”. Lismara passou dos pensamentos à tentativa de suicídio, de fato, no dia em que a mãe bateu nela na escola, humilhando-a publicamente.

A partir desse testemunho, pode-se notar que o mau-trato familiar, um problema social grave, não é considerado em toda sua complexidade, sendo meramente relacionado a uma etiqueta psicológica e reduzido a um motivo capaz de causar depressão e incentivar o suicídio. A raridade discursiva, aqui, indica uma série de não-ditos, que não foram ditos justamente por nos situarmos em um contexto psicologizante. Nesse sentido, ratifica-se o que diz Illouz (2003) a respeito da cultura terapêutica, uma cultura que valoriza o sofrimento individual, relacionado à esfera privada e à psiquê, em detrimento do sofrimento público: o sofrimento de Lismara poderia ser visto por um viés social e coletivo – afinal muitas outras pessoas passam por maus-tratos familiares –, no entanto, só é considerada sua dimensão psicológica e emocional. Assim, Lismara recorreu a um script terapêutico para narrar sua história de sofrimento, adequando-a a um padrão que unifica as experiências individuais na linguagem abstrata e global da terapia (ILLOUZ, 2003), conferindo sentido à sua dor por meio de conceitos terapêuticos e, dessa maneira, homogenizando sua história singular de sofrimento através do diagnóstico da depressão.

No vídeo *Depressão e ansiedade: minha história!*, Vanessa Lino também coloca problemas familiares como o ponto de partida da depressão. De acordo com ela, foi depois da separação de seus pais que o transtorno depressivo e a ansiedade apareceram em sua vida. É interessante notar que um problema tão comum como o divórcio dos pais aparece, em seu testemunho, como causa não só da depressão, mas também da ansiedade, uma forma de comorbidade bastante frequente entre aqueles que sofrem com o transtorno depressivo. Vanessa relata que esse problema familiar ocorreu há alguns anos, mas as doenças que emergiram com ele permanecem até hoje. Nesse sentido, pode-se perceber que experiências e questões familiares díspares, como as de Lismara, cuja depressão surgiu a partir de episódios graves e frequentes de maus-tratos, e as de Vanessa, que passou a ser acometida pela depressão e a ansiedade após a ocorrência de um problema

familiar cotidiano como a separação dos pais, podem ser unificadas por um rótulo terapêutico e psicologizante. Dessa maneira, nota-se o que Illouz (2003) sustenta a respeito das narrativas da cultura terapêutica: essas narrativas apresentam formas singulares de dor, porém extremamente padronizadas pelo script terapêutico, que, de acordo com a autora, apresentam o seguinte padrão: primeiro são selecionados os eventos significativos passados de alguém, geralmente aqueles atribuídos como causadores de estados emocionais ou comportamentos considerados problemáticos; em seguida, nomeia-se a disfunção ao mesmo tempo em que se explica sua origem; depois, generaliza-se essa disfunção, que pode ser aplicada a vários domínios da vida do indivíduo; por último, são estabelecidos objetivos para superar essa disfunção.

Em *Conquering depression: how I became my own hero*, Hunter Kent também apresenta a depressão como resultante de problemas originados nos e a partir dos – ou da ausência dos – laços sociais. No caso de Hunter, a principal causa relatada para a emergência da depressão em sua vida foi a falta de amigos após a mudança de sua irmã para outra cidade. Em um cenário em que triunfa a dependência do olhar do outro e a exposição, como sustenta Ehrenberg (2000), a solidão e a falta de amigos de Hunter aparecem como falta de reconhecimento e quase inexistência. É sintomático, portanto, que a menina tenha criado uma conta no Instagram para compartilhar citações encorajadoras e histórias pessoais, e que por conta disso, ela tenha sido uma das escolhidas, entre outros alunos “extrovertidos” e “confiantes”, para integrar o Programa de Ajudadores Naturais da escola.

Hunter conta que sempre foi uma criança tímida, quieta e introvertida, mas isso piorou após a mudança de sua irmã. De acordo com ela, a depressão começou quando estava na 8ª série, época em que praticamente não falava na escola. Dessa maneira, é possível notar o quanto determinadas características que vão de encontro às expectativas da moralidade contemporânea são consideradas graves a ponto de motivarem o desenvolvimento de doenças mentais. Ser tímido, quieto e introvertido⁹⁰ impede o

⁹⁰ Apesar de, entre os testemunhos analisados, não haver outros que estabelecem uma relação causal direta entre timidez e/ou introversão e depressão, é perceptível a estigmatização desses traços quando, por exemplo, alguns indivíduos dizem ter sentido vergonha de quem se tornaram a partir do transtorno depressivo, ou seja, alguém que não detém características costumeiramente atribuídas a pessoas consideradas extrovertidas, como estar sempre em festas e demonstrar animação frequentemente.

indivíduo de obedecer à máxima da exibição de si e exercer suas habilidades performáticas em uma sociedade na qual devemos estar sempre em primeiro plano.

Esses testemunhos, apesar de terem em comum a relação estabelecida entre o desenvolvimento da depressão e os laços sociais, apresentam uma diferença sutil. Enquanto Isabelle Millman, Lismara Moreira e Vanessa Lino relatam um problema externo ou indivíduo como o estopim para o surgimento da depressão em suas vidas, Sunaika Bruna e Hunter Kent colocam algumas de suas próprias características ou atitudes como causa ou motivo para o agravamento da patologia. Sunaika Bruna faz uma autocrítica, por exemplo, ao discorrer sobre como começou a tratar o namorado como praticamente tudo em sua vida, criando uma relação de dependência. Já Hunter Kent problematiza suas características de timidez e introversão, que a levaram a viver sem amigos, conduzindo-na à depressão. Ambas as autocríticas nos remetem à moralidade contemporânea, que condenam tanto uma relação de dependência do indivíduo diante do outro quanto a não-exibição de si e a vergonha, o que nos leva a ratificar que “tipos humanos costumam se apresentar como científicos e conseqüentemente livres de valor, mas são frequentemente trazidos à tona por julgamentos de bom e mau”⁹¹ (HACKING, 1995, p. 354). Dessa maneira, percebe-se que, apesar de a moralidade contemporânea valorizar uma perspectiva vítima-algoz, em determinados casos fica difícil assumir essa posição, uma vez que, devido aos imperativos morais contemporâneos, certas atitudes ou características de nossa personalidade podem nos qualificar como vítimas e algozes de nós mesmos.

Alguns testemunhos, por outro lado, apesar de não colocarem uma característica do próprio indivíduo como causa da depressão, fazem uma autocrítica em relação ao modo de o indivíduo lidar com o transtorno, sobretudo em relação à vergonha de ser portador dessa patologia. Por exemplo, Vanessa Lino reconhece que o modo como agiu a respeito de sua depressão inicialmente não foi como deveria ser. Ela relata que sentia muita vergonha do modo como a depressão a deixava, pois sempre foi uma pessoa muito ativa e animada e, com a doença, isso mudou. Renata Castilho, no vídeo *SUICÍDIO e Depressão!*, também diz ter sentido vergonha e se questionar: “como que a Renata, conhecida por ser uma pessoa animada, normal e equilibrada, como que ela tá sofrendo com isso?” Já Kevin Breel, em *Why we need to talk about depression*, conta que tinha

⁹¹ “Human kinds usually present themselves as scientific and hence as value-free, but they often been brought into being by judgments of good and evil”.

vergonha e medo de que as pessoas pensassem que ele era “louco” e “fraco” e percebessem que ele não era o “cara perfeito e popular do colégio” e que sob seu “sorriso havia dificuldades” e sob sua “luz havia escuridão”. Pelo tom que dão a seus testemunhos, todos eles parecem se recriminar por terem sentido vergonha, pois isso os impossibilitou de procurar ajuda. Nesse sentido, Vanessa, Renata e Kevin apresentam o que se denomina vergonha reflexiva, a vergonha de ter ou ter tido vergonha. Segundo Vaz (2014, p. 41-42).

A vergonha reflexiva implica, sim, um observador no presente questionando e se distanciando do observador que foi no passado, ou ainda, o indivíduo experimenta atualmente vergonha por ter um dia sentido vergonha de quem era e do que fazia. O questionamento do observador que se envergonhava promove e supõe um orgulho atual de ser o que se é e uma atitude de desafio e sedução em relação a todos aqueles que podem julgar seu desejo e comportamento.

A vergonha que se constitui em torno do transtorno depressivo é a vergonha de estar doente por temer o preconceito. O mero fato de enunciar que sentiu vergonha de se assumir portador da depressão por conta do medo dos preconceituosos é um modo de constituir a comunidade de depressivos, que se concebe em oposição àqueles que não reconhecem o sofrimento causado pela doença, isto é, baseia-se na separação “nós” e “eles”.

A vergonha de ter depressão e a posterior vergonha de ter tido vergonha de ter depressão parecem indicar que, muito embora a sociedade contemporânea aparente ser mais permissiva em relação às condutas individuais e às diferenças, existe preconceito no que tange a desobediência aos imperativos morais. Se, por um lado, ter vergonha de ser classificado como depressivo é comum diante de uma sociedade que valoriza a autonomia, a performance e a felicidade, por outro, é necessário superar essa vergonha, assumindo a doença, para que o indivíduo busque ajuda e caminhe em direção, senão à cura, ao alívio de seus sintomas. Além disso, a superação dessa vergonha é também uma maneira de lutar contra os preconceituosos que julgam a depressão, e uma possibilidade de servir de exemplo diante de outros que sofrem com o mesmo problema, ou seja, é uma forma de virar o jogo, assumindo a posição simbolicamente positiva da vítima e, conseqüentemente, valorizando sua autenticidade e seu self.

3.3. “É muito difícil falar sobre isso”: a importância do testemunho

É quase unanimidade, nos testemunhos analisados, os indivíduos relatarem o quanto é difícil para eles falarem sobre seu transtorno. É perceptível que essa dificuldade está relacionada à tentativa desses sujeitos de superarem a vergonha em admitir que sofrem de depressão, justamente porque, é a partir dessa superação que esses indivíduos enfrentarão o preconceito e poderão ter sua história de sofrimento devidamente reconhecida por si mesmos e pelo outro e apresentar-se como exemplos diante de outros que também sofrem com a doença. Em outras palavras, na perspectiva desses indivíduos, ao que tudo indica, vale a pena expor suas experiências com a depressão e, conseqüentemente, enfrentar o estigma, pois é esse movimento que permitirá a legitimação de sua posição de vítima, assim como a sua transformação simbólica em heróis de uma história de superação, senão da doença, ao menos da vergonha de ser portador dela.

Não é por acaso, portanto, que a estrutura narrativa do testemunho é privilegiada nesses depoimentos. Como salienta Radstone (2006), é característica do testemunho estar relacionado a conflitos de intersubjetividade, ou seja, à impossibilidade de comunicar um evento traumático tanto para o outro quanto, por vezes, para si mesmo. E, de acordo com Vaz, Santos e Andrade (2014), a dificuldade em comunicar um evento traumático acaba servindo como um critério de verdade: quanto mais for difícil relatar uma experiência traumática, mais ela será considerada verdadeira; quanto maior for o esforço do indivíduo para se reconhecer como vítima publicamente, maior será a credibilidade conferida à sua narrativa. Diante de tal esforço e superação, a história de sofrimento só não será reconhecida e legitimada pelos preconceituosos, que são incapazes de sentir empatia e compaixão por aquele que sofre.

Desse modo, um critério adicional de verdade é a dimensão de desafio implícito no próprio fato de ter tido a coragem de dar testemunho de sua vitimização. Quanto mais o enunciado pode ser visto por alguém como vergonhoso, quanto maior for, portanto, o custo psíquico de dizer o que se experimentou por implicar o enfrentamento do preconceito, mais crível é a testemunha. Se o desafio é critério, quem desconfia da autenticidade de um testemunho implicitamente é colocado no lugar dos que são sem compaixão ou, pior, preconceituosos (VAZ, SANTOS, ANDRADE, 2014, p. 4-5).

A demonstração da dificuldade em dar o testemunho sobre a depressão muitas vezes não ocorre apenas a nível do discurso. Em alguns vídeos, por exemplo, os indivíduos choram, o que confere maior realidade à experiência relatada. Também é comum dar alguns efeitos de dramaticidade ao vídeo a partir de ferramentas de edição, por meio das quais os indivíduos acrescentam uma música triste e emocionante ao fundo. Percebe-se, assim, que o intuito desses vídeos, para além de relatar uma mera experiência, é relatar uma experiência crível, emocionante, que possa gerar empatia e compaixão e, com isso, lutar contra os preconceituosos e contra o estigma existente em torno do transtorno depressivo. Nesse sentido, ratifica-se o carácter heróico destacado por Furedi (2004) das vítimas, em geral, e das vítimas de depressão, em específico: apesar do estigma, apesar da dificuldade em falar sobre suas angústias e sentimentos mais íntimos, apesar dos riscos que acompanham a exposição, esses indivíduos se dispuseram a liderar a nobre missão de enfrentar todos esses obstáculos para conscientizar o público a respeito do transtorno depressivo.

Os protagonistas dos vídeos fazem questão de ressaltar os objetivos que os levaram a enfrentar as dificuldades que tiveram para proferir seus testemunhos, colocando-se, por vezes, como veiculadores de uma importante mensagem de conscientização sobre a depressão. É o caso de Kevin Breel, que, em *Why we need to talk about depression*, ressalta que a depressão é um dos problemas menos discutidos do mundo e a solução para superar essa cortina de silêncio deve ser liderada pelas pessoas que sofrem com essa doença, dizendo: “precisamos nos pronunciar e quebrar o silêncio. Precisamos ser aqueles que são corajosos pelo que acreditamos”. Já Renata Castilho, em *Suicídio e Depressão!*, salienta que a intenção de seu relato não é se “vitimizar”, se “fazer de coitada” ou ser digna de pena; não é chamar a atenção para ela mesma, mas sim para o assunto da depressão e do suicídio, sobre o qual poucas pessoas falam e, por isso mesmo, ela indica que os indivíduos com depressão contem para alguém que estão passando por isso. Lismara Moreira, em *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*, diz que seu vídeo tem o objetivo de ajudar quem estiver assistindo e destaca: “não tenha vergonha de dizer que você precisa de ajuda. Você precisa falar com alguém”. Jake Tyler, em *I’m fine – learning to live with depression*, também ressalta a importância de o indivíduo com depressão se abrir e falar sobre seus sentimentos: “não deixar as pessoas se envolverem com esses seus problemas é como colocar um gesso sobre o câncer, ou seja, é não lidar com isso”.

É perceptível que os testemunhos sobre depressão tentam encorajar outros indivíduos que sofrem com a doença a se pronunciarem sobre o transtorno, para que, assim, possam procurar ajuda, em vez de enfrentarem a patologia sozinhos. Essa característica dos testemunhos segue a máxima da cultura terapêutica de que é importante falar sobre as emoções, admitir suas vulnerabilidades em público, o que ratifica, uma vez mais, a importância do testemunho e de suas habilidades terapêuticas na sociedade contemporânea. Pedro Amaral (*#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante*), por exemplo, ao destacar que tem mais facilidade de contar o que passa com a depressão na internet do que para familiares ou amigos próximos, evidencia a potencialidade dos espaços virtuais no que tange aos testemunhos sobre o transtorno depressivo. E a tentativa de encorajar os indivíduos que se classificam como depressivos a, também, darem seus próprios testemunhos sobre a doença funciona: nos comentários dos vídeos aparece uma série de outros depoimentos de pessoas que os assistiram e, a partir disso, sentiram-se à vontade para relatar suas próprias histórias com a depressão. Dessa maneira, cada vídeo articula uma rede de testemunhos que dialogam entre si, aparecendo como um espaço terapêutico onde as pessoas podem desabafar, reverberando o ideal de que “ser ativo em relação a sua própria doença, ao invés de se submeter passivamente a ela, é, em si mesmo, terapêutico”⁹² (BORCH-JACOBSEN, 2013, p. 326), isto é, debater sua doença com outras pessoas faria com que o indivíduo pudesse lutar de maneira mais eficaz contra ela. Cada vídeo também abre espaço para a formação de uma comunidade de sofredores, padronizada por roteiros e rótulos terapêuticos, onde os problemas individuais são reverberados – tornando-se, assim, coletivos – por outros indivíduos que se utilizam das mesmas etiquetas psicológicas.

A rede de testemunhos organizada na comunidade de sofredores tem o potencial de reforçar o autodiagnóstico da depressão, pois o que está em jogo nesses relatos é a comparação entre as emoções dos indivíduos que testemunham, de maneira a ressignificar as experiências singulares de cada sujeito sob o rótulo do transtorno depressivo. Nesse sentido, os indivíduos recorrem uns aos outros, e não a um especialista, para reafirmarem sua doença, afinal se um conjunto de pessoas nomeia como depressão seu estado emocional após uma desilusão amorosa, a separação dos pais e a falta de amigos, por exemplo, e eu sofro com a mesma situação, isso pode indicar que eu também sou vítima

⁹² “être actif vis-à-vis de sa propre maladie au lieu de la subir passivement est en soi thérapeutique”.

dessa patologia. Consequentemente, não se abrem possibilidades de o indivíduo se pensar de outra maneira, a não ser como depressivo. É por isso que Dunker (2017) considera que os grupos que têm como base a identificação com a condição de vítima não apresentam potência transformativa, mas apenas a purificação da própria subjetividade.

O incentivo para que as pessoas falem sobre suas experiências com a depressão no espaço público é particularmente bem enfatizado no testemunho de Hunter Kent, que, em *Conquering depression: how I became my own hero*, conta: foi apenas quando participou de um acampamento de verão onde fez amigos que se transformaram em uma quase família e fizeram-na se sentir amada que ela conseguiu vencer a depressão. Em seu testemunho, o fato de Hunter ter contado sua história pessoal de sofrimento, revelando a doença para seus colegas de acampamento, aparece como o principal fator para o estabelecimento de um forte vínculo de amizade entre ela e os demais participantes. Nesse sentido, percebemos a valorização do ato de compartilhar as ansias, angústias e vulnerabilidades de cada um, como destaca Furedi (2004) sobre a cultura terapêutica. No discurso de Hunter, esse ato aparece como sinônimo de cura.

É interessante realçar o quanto o reconhecimento de si mesma e de seu sofrimento pelo outro têm destaque no testemunho de Hunter, não só a partir do estabelecimento de amizades, mas também a partir da criação e do aumento de seguidores de sua conta no Instagram, onde ela compartilha frases de motivação. Frases como “todos os dias, sou lembrada do impacto que minhas palavras gentis causam” e “estou começando a me apaixonar por mim mesma e estou mais feliz do que nunca”, além do próprio título do vídeo – “Vencendo a depressão: como me tornei minha própria heroína” – reverberam tanto o ideal de autenticidade, expectativa contemporânea que a menina foi capaz de corresponder ao desenredar a si mesma diante do outro, quanto a elevação da vítima ao estatuto de protagonista de uma verdadeira epopeia.

Essa idealização em torno do transtorno depressivo e da atitude de exposição do sofrimento também aparece em outros testemunhos. Renata Castilho, por exemplo, em *SUICÍDIO e Depressão!*, relata: “sinto tudo com muito mais profundidade, porque a depressão trouxe para minha vida uma sensibilidade muito maior. Consigo ser muito mais grata e observar as coisas de forma diferente. Amadureci com essa experiência, cresci como pessoa”. Lismara Moreira, em *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*, também valoriza sua experiência com a doença: “é justamente pelo buraco da ferida que a luz entra em você. Eu precisei passar por tudo isso na minha vida

para hoje entender, perdoar a minha mãe [...] se eu não passasse por isso, hoje eu não seria um testemunho vivo”. A partir desses relatos, pode-se perceber que a depressão aparece como uma possibilidade fomentadora do ideal de autenticidade: é a partir da experiência com o transtorno depressivo que os indivíduos puderam se tornar eles mesmos, ou melhor, tornar-se uma versão melhorada de si mesmos, afinal a depressão alargou seus horizontes, trazendo maior sensibilidade, satisfação e compreensão diante da existência.

O ideal de autenticidade associado à experiência com a depressão e com a exibição pública do sofrimento fica ainda mais evidente no testemunho de Kevin (*Why we need to talk about depression*), quando ele menciona a importância de “construir um mundo onde ensinamos a aceitação de nós mesmos, onde estamos satisfeitos com quem somos” e de sermos sinceros, pois assim “vemos que todos lutamos e todos sofremos”, uma vez que a “verdadeira força”, de acordo com ele, significa mostrar suas fraquezas. Dessa maneira, é perceptível que a autenticidade está submetida ao ideal terapêutico de exibir e falar sobre o sofrimento e as vulnerabilidades emocionais. É também interessante ressaltar que Kevin parece só ter se aceitado como ele é a partir do reconhecimento – não só para si mesmo, mas também para o outro – de que ele é doente⁹³, pois, se antes ele vivia uma vida dupla onde escondia o que chama de “minha verdade”, “minha honestidade” e “minha vulnerabilidade” – ou seja, a depressão –, agora, no movimento de aceitá-la e revelá-la, ele se assumiu e se autoafirmou. Nesse sentido, Kevin explicita que, apesar de detestar a depressão, ele é grato por ela, que “me colocou nos vales, mas só para me mostrar que há os cumes, e sim, me arrastou pela escuridão, mas somente para me lembrar que há luz” e lhe deu “perspectiva”, “esperança” e “fé” em si mesmo. Outro aspecto interessante a respeito de Kevin Breel é que, algum tempo após a sua participação no TED Talks, ele lançou o livro *Boy meets depression: Or life sucks and then you live* (2015), o que enfatiza a importância, em sua vida, da depressão, que lhe abriu portas.

Jake Tyler, em *I’m fine – learning to live with depression*, também faz questão de ressaltar o quanto a discussão sobre saúde mental é importante, na medida em que coloca a todos em situação de igualdade, pois lembra que todos temos nossas vulnerabilidades e

⁹³ A necessidade de reconhecer e aceitar a própria identidade não é exclusiva dos depressivos. Essa atitude é característica dos movimentos de minorias, que clamam pelo reconhecimento de identidades desvalorizadas socialmente, como identidades formuladas a partir de outras doenças crônicas, orientação sexual e etnia.

estamos suscetíveis a passar por dificuldades. Nesse sentido, Tyler sustenta que discutir sobre saúde mental transcende a máscara que os indivíduos costumam usar baseada em status e outros aspectos, possibilitando uma quebra das barreiras invisíveis criadas pela sociedade; assim, Jake considera que falar sobre saúde mental não é benéfico só para o indivíduo, mas também para o conjunto da sociedade. Por fim, Tyler diz: “em face à depressão, as pessoas podem alcançar grandes coisas e isso é algo poderoso”. Essa grandiosidade que pode ser alcançada a partir da depressão fica evidente em seu testemunho, na medida em que Jake relata: foi ao lutar para superar a doença que ele descobriu um estilo de vida de imersão na natureza, que se tornou adequado para que ele se sentisse feliz e motivado, e acabou abrindo algumas portas, como sua participação em um documentário sobre saúde mental e o seu reconhecimento, até mesmo, por pessoas famosas, como o Príncipe Harry.

Percebe-se, portanto, que, se por um lado a sociedade contemporânea é dominada pelo imperativo da felicidade e pela conseqüente patologização da tristeza, por outro, não se pode negar que há uma romantização em torno do transtorno depressivo, romantização essa que reluz sob a égide do ideal da autenticidade e da necessidade de expormos nossos problemas e sofrimentos. Apesar de, em um primeiro momento, soarem como contraditórios, esses elementos podem ser vistos como complementares: é a partir da aceitação da “escuridão”, no movimento de reconhecê-la para si mesmo e diante do outro, que seremos autênticos e, conseqüentemente, felizes. Cabe, aqui, retomarmos a valorização da vítima na sociedade contemporânea para melhor desenvolvermos o argumento: é necessário sermos vítimas não só para merecermos a solidariedade social, mas também para sermos os heróis de uma história de superação e de “sobrevivência”, autênticos em nossa força e coragem e protagonistas de um enredo com final feliz. Podemos também estabelecer uma analogia com a produção positiva do perverso sexual na modernidade a partir da negação e da patologização da sexualidade: hoje, ao negar o sofrimento, produzimo-lo positivamente na figura da depressão e de outros transtornos mentais, que são caracterizados principalmente pela ausência de bem-estar⁹⁴. Nesse cenário, o que Kevin Breel chama de “nossa habilidade de superar adversidades” se torna

⁹⁴ Enquanto, na modernidade, a necessidade de distância do anormal produzia culpa no indivíduo a partir da problematização de seus desejos, sobretudo os sexuais, materializando a emergência do perverso sexual, na contemporaneidade, a necessidade de distância da tristeza produz depressão a partir da possibilidade de medicalização da vida, isto é, de eliminação da tristeza, materializando a emergência do depressivo.

uma mercadoria pela qual somos “medidos”, e a felicidade é uma aspiração tão inalcançável que, paradoxalmente, é preciso aceitar ser doente para dar o primeiro passo rumo à realização do sonho de ser feliz.

A idealização do transtorno depressivo também reverbera a noção da cultura terapêutica de que a busca por autocontrole é uma tentativa desonesta de esconder uma série de patologias: se não oculto, estou sendo autêntico e honesto comigo e com o outro. O conceito de *patography*, de Joyce Carole Oates, citado por Furedi (2004), é interessante para se referir a esse contexto dominado por histórias de disfunções, doenças, fracassos e crises. Nesse sentido, aceitar a depressão e dar o seu testemunho sobre suas experiências com ela, escrever sua própria *patography*, significa, mais uma vez, ser autêntico: em vez de tentar ocultar uma vulnerabilidade, uma patologia, expressá-la, afinal de contas, na cultura terapêutica, é consenso que todos nós somos vulneráveis às emoções; sendo assim, não há nada menos autêntico que usar uma máscara capaz de esconder nossas histórias de sofrimento e cicatrizes.

Nesse ponto, é necessário explicitar que a idealização existente em torno do transtorno depressivo na contemporaneidade se distancia da construção da subjetividade moderna, que encontrava no sofrimento uma maneira de cultivar-se e constituir-se. Se, naquela época, o indivíduo se constituía a partir de e no sofrimento, onde encontrava um saber sobre si mesmo e uma potência criadora de sentido, do mundo e de mudança, na contemporaneidade o sofrimento não é, em si mesmo, positividade e possibilidade de transformação, mas apenas uma patologia sujeita a um tratamento médico que promete, senão eliminá-lo, reduzi-lo, e um mero instrumento para se alcançar o status simbolicamente positivo da vítima.

3.4. “É um câncer na alma”: a medicalização da existência

Os protagonistas dos testemunhos analisados reverberam a noção de que o transtorno depressivo é uma doença resultante de um desequilíbrio neuroquímico, muitas vezes enfatizando a utilização de remédios psiquiátricos em seus depoimentos. Os indivíduos que se classificam como depressivos ressaltam que precisaram tomar psicofármacos como forma de tratamento, e, inclusive, citam nomes de remédios que utilizaram, como Fluoxetina e Rivotril. Aline, em *Depressão – Relatos*, por exemplo, destaca que o Rivotril é um remédio muito conhecido por quem tem depressão, o que

confirma que esses remédios fazem parte do vocabulário utilizado pelos indivíduos que se classificam como depressivos, constituindo, como sugere Borch-Jacobsen (2013), uma linguagem do mal-estar pautada pela indústria farmacêutica, linguagem essa antes restrita aos médicos e que, hoje, é manuseada por indivíduos considerados comuns. Assim, a menção recorrente à utilização de psicofármacos pode acabar influenciando outros indivíduos que se classificam como depressivos a buscarem um tratamento medicamentoso para a depressão.

Há, nos testemunhos analisados, tentativas de enfatizar que a depressão é uma doença, o que pode ser percebido quando os indivíduos fazem analogias entre o transtorno depressivo e outras doenças fisiológicas mais tradicionais. É comum, por exemplo, a comparação entre a depressão e o câncer. Natasha Martins, em *Depressão – Relatos*, diz que essa patologia “é como um câncer na alma”. Pedro Amaral (#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante) tenta ratificar que a depressão é uma doença séria e não falta de força de vontade, dizendo: “É tipo estar com câncer e falar ‘hoje vou vencer o câncer e andar de patins’”. Nesse sentido, o transtorno depressivo aparece como uma enfermidade tão grave quanto o câncer e, se alguém que sofre de câncer não pode simplesmente deixar de ter a doença pela força de vontade, a depressão também não poderia ser vencida apenas com base no desejo do indivíduo. Pedro enfatiza: “Depressão não é força de vontade. É tipo diabetes”.

Essas analogias entre depressão e câncer se aproximam da estratégia de marketing utilizada no Japão em 1999⁹⁵ para promover a venda de antidepressivos a partir da noção de depressão como “gripe da alma”. Mas, enquanto na propaganda japonesa o realce estava na banalidade do transtorno depressivo, que poderia ser tão comum quanto a gripe, na comparação entre depressão e câncer a ênfase está no perigo e na cronicidade da patologia. Entre os dois momentos, há claramente uma diferença na gravidade da depressão, que, no primeiro caso, ressalta o quanto a doença pode ser ordinária, mas facilmente tratável; já no segundo caso, a depressão é uma condenação, como o câncer, que, além de poder atingir a qualquer um, até aqueles que cuidam de sua saúde, requer uma forma de tratamento longa – por vezes eterna, necessitando de monitoramento constante – e sofrida. Com base nisso, também podemos dizer que houve um

⁹⁵ SCHULZ, K. Did Antidepressants Depress Japan? The New York Times. Disponível em < <https://www.nytimes.com/2004/08/22/magazine/did-antidepressants-depress-japan.html> >. Acesso em 14 ago. 2018

deslocamento em relação à subjetividade do classificado como depressivo: gripe não forma comunidade de sofredores nem identidade, pois é uma doença transitória; já o câncer tem esse potencial, por ser uma doença crônica.

A depressão também aparece comparada a lesões físicas. Uma das personagens do vídeo *Depressão – Relatos* indica que ter depressão e buscar tratamento é como se alguém tivesse quebrado suas pernas e você estivesse fazendo fisioterapia para aprender a andar novamente. Essa necessidade de equiparar a depressão a doenças ou lesões físicas aparece como uma tentativa de lutar contra o estigma em torno do transtorno depressivo, como podemos verificar no testemunho de Kevin Breel (*Why we need to talk about depression*):

Você preferiria colocar em seu próximo status do Facebook que você tem dificuldade para sair da cama porque você machucou suas costas ou que você tem dificuldade para sair da cama toda manhã porque tem depressão? Esse é o estigma, porque, infelizmente, vivemos num mundo onde se você quebrar o braço, todos correm para assinar em seu gesso, mas se disser às pessoas que está depressivo, todos correm para o outro lado.

Os indivíduos que se classificam como depressivos marcam que a depressão é uma doença real para enfatizarem que o transtorno depressivo não é uma mera tristeza passageira, uma crise da adolescência, um capricho, e lutarem contra aqueles que diminuem e deslegitimam seu sofrimento como algo banal e sem motivos aparentes. E uma das estratégias utilizadas para defenderem essa perspectiva é ressaltar os sintomas físicos trazidos pela doença, como dores de cabeça, dores no corpo, perda de peso, falta de ar e fraqueza.

A tentativa de enfatizar que a depressão é uma doença real e orgânica como qualquer outra também passa pela definição dessa patologia como resultante de um desequilíbrio neuroquímico. Vanessa Lino (*Depressão e ansiedade: minha história!*) diz: “Falta algo em nosso cérebro”. Lismara Moreira (*DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo Depressão e ansiedade: minha história!*) ressalta: “A depressão é uma doença. Ela é um distúrbio cerebral, consequência de um desequilíbrio químico do seu cérebro”. Renata Castilho (*SUICÍDIO e Depressão!*) também estabelece a relação entre o transtorno depressivo e o desequilíbrio neuroquímico:

A depressão é quando seu cérebro não está recebendo a química necessária para processar corretamente. A depressão é quando tá

faltando a química que te deixa feliz, realizada e que você possa sentir as coisas. A depressão é uma doença real. Você pode não acreditar, porque você nunca teve e nunca sentiu, mas é uma doença cientificamente comprovada, é uma falha da tua cabeça. O teu cérebro está doente porque não está recebendo as químicas que precisam.

A partir desses trechos que sintetizam a perspectiva trazida pelos protagonistas dos testemunhos analisados, nota-se que, como destaca Ehrenberg (2000), a noção de déficit está intrinsecamente relacionada à depressão: os indivíduos que se classificam como depressivos apresentariam um déficit neuroquímico capaz de explicar o desenvolvimento da doença. Nesse sentido, a depressão aparece como uma doença orgânica, e não “algo da cabeça de ninguém”, como indica Sunaika Bruna (*Minha experiência com DEPRESSÃO!!*). A frase de Sunaika Bruna evidencia a recusa da psicanálise, da noção de que o sofrimento pode ser causado pelo modo como o indivíduo pensa a si mesmo, ou seja, recusa o sofrimento como convite para o sujeito se transformar. Diferentemente disso, a perspectiva do déficit neuroquímico não questiona o modo como o indivíduo se pensa, só confirma.

Também é possível depreender que é estabelecida uma relação entre o déficit neuroquímico e a felicidade: no cérebro do indivíduo que se classifica como depressivo, estaria faltando a química que produz felicidade. Pedro Amaral (*#24 DEPRESSÃO - SINTOMAS, DESABAFO E COMO IDENTIFICAR - Nada de Interessante*) também estabelece esse vínculo ao dizer: “Pelo que vi, a depressão... seu cérebro tá produzindo a felicidade, mas o cérebro não tá absorvendo a felicidade”. Dessa maneira, percebemos que a felicidade é um elemento central nesses testemunhos, e interpretada não como um sentimento ou uma sensação, mas sim algo produzido quimicamente, e cuja falta é capaz de indicar a depressão. O imperativo da felicidade, então, aparece como intrínseco à medicalização da existência, pois o déficit na “produção” de felicidade, ao ser encarado como depressão, necessita de intervenção médica, a qual emerge, sobretudo, na forma de tratamentos com psicofármacos.

Dentre os testemunhos analisados, a grande maioria faz referência à utilização de antidepressivos ou outros tipos de remédios psiquiátricos, como calmantes. Alguns tentam lutar contra o preconceito existente em torno desses medicamentos. É o caso de Renata Castilho, que diz “Se você precisa tomar remédios, não negue, tome. Se você precisa, não é porque você tem problema de cabeça. É porque você precisa para seu biológico se restabelecer e se regular. É como uma outra doença fisiológica do seu corpo”.

Lismara Moreira também enfatiza: “Se você precisar se medicar, se medique”. Outros, porém, demonstram desconfiança a respeito dos psicofármacos, como Sunaika Bruna, que diz não aconselhar ninguém a tomar “remédios de tarja preta”, que deixavam-na dopada. Pedro Amaral, apesar de ainda não ter feito uso desses remédios, indica: “Sou bastante preconceituoso com antidepressivos [...] mas se é isso que preciso pra melhorar, pra fazer minha vida acontecer de novo, que seja”. Nesse sentido, percebe-se que há praticamente uma dependência entre a depressão e a utilização de remédios como principal forma de tratamento; ou melhor: para além de um método terapêutico, os medicamentos aparecem como uma maneira de “fazer a vida acontecer”.

A medicalização da existência é destacada quando analisamos alguns dos motivos que foram apontados pelos protagonistas dos testemunhos como o “estopim” para desenvolverem depressão. Levando em consideração que, como vimos anteriormente neste capítulo, as causas da depressão envolvem motivos até pouco tempo atrás considerados parte da vida, e não precipitadores de patologias, e que a maior parte desses indivíduos utiliza como forma de tratamento a medicação psiquiátrica, podemos ressaltar a disseminação de falsos positivos e das pílulas da felicidade na sociedade contemporânea. Tal fato causa inquietação, pois indica, como sustenta Furedi (2004), que os indivíduos estão sendo vistos como incapazes de lidar com as próprias emoções, sendo necessária a gestão de sua subjetividade por algum profissional de saúde. Além disso, com a abordagem dos psicofármacos pelos indivíduos que se classificam como depressivos, o tratamento psiquiátrico é destacado, o que pode influenciar outras pessoas que se consideram depressivas a buscar esse tipo de intervenção, afinal, se alguém, por exemplo, testemunha que sofre de depressão por conta de uma desilusão amorosa e relata tomar remédios para tratá-la, é possível que outro indivíduo que se identifica com essa forma de sofrimento busque, também, medicar-se. Como resultado, apresenta-se a inflação diagnóstica ou *disease mongering*, abordada por Frances (2013).

A utilização em massa de psicofármacos também se mostra preocupante em um contexto em que as doenças mentais, como a depressão, são consideradas crônicas, e o indivíduo aparece como dotado de responsabilidade pelo seu próprio tratamento, ficando encarregado de decidir pelo acompanhamento médico, reconhecer seus sintomas e administrar a manutenção do tratamento; do contrário, será considerado responsável pelo sofrimento que o acomete e pelo prejuízo à sua saúde mental. Esses aspectos são capazes de intensificar, disseminar e prolongar a utilização de remédios psiquiátricos pelos

indivíduos que se classificam como depressivos, pois, por serem considerados responsáveis por sua saúde mental, devem escolher pelo tratamento mais adequado, que costuma aparecer na forma desses remédios; e também pelo fato de a depressão ser encarada como uma doença crônica, é provável que esse tratamento seja de longa duração.

A cronicidade da depressão e a responsabilidade do indivíduo que se classifica como depressivo sobre sua saúde mental aparecem nos testemunhos quando, por exemplo, Pedro Amaral diz “a solução quem vai ter que procurar é você” e ressalta que já teve depressão na adolescência, confirmando que a doença permanece mesmo com o passar do tempo. Renata Castilho também destaca a respeito da responsabilidade individual: “Você pode escolher melhorar”. Sunaika Bruna aborda também a cronicidade da depressão ao relatar que já teve a doença durante a infância.

Apesar de ser frequente a menção ao tratamento psiquiátrico, os indivíduos que se classificam como depressivos também dão sugestões de outras maneiras de tentar superar a depressão. É o caso de Jake Tyler (*I'm fine – learning to live with depression*), que considera que participar de maratonas e viajar como andarilho são atividades que o ajudam a se sentir melhor e a viver no momento. As atividades físicas, em geral, costumam aparecer nos testemunhos analisados como uma forma de lidar com a depressão. Outra sugestão que apareceu foi se apegar à religião, a Deus, para superar a doença.

Após a utilização desse conjunto de estratégias para superar a depressão, dentre as quais o tratamento com psicofármacos aparece em primeiro lugar na maior parte dos testemunhos, é comum os protagonistas dessas narrativas relatarem uma melhora. No entanto, nem todos que tiveram essa melhora se consideram curados, o que ratifica a perspectiva crônica da depressão. Vanessa Lino, por exemplo, diz que não sabe se há cura para o transtorno depressivo, mas que há a possibilidade de ter qualidade de vida mesmo com a doença, como no seu caso. Sunaika Bruna também relata que está 90% curada da depressão, pois, diferentemente de antes, hoje tem total controle sobre a situação. Jake Tyler também demonstra que houve avanços em relação à depressão a partir da descoberta de um estilo de vida imerso na natureza. Já em outros testemunhos, como de Renata Castilho, Lismara Moreira, Isabelle Millman⁹⁶ e Hunter Kent, é relatada a completa

⁹⁶ É necessário ressaltar, porém, que Isabelle Millman publicou o vídeo em 2016 e, há cerca de 1 ano atrás, publicou um comentário na seção de comentários do vídeo, em que diz: “Atualizando pra vocês..No momento, eu estou com sintomas de depressão de novo, estou fazendo

superação da doença. Outros testemunhos, porém, como o de Kevin Breel, não mencionam uma melhora, mas apresentam um tom esperançoso e palavras encorajadoras. Já os personagens de *Depressão – Relatos* apresentam uma perspectiva mista: enquanto alguns falam sobre a depressão no passado, dando a impressão de terem superado a doença, outros relatam ainda estar passando pelas dificuldades impostas pelo transtorno. O vídeo de Pedro Amaral também apresenta essa segunda perspectiva. A partir da análise do conjunto de testemunhos, percebe-se, portanto, que a mensagem passada nos vídeos costuma ser positiva e esperançosa: senão superaram totalmente a doença, esses indivíduos pelo menos melhoraram um pouco. Também se nota que a maioria dos protagonistas dos testemunhos não encontraram a cura, o que é a própria condição de constituição da comunidade de sofredores e da identidade depressiva.

Levando em consideração as táticas utilizadas pelos protagonistas dos testemunhos para combater a depressão, é possível questionar: quem seria mais valorizado, aqueles que descobriram um modo próprio de tratar a doença, sem recorrer a profissionais da saúde, ou aqueles que buscaram aconselhamento terapêutico e/ou psiquiátrico? Ao analisar os testemunhos selecionados e os comentários, a partir dos quais podemos ter uma ideia da repercussão dos vídeos entre os internautas, considero que não há uma resposta exata para essa pergunta, pois ainda que haja algumas narrativas que não exponham a utilização de remédios como forma de tratamento – como o testemunho de Lismara, que conta ter recorrido a Deus para superar a doença, e de Jake Tyler, cuja melhora é atribuída a um maior contato com a natureza –, esses discursos parecem apresentar a medicina como uma maneira válida – nem melhor nem pior que outras – de combater a doença. O único vídeo em que não há menção nem a tratamentos médicos nem psicoterapêuticos é o de Kevin Breel, cujas reações não parecem apresentar nenhuma especificidade em comparação às reações dos demais vídeos. Além disso, os comentários em todos os vídeos parecem seguir o mesmo padrão: os usuários transcrevem alguns trechos dos discursos dos protagonistas dos testemunhos para ressaltar as partes com as quais mais se identificaram, e/ou relatam suas próprias histórias, não sendo perceptível um juízo de valor a respeito das formas de tratamento utilizadas pelos narradores. No

acompanhamento psicológico e psiquiátrico, mas agora são por outros motivos..É como eu digo, depressão não tem cura, temos que aprender a conviver com ela e saber que a qualquer momento ela pode voltar.”

entanto, algo que chamou a atenção é o fato de, nos testemunhos brasileiros, haver alguns comentários que ressaltam a importância de Deus na cura da depressão.

Figura 2. Comentários no vídeo *Depressão e ansiedade: minha história!*

Simone Pereira 7 meses atrás

Eu fui curada da depressão sem tomar remédios.....comecei a falar com Deus e simplesmente passou....passei por momentos muito difíceis....mais graças a deus passou.

Franciellen Cunha 5 meses atrás (editado)

gente Jesus pode te curar!!!ele é o Deus do impossível que cura o câncer,depressão,síndrome,ansiedade só basta ter fé e acreditar nele ❤️❤️🙏

Maria da conceição Melo da Silva 6 meses atrás

Existi um Deus que pode te cura Ele te amar Vanessa Lino

Figura 3. Comentários no vídeo *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo Depressão e ansiedade: minha história!*

slash silva 1 semana atrás (editado)

Depressão é uma doença diabólica! E só com fé em Deus, muita fé em Deus, a gente consegue vencer!

Bruno Carvalho 4 dias atrás

Se apague naquele que morreu na cruz por vc, não deixe nada ocupar o lugar dEle no seu coração, seu nome é JESUS!!!!

Rayssa Aline 2 semanas atrás

Mano eu tentei não chorar mais as palavras são muito fortes, Mano você é uma guerreira parabéns, O Nome Do Médico É Jesus gloria Deus 🙏🙏🙏🙏🙏

A relação estabelecida com a religião e com Deus nesses comentários, e também em alguns testemunhos que enfatizam a fé religiosa como fonte de cura ou desagravamento dos sintomas da depressão, é interessante como uma maneira de relativizar a secularização dos testemunhos, ao menos no caso brasileiro. Se, por um lado, há o predomínio de uma perspectiva que privilegia o sujeito neuroquímico, por outro, a religião aparece misturada a concepções científicas da depressão.

Já no caso americano, nos vídeos do TED Talks fica evidente uma forma secularizada do testemunho. Esses vídeos parecem menos espontâneos: seus

protagonistas enunciam seus discursos de maneira mais performática, no centro de um palco. No caso de Jake Tyler, o fato de ele segurar um papel na mão, ao qual recorre algumas vezes durante a gravação para guiá-lo, enfatiza o caráter de apresentação e performance de seu discurso. Essas características estruturais conferem aos vídeos um certo tom protestante, como se os indivíduos que ali estão fossem pastores dando o seu testemunho. No entanto, a proximidade com a religião se dá apenas a nível de estilo, pois em nenhum momento de seus discursos é feita menção a Deus ou a alguma vertente religiosa.

3.5. “Minha história é ‘eu tenho depressão’”: identidade e identificação

Nos testemunhos analisados, é comum os indivíduos estabelecerem uma dicotomia entre determinadas características de sua personalidade, ou o modo como se apresentam diante da sociedade, e a depressão. Alguns indivíduos ressaltam algumas das qualidades que apresentavam antes da depressão, como ser muito animado, festeiro ou engraçado, em contraposição ao estado de ânimo trazido pelo transtorno depressivo. Outros evidenciam que, por vezes, é mais fácil utilizar uma máscara diante da sociedade do que deixar os outros saberem o que se passa em seu interior como indivíduos que se classificam como depressivos. Em ambos os casos, pode-se perceber uma problemática em torno de questões identitárias, colocando em oposição quem o indivíduo era e quem ele passou a ser com a depressão ou quem o indivíduo é diante dos outros e quem o indivíduo é em sua interioridade.

As questões identitárias em torno da depressão são ressaltadas no próprio ato de testemunhar, pois, como destaca Sibilía (2008), o eu se realiza no fluxo da narrativa, não precedendo a história contada: a subjetividade se constitui nesses relatos. Nesse sentido, tais narrativas conferem corporeidade às experiências dos indivíduos que se classificam como depressivos e “tecem a vida que o eu vai vivendo e, de alguma maneira, a realizam” (p. 61). Os indivíduos que se classificam como depressivos, portanto, escrevem para ser e ter sua subjetividade constituída em torno da depressão e, no exercício do testemunho, quando compartilham suas narrativas com uma grande quantidade de pessoas na internet, constituem não só a si mesmos, mas também ao outro, uma vez que o discurso apresenta uma natureza intersubjetiva (SIBILIA, 2008). Dunker (2017) também ressalta a

importância da constituição de narrativas, pois, de acordo com o autor, os sintomas dos sujeitos se exprimem e se articulam em narrativas de sofrimento.

A relação entre depressão e identidade é ressaltada pelo fato de o transtorno depressivo ser uma patologia da identidade, ou seja, diferentemente da neurose, onde há conflito intrapsíquico, na depressão o que está em jogo são as bases identitárias, pois, como destaca Ehrenberg (2000), esse quadro é o de uma psicopatologia narcísica. Assim, o indivíduo que se classifica como depressivo geralmente apresenta o sentimento de insatisfação permanente diante de quem ele é e dificuldades em lidar com as frustrações. Nesse sentido, podemos compreender o que Jake Tyler, em *I'm fine – learning to live with depression*, quer dizer quando relata que os sentimentos trazidos pela depressão o envergonhavam, pois ele acreditava que comprometiam quem ele era como indivíduo: as fronteiras entre quem se é e a doença que se tem são nebulosas quando o cerne do transtorno é a insatisfação em torno da própria identidade do sujeito, o que fica claro, por exemplo, a partir da descrição de Jake a respeito de seus sentimentos de autoaversão.

A confusão existente entre a depressão e a identidade dos indivíduos que se classificam como depressivos se dá, também, justamente por ser o testemunho uma narrativa que articula trauma e identidade, ou seja, uma narrativa na qual o cerne é o sofrimento, que tanto explica o modo de ser do sujeito no presente quanto justifica e nomeia o seu sofrimento atual com base em um evento passado e no preconceito enfrentado por partilhar de uma identidade marginalizada. Basicamente, o indivíduo que se classifica como depressivo “é” depressivo porque sofre e sofre por “ser” depressivo. Logo, por meio do testemunho consolida-se uma identidade de sofrimento que é utilizada para o indivíduo se definir, se pensar e se posicionar em relação aos demais. Como a depressão é costumeiramente considerada uma doença crônica, fica difícil, para esses indivíduos, conceber uma identidade fora do eixo do sofrimento e da doença, isto é, abrir o futuro para outras possibilidades de ser.

Apesar de a sociedade contemporânea ser marcada pelo protagonismo do sujeito neuroquímico, ou seja, de um sujeito determinado pelas suas condições neuroquímicas, o que afastaria, por exemplo, doença mental e identidade, e de grande parte dos testemunhos ressaltarem que o indivíduo que se classifica como depressivo não é a sua doença, é perceptível a existência de questões identitárias em torno da depressão e dos testemunhos a respeito do transtorno depressivo. Quando, por exemplo, Kevin Breel (*Why we need to talk about depression*) diz que, embora seja alguém que está “em todas as

festas”, capitão do time de basquete, aluno de teatro e comediante, “quem eu sou de verdade é alguém que luta intensamente contra a depressão”, e resume sua história em três palavras (“eu tenho depressão”), nota-se o peso que a depressão exerce em sua vida e sobre quem ele é diante dele mesmo. Ao condensar sua trajetória e sua identidade no diagnóstico de depressão, Kevin confirma que as disfunções são maneiras “de nomear e homogeneizar uma variedade de experiências sociais, as quais podem, em contrapartida, ser compartilhadas e, assim, constituir uma comunidade”⁹⁷ (ILLOUZ, p. 175, 2003).

A conexão feita por Kevin entre identidade e transtorno mental difere da modernidade: se, naquela época, as neuroses e psicoses atribuíam culpa ao doente, estigmatizando-o, hoje, os distúrbios mentais são utilizados como classificações capazes de oferecer sentido a determinados comportamentos e indicar roteiros de subjetivação, fonte na qual os sujeitos contemporâneos bebem para construir seus “eus” enquanto protagonistas e heróis de uma narrativa de sofrimento e superação, tão valorizada na contemporaneidade, e se juntar a uma comunidade de sofredores, onde encontram identificação e reafirmam seu modo de ser, não havendo espaço para colocar-se em questão.

O psicanalista Mario Corso⁹⁸, em entrevista à Revista Época⁹⁹, reflete sobre a relação entre internet e doenças mentais

A internet não criou nenhum tipo de doença mental, todas elas pré-existiam. Mas ela possibilita o incremento de certas morbidades por uma possibilidade de compartilhar e, a partir disso, criar uma identidade. [...] Na medida em que ele [o doente mental] consegue compartilhar isso com outras pessoas na internet e descobre que há um monte de gente como ele, isso faz com que tenha coragem de se pensar enquanto grupo. Não como doente, mas como um estilo.

⁹⁷ [...] name and homogenize a variety of social experiences, which can in turn be shared and thereby constitute a community [...]

⁹⁸ Mario Corso foi psicanalista de Vinicius Gageiro Marques, gaúcho de 16 anos que, em 2006, transmitiu seu suicídio pela internet. Vinicius participava de fóruns de discussão sobre suicídio, onde eram discutidas maneiras de cometer o ato. O caso alcançou certo apelo midiático, culminando na matéria *Suicídio.com* e na entrevista com Corso, ambas da Revista Época. Em 2017, também foi lançado o filme *Yonlu*, cinebiografia sobre Vinicius que leva como título o nome pelo qual o adolescente era conhecido na internet.

⁹⁹ Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG81582-9556,00.html>>. Acesso em: 9 jul 2016.

A fala de Mario Corso pode ser ratificada quando analisamos os enunciados proferidos pelos indivíduos que se classificam como depressivos em seus testemunhos. A identidade de grupo constituída em torno da depressão fica evidente em seus discursos, onde ecoa uma certa estética do sofrimento, da dor, da angústia. Assim, há uma maneira de se dizer depressivo que é dominada por determinadas características e regulada por um script terapêutico. Na última parte do vídeo *Depressão – Relatos*, quando os indivíduos dizem frases capazes de resumir o transtorno depressivo e a maneira como se sentem, nota-se que esses sujeitos constituem uma subjetividade marcada por uma certa tragicidade em enunciados como “Eu só quero deitar na minha cama e ouvir músicas tristes o tempo todo”; “Eu me perdi na minha própria mente”; “Vontade de fazer nada, só dormir... dormir porque o mundo dos sonhos é bem melhor”; “Acordar hoje foi um soco na cara. Cada dia é uma luta, uma luta contra o monstro que vive dentro de mim”; “Você cria um mundo mágico porque sua vida real é trágica”; “Você chora como se toda a sua dor fosse sair junto com as lágrimas”; “Me perdi em meio à escuridão”; “A depressão é como se você estivesse se afogando e assistindo a todos respirarem”. Nesses enunciados, percebe-se uma dificuldade de lidar com a realidade que é mediada pelo ato de dormir em uma tentativa de escapar do mundo real, pois esses indivíduos se dizem perdidos e não se “encaixar” em meio aos demais.

O modo singular e autorreferencial de dizerem como se sentem, sem apelar para definições clínicas da doença, enfatiza o valor de seus testemunhos diante dos espectadores em um cenário no qual os coletivos de pacientes, como evidencia Borch-Jacobsen (2013, p. 324), reivindicam “a expertise da doença distinta da expertise dos experts e, contudo, tão essencial quanto, senão mais, que esta. Uma coisa é o conhecimento objetivo, erudito, da doença, e outra, a experiência cotidiana, na primeira pessoa, dos problemas que a doença impõe aos doentes e a seu entorno”¹⁰⁰. É perceptível que esses indivíduos por vezes recorrem a figuras de linguagem, como metáforas, em uma tentativa de melhor descreverem seus sentimentos, assim como constroem enunciados bem imagéticos ao se referirem, por exemplo, a imagens de afogamento e escuridão. Os enunciados sobre a depressão, nesse sentido, chegam a ser, de certa maneira, poéticos. Na constituição desses discursos, no jogo de palavras utilizado,

¹⁰⁰ [...]d’une expertise de la maladie différente de celle des experts et néanmoins tout aussi essentielle, sinon plus, que celle-ci. Une chose est la connaissance objective, savante, de la maladie, une autre l’expérience quotidienne, à la première personne, des problèmes qu’elle pose aux patients e à leur entourage.

portanto, forja-se uma subjetividade marcada por um tom sentimental. No testemunho de Natascha Martins, a idealizadora e uma das personagens de *Depressão – Relatos*, a menina também faz uso desse tipo de linguagem em enunciados como “[Quando você tem depressão] Você não anda, você rasteja”; “[A depressão] É como um monstro que te come de dentro para fora. Você não consegue respirar”.

A relação entre sensibilidade ou sentimentalidade e depressão pode ser evidenciada também no testemunho de Isabelle Millman (*Um menino me causou a depressão*), que, apesar de não utilizar um tom poético em seu discurso, aponta seu caráter emotivo como um dos fatores para ter desenvolvido o transtorno, ressaltando: “Desde sempre fui uma pessoa muito sensível, emotiva e sentimental”. Tal relação também aparece no testemunho de Renata Castilho (*SUICÍDIO e Depressão*), quando ela menciona que, a partir da depressão, tornou-se uma pessoa mais sensível, como mencionado anteriormente neste capítulo. Kelly, em *Depressão – Relatos*, também estabelece essa relação ao dizer que começou a escrever poemas como uma maneira de lidar com a depressão

A partir dos enunciados expostos, percebemos que a indeterminação descrita por Ehrenberg (2000) como sintoma dos indivíduos que se classificam como depressivos é ratificada. É compreensível quando esses sujeitos dizem que se perderam, pois a sociedade contemporânea é marcada pela ausência de referências simbólicas e pela noção de que tudo é possível, modelando um contexto onde os indivíduos podem facilmente se sentirem perdidos em meio à profusão de diferentes possibilidades de ação e modos de ser, o que gera a insegurança identitária e a impossibilidade de agir. Nesse sentido, a frequente alusão ao ato de dormir e se sentir perdido, assim como a falta de vontade de fazer as coisas que gostam, evidenciam justamente a falta de ação e de autonomia, marcada por Ehrenberg como característica da depressão. Assim, esses indivíduos não se adequam às exigências contemporâneas de eficiência, eficácia e alta performatividade e, conseqüentemente, buscam na entidade diagnóstica da depressão o sentido para a sua diferença em relação aos ideais de ação da contemporaneidade: enquanto todos respiram, o indivíduo que se classifica como depressivo não consegue respirar e se afoga, impotente.

A menção frequente ao mundo dos sonhos em contraposição à realidade e a noção de monstro que habita o interior do indivíduo que se classifica como depressivo também podem ser relacionadas à sensação de insuficiência que Ehrenberg descreve como uma

das características da depressão. Esses sujeitos são atingidos pela insatisfação em serem si mesmos, pois uma série de mecanismos fomenta a ideia de que estão em déficit com eles próprios: os discursos sobre saúde mental produzem a noção de que nosso bem-estar interior sempre pode ser aperfeiçoado, enquanto os enunciados terapêuticos e de autoajuda ressaltam que nossa performance pode ser gerenciada e incrementada.

Os protagonistas dos testemunhos analisados também mencionam com frequência a automutilação, que aparece como uma prática a qual os indivíduos recorrem ou pensam em recorrer para lidar com a doença. Renata Castilho (*SUICÍDIO e Depressão!*), por exemplo, diz que pensou em se cortar para “ver se conseguia sentir alguma coisa”, já que, de acordo com ela, a depressão fez com que ela sentisse um “vazio”, um “buraco”. Já Lismara Moreira (*DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*) alega ter recorrido à automutilação como uma forma de fazer a dor ser física. Hunter Kent (*Conquering depression – how I became my own hero*), por sua vez, conta que se cortar virou um hábito depois que ela ouviu falar que era uma maneira de as pessoas lidarem com a depressão.

Nos testemunhos analisados, a identidade constituída em torno da depressão como doença crônica também se relaciona ao suicídio; ainda que os indivíduos não tenham tentado cometer o ato, mencionam que já pensaram em se matar. A relação entre depressão e suicídio é evidenciada quando notamos que alguns vídeos foram publicados no mês de conscientização sobre o suicídio no Brasil, conhecido como Setembro Amarelo. É o caso dos vídeos *SUICÍDIO e Depressão!* e *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*, cujas autoras enfatizam ter como motivação para gravar seus testemunhos justamente o mês do Setembro Amarelo.

“Eu ficaria feliz se deixasse de existir” é uma frase proferida por Hunter Kent (*Conquering depression – how I became my own hero*), mas que pode sintetizar a falta de vontade de viver pela qual grande parte dos indivíduos dos testemunhos analisados passaram. Apesar de já terem sentido vontade de se matar ou de terem tentado, de fato, cometer suicídio, nos testemunhos a maioria dos indivíduos tenta dissuadir outras pessoas que sofrem de depressão de fazerem o mesmo, encorajando-as, pelo contrário, a lutar contra a doença e superarem-na. É o caso de Lismara Moreira (*DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*), que, após relatar sua experiência de tentativa de suicídio, conta que, quando estava no hospital se recuperando, teve uma visão, na qual Deus teria aparecido para ela na forma de médico e, tentando

fazê-a recuperar a vontade de viver, teria dito, acompanhando com a mão o fluxo de batimentos cardíacos da máquina: “Na vida, se você não tiver altos e baixos, você morre”. A experiência espiritual de Lismara aparece como uma ênfase sobre o conselho de que os indivíduos que se classificam como depressivos não devem desistir de suas vidas. Lismara também tenta utilizar outro argumento para desencorajar o suicídio: ela diz que, quando alguém se mata, quem morre não é o seu problema, mas sim todas as pessoas que estão à volta do suicida e o amam.

Jake Tyler (*I'm fine – learning to live with depression*) também tenta desencorajar o suicídio a partir de sua própria experiência. Ele conta que, ao acordar uma manhã, pensou: “não há porque viver se eu não me lembro mais de como é ser feliz”. Antes de tentar cometer suicídio, no entanto, ligou para a mãe para se despedir, a qual o convenceu a procurar ajuda. Tyler conta que, quando foi ao psiquiatra no dia seguinte, o médico lhe perguntou se ele realmente queria morrer ou simplesmente parar de sentir o que a depressão lhe fazia sentir, enfatizando que sua resposta foi a segunda opção. Assim, Jake Tyler ressalta que o caminho de combate ao suicídio está em procurar ajuda, evidenciando: “Todos nós temos saúde mental e, quanto mais aprendemos sobre os outros, mais aprendemos sobre nós mesmos”.

A dimensão do aconselhamento, não só diante do suicídio, mas também da depressão em si, aparece com frequência nos testemunhos analisados. Enquanto alguns sustentam que, para superar a doença, recorreram a atividades físicas, como parkour e caminhadas, outros dizem ter se apegado a Deus; alguns dos protagonistas dos testemunhos também abordam as formas de tratamento existentes, como terapia e remédios psiquiátricos. Tal aspecto reverbera o caráter de *experts* dos indivíduos que protagonizam esses relatos, cujas dicas e conselhos para lidar com a doença podem ser seguidos por seus inúmeros espectadores, ressaltando que “na narrativa terapêutica, todos nós nos tornamos sofredores, assim como experts e terapeutas uns dos outros, porque a linguagem terapêutica padronizou trajetórias de vida e o discurso autobiográfico”¹⁰¹ (ILLOUZ, 2003, p. 168). O caráter de *experts* dos protagonistas desses testemunhos sobre depressão evidencia, assim, que esses indivíduos se tornaram formadores de opinião diante de outras pessoas que sofrem com a doença, destacando que os sujeitos

¹⁰¹ “In the therapeutic narrative, we have all become sufferers as well as experts and one another’s therapists, because therapeutic language has standardized life trajectories and autobiographical discourse.”

considerados comuns participam ativamente da constituição do modo de ser depressivo, ou seja, da dinâmica de invenção de pessoas, como proposto por Hacking (1995).

A resposta positiva dos espectadores, que utilizam o espaço de comentários para também darem seus testemunhos sobre a depressão, é capaz de evidenciar o quanto os depoimentos em vídeo suscitaram a identificação nos usuários. Ava_Louise_xo, por exemplo, comenta no vídeo *Conquering depression – how I became my own hero: é assustador como ela está me descrevendo*¹⁰². É comum os usuários transcreverem trechos do vídeo nos comentários para ressaltar o quanto se identificaram com determinada frase. É o caso de Rocky S, que no vídeo *Why we need to talk about depression*, diz, diante do trecho “Depressão de verdade não é estar triste quando algo em sua vida dá errado. Depressão de verdade é estar triste quando tudo na sua vida está dando certo”: “isso realmente me impactou. Ele coloca isso tão perfeitamente em palavras, eu consigo me relacionar em um nível molecular. Não é fácil sentir alguma coisa”¹⁰³. Já Claudia Cavalcanti comenta em *DEPRESSÃO E SUICÍDIO - MEU TESTEMUNHO - #SetembroAmarelo*: “Nossa, alguém contando a minha história”. O teor desses comentários se repete em inúmeros outros, o que ratifica o que sustenta Sibilía (2008) a respeito do discurso: boa parte dos discursos se origina fora de nós, pois os outros também nos narram.

A identificação dos indivíduos que se classificam como depressivos com os testemunhos sobre depressão também evidencia o quanto a classificação afeta o classificado, como destaca Hacking (1995). É a partir da identificação com a classificação diagnóstica da depressão que os indivíduos têm seus modos de ser e sentir legitimados, consolidando a identidade constituída em torno da doença crônica que marca o transtorno depressivo. Como vimos anteriormente, essa identidade é caracterizada, pelos próprios sujeitos que se classificam depressivos, por sentimentos de autoaversão, pela sensação de estar perdido, por um modo de se dizer depressivo marcado pelo sentimentalismo, pela relação entre sensibilidade e depressão, pela tentativa de suicídio, pela automutilação, pela medicalização, entre outros aspectos que vimos ao longo deste capítulo. Nesse sentido, os testemunhos analisados consolidam uma certa maneira de se pensar e de se

¹⁰² “This is scary how she is describing me”.

¹⁰³ “This really hit home. He words it so perfectly, and I relate to it on a molecular level. It's not easy feeling something completely unrelated to your external reality, where the act of feeling sad makes me feel selfish, guilty.”

dizer a depressão, influenciando outros indivíduos que se classificam como depressivos e gerando identificação. E essa maneira de descrever a depressão e o depressivo é distinta do DSM: enquanto o manual estabelece alguns critérios, ainda que difusos, para diagnosticar o transtorno, preservando a dimensão do observável, nos testemunhos dos classificados como depressivos, qualquer elemento pode servir como indício de depressão, uma vez que há ênfase sobre a dimensão do sentimento do indivíduo.

A respeito da identificação, Dunker (2017, p. 296) problematiza os grupos que têm como base a identificação com a condição de vítima, que é o caso dos grupos de indivíduos que se classificam como depressivos: por vezes são duplamente vítimas – quando não são apenas vítimas da doença, são também vítimas de um acontecimento externo ou indivíduo capaz de precipitar o transtorno depressivo em suas vidas. O psicanalista considera que grupos com base na identificação desenvolvem “formas de vida condominiais”, gerando segregação a partir da necessidade de “purificação infinita da própria subjetividade” (p. 297). Nesse sentido, segundo o autor, não há potência transformativa, restando apenas ser o que se alega ser e se comparar com o outro para saber quem é mais o que o grupo define como o “nós”. Tal aspecto pode ser notado quando, por exemplo, os indivíduos que se classificam como depressivos enfatizam que “depressão *mesmo* é...”, ou seja, que existe uma depressão *de verdade* e outra *fake*.

Como destacam Vaz e Santos (2017), a identidade da vítima tanto define quanto justifica o sofrimento. Sendo assim, é um argumento tautológico: autoexplica-se, de maneira redundante, fazendo com que sofrimento e identidade se retroalimentem. No caso dos indivíduos que se classificam como depressivos, eles se agrupam em comunidades de sofredores sob o diagnóstico por apresentarem determinado tipo de sofrimento em comum, ou seja, são considerados depressivos porque sofrem; por outro lado, também sofrem porque são classificados e se classificam como depressivos, diante do preconceito existente na sociedade contra a identidade do deprimido, que vai contra o que se é esperado dos sujeitos na contemporaneidade. Os autores também ressaltam que é diante do preconceito e das humilhações sofridas pelos indivíduos que se classificam como vítimas que emerge, ao invés da vontade de superação da identidade da vítima, o orgulho e o desejo de reafirmar esse modo de ser, o que dificulta – ou até impossibilita – outras maneiras de encarar o sofrimento e de transformá-lo. A identificação com a identidade constituída em torno da depressão, nesse sentido, complicaria a superação do transtorno, pois evocaria, subrepticamente, a permanência sob a classificação.

Quando relacionamos a problematização de Dunker sobre a identificação com o argumento da linguagem privada de Wittgenstein (1999) e os *human kinds* de Hacking (1995), podemos sustentar que a identificação com a classificação diagnóstica da depressão é objeto de inquietação. A constituição subjetiva dos indivíduos que se classificam como depressivos se dá a partir de sua identificação com o tipo humano depressivo, fazendo com que adotem determinados estereótipos de comportamentos esperados desse *human kind*, transformando o modo como se pensam, como se lembram de seu passado e como agem e formando generalizações e expectativas a respeito desses tipos humanos baseados em uma identidade de sofrimento. O *looping effect*, associado à valorização da autoridade da experiência e da linguagem calcada na dimensão privada das emoções que só pode ser dita pelos indivíduos classificados como depressivos, enaltece seus saberes e desqualifica outras possibilidades de interpretação de seu sofrimento e dos modos de lidar com o mesmo. A identificação com o transtorno depressivo aparece, assim, como uma maneira de esses indivíduos fixarem-se sobre uma identidade de grupo, o que dificulta a superação da depressão, sobretudo em um contexto marcado pela medicalização da existência. Se só o indivíduo que se classifica como depressivo pode falar a respeito de seu transtorno, a partir do qual se organiza e constitui uma identidade caracterizada por cronicidade, sensação de perda, autoaversão, automutilação, tentativa de suicídio, medicalização e etc, a potência transformativa da realidade do deprimido é meramente relegada aos tratamentos disponíveis, o que dificulta o questionamento da moralidade, a autorreflexão e a autocrítica, pois as trajetórias de vida desses sujeitos são condensadas em scripts terapêuticos e etiquetas psicológicas.

CONCLUSÃO

A depressão, para além de uma mera doença, revela-se, nesta dissertação, um modo de ser, isto é, uma maneira de os indivíduos se fabricarem subjetivamente. Por conta da ênfase sobre seu caráter supostamente crônico, o transtorno depressivo possibilita a formação e a fixação de uma identidade sustentada em comunidades de sofredores, onde os indivíduos que se classificam como depressivos encontram, via testemunho, roteiros de subjetivação. Como condição de constituição dessas comunidades, encontra-se ser vítima de uma doença crônica cujo sofrimento particular é considerado não reconhecido e, como tal, suscetível ao estigma; assim, identificar-se com o diagnóstico e classificar-se como depressivo tende a ser encarado como uma sentença diante do fracasso da técnica em curar a depressão, limitando as diferentes maneiras possíveis de dar sentido ao sofrimento. Portanto, torna-se necessário ressaltar que o que se pretende nesta dissertação não é questionar o sofrimento do indivíduo que se classifica como depressivo, mas sim o modo de dar sentido a esse sofrimento.

A partir da análise dos testemunhos, o modo de ser depressivo se apresentou como uma subjetividade marcada pela referência à automutilação, ao suicídio, à sensação de estar perdido, à vontade de passar grande parte do tempo dormindo, à sensibilidade exacerbada, à medicalização, a um modo sentimental e emocional de se dizer a depressão, entre outros aspectos. Em uma época em que vigora a autoridade da experiência, essa subjetividade é constituída na troca de saberes entre os indivíduos que se classificam como depressivos, sobretudo na internet, onde encontram maneiras simples de publicarem seus testemunhos sobre a doença, como, por exemplo, por meio de vídeos do YouTube. Nesse sentido, cada vídeo analisado demonstrou ser uma rede articuladora de testemunhos, uma vez que, a partir deles, outros indivíduos que se classificam como depressivos se dispuseram a discursar sobre a própria doença, assumindo uma postura ativa diante dela.

Com base no argumento da linguagem privada de Wittgenstein (1999) e no *looping effect* de Hacking (1995), sustentamos que os indivíduos considerados comuns estão participando do processo de invenção de pessoas e elaboração dos modos de ser. Nesse sentido, em um contexto de verdade autorreferenciada e valorização da autoridade da experiência, propomos que se delineia a emergência de um novo tipo de linguagem pública, a linguagem dos não-especialistas, baseada na dimensão privada do sentimento, que se formula nas comunidades de sofredores e vem paulatinamente ganhando força em

detrimento da linguagem dos especialistas, calcada na autoridade do perito e na dimensão do observável. Nesse cenário, os indivíduos que se classificam como depressivos se apropriam da ciência, mas apenas para confirmar suas crenças, e a ênfase sobre a primeira pessoa se configura tendo como base a separação “nós” e “eles”, utilizada como argumento para defender a ideia de que somente as vítimas da depressão podem falar a respeito do transtorno. Mas o que possibilitou esse cenário?

Inicialmente, buscamos refletir sobre as condições de possibilidade da depressão. Assim, a partir de uma genealogia sobre a loucura e a doença mental, evidenciamos que o transtorno depressivo não é existente em essência ou natural ao mundo, sendo determinado por condições históricas, sociais e econômicas. Portanto, ressaltamos aqui o caráter contingente desses fatores. Aquele que era tido como louco, inicialmente atrelado a fantasias imaginárias, ao sobrenatural, no Renascimento, foi renegado e silenciado durante o Classicismo sob a alcunha da desrazão, alcançando o estatuto de doente mental somente na Modernidade, e sendo considerado um “cidadão em dificuldade” (EHRENBERG, 2004), uma vítima, na contemporaneidade. O depressivo, por sua vez, emerge na sociedade contemporânea com o surgimento dos antidepressivos, ou seja, diante da possibilidade de eliminação da tristeza através da administração de psicofármacos.

A narrativa de que a depressão é uma doença descoberta pelos avanços da ciência, por outro lado, é comum. Como indica Greenberg (2010), para defender essa perspectiva, recorre-se à melancolia, como se a mesma pudesse servir como prova de que o transtorno depressivo sempre existiu. No entanto, nesta dissertação, sustentamos que melancolia e depressão são distintas: enquanto esta é uma doença que pressupõe a medicalização da existência e a patologização da dor de existir, da tristeza cotidiana (PERES, 2003), aquela nem sempre foi considerada uma doença, indicando, sobretudo na perspectiva aristotélica, uma postura de busca de sentido da existência e da verdade sobre a vida, ou, na perspectiva hipocrática, um humor natural cujo desequilíbrio afetava o comportamento do indivíduo.

Entre loucos, anormais, melancólicos e depressivos, o que se precipita como comum em todas essas narrativas são as estreitas relações entre os conceitos que os definem e a moralidade de sua época. Nesse sentido, se o louco durante o Renascimento era dotado de uma positividade mística por conta de sua relação com a miséria, compreendida de maneira sagrada, no Classicismo, com a emergência do trabalho como

um valor ético e a condenação da ociosidade, o louco se mistura a outras figuras que perturbavam a ordem burguesa, sendo relegado às casas de internamento. Já na Modernidade, a unidade da doença mental emerge com a libertação dos miseráveis e dos libertinos das casas de internamento, que passaram a ser considerados questão de ordem privada diante da necessidade de estarem em sociedade para cumprir seu papel na produção de riquezas, diferentemente dos loucos, tidos como um problema de ordem pública e que, portanto, deveriam ser submetidos a cuidados médicos (FOUCAULT, 1978).

A depressão também está intrinsecamente relacionada à moralidade contemporânea. É o que indica Ehrenberg (2000; 2010), que estabelece umnexo causal entre os imperativos morais contemporâneos, principalmente da autonomia e da autenticidade, o vazio normativo e a “epidemia” de depressão hoje. Nesse sentido, o autor sustenta que as exigências da sociedade contemporânea sobre os indivíduos são capazes de causar insegurança identitária e mal estar, uma vez que o contemporâneo é marcado pela ausência de referências simbólicas e pela emancipação do sujeito. Diante da patologização do fracasso em seguir a norma, os sujeitos que não se consideram autônomos, autênticos ou felizes o suficiente interpretam sua “falha” como depressão.

Já Furedi (2004) explica a alta incidência da depressão na contemporaneidade pelo viés da cultura terapêutica. De acordo com o autor, não estaria havendo mais casos de depressão hoje do que há algum tempo atrás; a diferença se dá no discurso, que, na cultura terapêutica, enfatiza a vulnerabilidade emocional dos indivíduos, que necessitariam recorrer a terapeutas, coaches e outras formas de gerência da subjetividade para viver suas vidas e lidar com as frustrações. A cultura terapêutica, assim, propaga o vocabulário das emoções e da vulnerabilidade pelas mais diversas instituições, disseminando a noção de que todos nós estamos submetidos ao risco de apresentar algum quadro patológico. O discurso terapêutico também valoriza a exibição pública do sofrimento como maneira de o indivíduo alcançar o bem-estar; isto é, admitir-se como vítima é necessário para sentir-se bem, pois indica que o sujeito está em busca de ajuda.

Os saberes técnico-científicos também podem nos ajudar a explicar a “epidemia” de depressão na contemporaneidade. O surgimento de remédios para tratar as doenças mentais, nos anos 1950, possibilitou a emergência do sujeito neuroquímico, ou seja, da noção de que as doenças mentais são uma questão de química cerebral, e não da interioridade do indivíduo. Nesse sentido, a perspectiva biológica trazida pela psiquiatria

foi progressivamente substituindo o ethos psicanalítico, baseado na opacidade do sujeito diante de si mesmo e no questionamento de seu desejo.

Nesse cenário, as formas de narrar a si mesmo são outras, pois configura-se uma outra relação com o sofrimento e do indivíduo consigo mesmo. Enquanto na Modernidade predominava a confissão, discurso direcionado a uma figura de autoridade com poder de questionar aquele que narra, considerado culpado por algum ato imoral, e o sofrimento era utilizado para constituir o sujeito, na contemporaneidade, diante da possibilidade de eliminação da tristeza e da ascensão da vítima, emerge como narrativa autobiográfica proeminente o testemunho, meio pelo qual os indivíduos costumam recorrer para contar suas histórias de superação, que transforma as vítimas em heroínas. O testemunho, diferentemente da confissão, não é oportunidade de questionamento e transformação do sujeito, mas sim de reafirmação de seu sofrimento, sendo, por isso, uma narrativa muito utilizada por movimentos identitários que reivindicam o reconhecimento de sua identidade e suas dificuldades ao se articularem em comunidades de sofredores.

A narrativa testemunhal é característica de um contexto marcado pela autoridade da experiência, pois destaca o discurso do narrador, ou do grupo ao qual o narrador pertence, em detrimento do “outro”, que não pode se pronunciar a não ser para reafirmar o sofrimento do primeiro. Nesse sentido, o argumento da linguagem privada de Wittgenstein (1999) e o *looping effect* de Hacking (1995) nos ajudam a sustentar que está emergindo um novo tipo de linguagem pública, calcada nos não-especialistas. Enquanto Wittgenstein sustenta a impossibilidade de existir uma linguagem privada, pois os indivíduos adquirem os sentidos dos termos mentais e das emoções no espaço público, Hacking considera que os classificados têm um papel ativo na constituição dos modos de ser, apropriando-se dos saberes das instituições e dos experts e formulando seus próprios saberes. Assim, argumentamos que os indivíduos que se classificam como depressivos participam da dinâmica de invenção de pessoas, tendo papel de destaque na formulação do que é a depressão, de quem é o depressivo e de sua identidade de grupo ao fazerem uso de uma linguagem que acentua a primeira pessoa.

Diante desse quadro, observamos na análise dos testemunhos selecionados algumas implicações, dentre as quais podemos destacar três. Em primeiro lugar, a identificação com a depressão impossibilita que os indivíduos se questionem e encarem o sofrimento como possibilidade de transformação, porque identificar-se com o diagnóstico da doença crônica significa identificar-se com uma identidade de vítima, na

medida em que, na contemporaneidade, o diagnóstico constitui, ao invés de intervir e ser oportunidade de superar o sofrimento. Nesse sentido, a ênfase sobre os aspectos biológicos do transtorno depressivo aparece como recusa da noção do sofrimento como convite para o sujeito se transformar, pois o que está em questão, com a emergência do sujeito neuroquímico, são as químicas cerebrais, e não o modo como o indivíduo se pensa. A depressão, assim, configura-se como uma doença praticamente insuperável.

Além disso, por ser a identidade constituída em torno da depressão uma identidade de vítima – a qual apresenta um estatuto simbolicamente positivo na sociedade contemporânea –, os indivíduos que se classificam como depressivos tendem a reafirmar esse modo de ser, em vez de superá-lo. E, mais do que reafirmá-lo, essas pessoas o reivindicam, pois é na classificação diagnóstica da depressão que encontram a legitimação e o sentido de seus estados interiores, afastando-os da moralidade e localizando-os no corpo. Consequentemente, é quase impossível questionar aquele que se classifica como depressivo sem ser acusado de preconceito: como apenas o próprio doente pode falar sobre sua doença, resta aos outros reafirmar o sofrimento ou ser classificado como preconceituoso, incapaz de sentir compaixão pelo sofredor. Essa é uma característica comum aos movimentos de minorias na contemporaneidade, cuja condição de constituição é a existência de preconceito diante de uma identidade socialmente desvalorizada, a qual, justamente por isso, deve ser valorizada por aqueles que a partilham. Assim, pode-se dizer que os indivíduos que se classificam como depressivos demonstram uma certa idealização e romantização a respeito do transtorno, que aparece em seus discursos, por vezes, em referência à autenticidade, pois teria possibilitado que essas pessoas se tornassem, por exemplo, mais sensíveis e maduras e sobressaíssem como verdadeiras heroínas em uma história de superação. Mais uma vez, portanto, é reforçado o fechamento do futuro: se o depressivo não pode ser questionado e a depressão aparece como uma maneira de torná-lo autêntico, não existe possibilidade de (auto)crítica e reflexão.

Em segundo lugar, o destaque conferido à dimensão privada dos sentimentos dos indivíduos faz com que a depressão se encaixe em uma grande quantidade de trajetórias pessoais, ressignificando-as sob a nomenclatura de uma etiqueta psicológica, em um cenário no qual os termos mentais relativos à saúde mental apresentam uma elasticidade quase inifinita. A depressão, assim, não é definida de maneira exata, podendo ser utilizada para dar sentido a uma gama de diferentes estados emocionais e experiências marcados

pelo sofrimento, como, por exemplo, decepções amorosas, dificuldade em fazer amizades e a separação dos pais. Dessa maneira, as fronteiras entre tristeza cotidiana e patológica, já confusas por conta da ausência de uma definição precisa para a depressão no DSM, tornam-se ainda mais nebulosas.

A confusa distinção entre tristeza e depressão é agravada pelo imperativo da felicidade, segundo o qual os momentos de mal estar emocional dos indivíduos podem ser facilmente interpretados como patológicos, tendo em vista a necessidade de estarmos constantemente felizes para nos adequarmos às demandas de eficácia e eficiência da contemporaneidade. Nesse contexto, o mínimo abalo no estado de nossas emoções já é considerado problemático e potencialmente patológico.

Em terceiro lugar, se, por um lado, a valorização da dimensão da primeira pessoa possibilita a democratização da saúde mental por dar voz aos indivíduos considerados comuns, quebrando a hierarquia entre médico e paciente, entre ciência e experiência, por outro, tende a multiplicar a inflação diagnóstica ao facilitar o autodiagnóstico. Dessa maneira, as pessoas recorrem não aos especialistas para serem diagnosticadas, mas sim à sua própria interioridade e a outros sujeitos que se classificam como depressivos para, a partir da comparação entre as suas emoções, autodiagnosticarem-se. O diagnóstico do médico não tem nenhum peso, sendo secundário, e buscado apenas para confirmar a crença do indivíduo de que tem depressão. Como, a partir da internet, os indivíduos têm fácil acesso a conteúdos a respeito da depressão, é comum chegarem ao médico já com um diagnóstico fechado, ou seja, ainda que seja diagnosticado posteriormente pelo especialista, podemos dizer que o autodiagnóstico tem o potencial de influenciar a etiqueta psicológica conferida pelo médico ao paciente.

Ao recorrer a outros indivíduos que se classificam como depressivos para estabelecer um diagnóstico, os sujeitos podem facilmente reinterpretar o seu passado na tentativa de encontrar o motivo de seu adoecimento, sobretudo em um contexto em que a tendência é localizar em um evento externo ou outro indivíduo a causa do sofrimento. Assim, acontecimentos diversos, que antes não haviam sido problematizados, a partir do momento em que o indivíduo começa a se pensar como depressivo, adquirem um outro peso: são patologizados.

Levando em consideração que o modo de encarar o sofrimento na contemporaneidade passa pela medicalização da existência, o autodiagnóstico aparece

como aliado da indústria farmacêutica, que, para vender seus produtos necessita, primeiramente, vender as doenças de que tratam. Nesse sentido, ratifica-se que os indivíduos que se classificam como depressivos são particularmente suscetíveis à inflação diagnóstica, pois simplesmente se identificam com o diagnóstico, reivindicando que reconheçam e legitimem sua doença e clamando por tratamentos, e não questionando nem criticando a indústria farmacêutica, o sistema de diagnósticos, a patologização da tristeza e etc.

Quando aliamos a possibilidade de qualquer coisa ser interpretada como depressão ao incentivo constante de que os indivíduos se reconheçam como vulneráveis e aceitem que são doentes, o quadro de inflação diagnóstica torna-se ainda mais inquietante. Como percebemos nos testemunhos, é recorrente os indivíduos ressaltarem a necessidade de falar sobre a depressão, de aceitar a depressão, pois só assim podem buscar ajuda e tratamento, isto é, só assim podem ter esperança de, senão serem curados, ao menos aliviar seus sintomas. Nesse sentido, há um incentivo para que os sujeitos se inquietem a respeito de suas próprias emoções, admitam que são vulneráveis, aceitem a possibilidade de serem depressivos, afinal se a chave do bem-estar aparece sob a forma de um diagnóstico, a partir do qual posso fazer um tratamento que promete diminuir o sofrimento, e até pessoas que se dizem animadas, bem dispostas e felizes têm depressão, por que eu também não seria vítima dessa doença?

A medicalização da existência é perceptível nos testemunhos quando a maior parte dos indivíduos que protagonizam os relatos indica passar ou ter passado por um tratamento com psicofármacos. Como estratégia para embasar a perspectiva de que a depressão é uma doença como qualquer outra e, portanto, suscetível a medicamentos, os sujeitos utilizam a construção de analogias entre o transtorno depressivo e doenças orgânicas tradicionais, como o câncer e a diabetes, além de comparar a depressão com lesões físicas. Tal aspecto dos testemunhos intensifica a inquietação a respeito da possibilidade de autodiagnóstico, pois o tratamento medicamentoso aparece como principal alternativa de acompanhamento da depressão, e esses remédios têm efeitos colaterais que podem prejudicar o cotidiano dos indivíduos, além de representarem um gasto potencialmente desnecessário, se levarmos em consideração que muitos desses autodiagnósticos se referem a falsos positivos e as pesquisas que demonstram não ser o antidepressivo mais eficaz que o placebo.

A partir desses pontos, podemos nos questionar se dar sentido ao sofrimento por intermédio da classificação diagnóstica da depressão não estaria intensificando e prolongando os sofrimentos dos indivíduos que se classificam como depressivos. Ao fixarem-se sobre uma “identidade depressiva”, esses sujeitos fecham-se para as possibilidades de interpretar e encarar suas angústias de outra maneira, pois acomodam-se em um modo de ser sobre o qual, supostamente, não têm nenhum domínio. Com a fixação de uma identidade, há, portanto, o fechamento do futuro. Se por um lado o modo de ser depressivo é cômodo por oferecer explicações prontas para a dor de existir e tirar a responsabilidade do sujeito pelo seu próprio destino, por outro, revela-se limitador por ser calcado em um desequilíbrio neuroquímico crônico, ou seja, não há possibilidade de mudança, mas apenas de administração da doença, nem de reflexão e autocrítica sobre a maneira de levar a própria vida.

Diante da perspectiva de uma doença que não tem fim, ou seja, da condenação a um sofrimento eterno, da manutenção de uma identidade de vítima permanente, não sofreríamos ainda mais? Ou melhor: antes mesmo de recebermos um diagnóstico ou nos autodiagnosticarmos, a inquietação constante a respeito de nosso estado emocional e da insuficiência de nosso bem-estar já não seria, por si só, ocasião de angústia? Em suma, será que o modo contemporâneo de pensar o sofrimento não estaria, justamente, produzindo-o? Essas são perguntas muito amplas e que não tenho a pretensão de responder, pois talvez não haja resposta. Espero, no entanto, que esta dissertação tenha colaborado para a reflexão a respeito desse assunto tão urgente na sociedade contemporânea, a depressão e a produção de subjetividade via testemunho, e que inspire outros trabalhos sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**. Arlington: APA, 2013.
- ARFUCH, L. **O espaço biográfico**: dilemas da subjetividade contemporânea. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. E-book. n.p.
- BORCH-JACOBSEN, M. **La fabrique des folies** – De la psychanalyse au psychopharmarking. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 2013.
- DAVIDSON, A. **The Emergence of Sexuality**: Historical Epistemology and the Formation of Concepts. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press, 2001.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2008.
- DUNKER, C. **Reinvenção da intimidade**: políticas do sofrimento cotidiano. São Paulo: Ubu Editora, 2017.
- 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, 2004, p. 133-156.
- _____. **La société du malaise**. Paris. Odile Jacob, 2010.
- ELLIOTT, C. **Better than well**. Nova York: W. W. Norton & Company, 2003.
- FERREIRA, Carolina M.B. Nova edição de manual aumenta número de transtornos mentais. **Ciência e Cultura**, vol. 65, no. 4, São Paulo, 2013. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2019.
- FISCHER, R. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, nov./2001.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade 1** – A vontade de saber. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

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

FRANCES, A. **Saving normal**: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. New York: Harper Collins, 2013. E-book.

FUREDI, F. **Therapy Culture** – Cultivating vulnerability in an uncertain age. Abingdon: Routledge, 2004. E-book. n.p.

FURTADO, M; SZAPIRO, A. M. Escrita de si e interioridade: deslocamentos na relação com o sofrimento na contemporaneidade. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 30, no. 1, p. 15-36, 2018.

GREENBERG, G. **Manufacturing depression**: the secret history of a modern disease. New York, London, Toronto, Sydney: Simon & Schuster, 2010. E-book.

HACKING, I. Lost in the forest. **London Review of Books**, vol. 35, no. 15, p. 7-8, London, 2013.

_____. **Ontologia histórica**. São Paulo: Editora Unisinos, 2009.

_____. The looping effects of human kinds. In: SPERBER, D.; PREMACK, D; PREMACK, A. (orgs.). **Symposia of the Fyssen Foundation. Causal cognition: A multidisciplinary debate**. New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press, 1995.

HARTOG, F. **Regimes of historicity** – Presentism and experiences of time. New York: Columbia University Press, 2015.

HERBERT, C; BRUNET, A. Psychiatrie et Facebook : illustration de l'utilisation des sites sociaux au lendemain d'un trauma. **L'information psychiatrique**, vol. 86, p. 745-752.

HEIDEGGER, M. **A época das imagens de mundo**. 1938. Tradução de Cláudia Drucker. Disponível em < <http://ghiraldelli.pro.br/wp-content/uploads/Heidegger-A-%C3%89poca-das-Imagens-de-Mundo.pdf> >. Acesso em 14 ago. 2018.

HORWITZ, A.; WAKEFIELD, J. **The loss of sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder**. Nova York: Oxford University Press, 2007.

ILLOUZ, E. **Oprah Winfrey and the glamour of misery: An essay on popular culture**. Nova York: Columbia University Press, 2003.

PERES, U. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

PIGNARRE, P. Os medicamentos curam ou fabricam a depressão? In: MEYER, C.; BORCH-JACOBSEN, M.; COTTRAUX, J.; PLEUX, D.; VAN RILLAER, J. (orgs.). **O Livro Negro da Psicanálise: Viver e Pensar Melhor Sem Freud**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2011.

PINHEIRO, B. **Depressão, testemunho e internet: a subjetividade adolescente perpassada pela doença mental**. 2016. 94 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Comunicação Social – Produção Editorial – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Orientador. Paulo Roberto Gibaldi Vaz.

_____. **Entrelaçamentos entre depressão, narrativas de si e cultura terapêutica no TED Talks**. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Joinville - SC – 2 a 8/09/2018.

POMBO, M. **A depressão na contemporaneidade: mídia e produção de subjetividade**. 2011. 161 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz.

RABINOW, P. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: BIEHL, J.G. (org.). **Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

RADSTONE, S. Cultures of Confession/Cultures of Testimony: Turning the Subject Inside Out. In: Jo Gill (orgs.). **Modern Confessional Writing – New Critical Essays**. Abingdon: Routledge, 2006.

RIEFF, P. **O triunfo da terapêutica**. Brasiliense, São Paulo, 1990.

ROSE, N. Becoming neurochemical selves. In: STEHR, N. (org.). **Biotechnology, Commerce and Civil Society**. Somerset: Transaction Publishers, 2004.

_____. Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. **BioSocieties**, no. 1, p. 465-484, 2006.

SACRAMENTO, I. A era da testemunha: uma história do presente. **Revista Brasileira de História da Mídia**, v. 7., no. 1, jan./jun. 2018.

SAINT-CLAIR, E. **A depressão como atualidade midiática no Brasil contemporâneo: fazendo o arquivo falar (1970-2010)**. 2012. 254 f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Orientador: Ieda Tucherman.

SANTOS, A. **Discurso, moralidade e experiência amorosa: narrativas sobre relacionamentos abusivos e a produção da subjetividade contemporânea**. 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Orientador: Paulo Roberto Gibaldi Vaz.

SCHULZ, K. **Did Antidepressants Depress Japan?** Disponível em <<https://www.nytimes.com/2004/08/22/magazine/did-antidepressants-depress-japan.html>>. Acesso em 14 ago. 2018.

SIBILIA, P. **O show do eu: a intimidade como espetáculo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

STAROBINSKI, J. **A tinta da melancolia: Uma história cultural da tristeza**. São Paulo, Companhia das Letras, 2016. E-book. n.p.

TAYLOR, C. **A secular age**. Cambridge, Massachussets, London: Harvard University Press, 2007.

TEIXEIRA, C; VAZ, P. **Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer**. Anais do XXVII Encontro Anual da Compós, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 05 a 08 de junho de 2018.

VAZ, P. Risco e futuro. In: BIRMAN, J.; FORTES, I. (orgs.). **Guerra, Catástrofe e Risco: Uma Leitura Interdisciplinar do Trauma**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2018.

_____. A vida feliz das vítimas. In: FREIRE FILHO, J. (org.) **Ser feliz hoje**: Reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. E-book. n.p.

_____. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora** (PPGTP/UFRJ), v. 18, p. 51-68, 2015.

_____. **O inconsciente artificial**. São Paulo: Unimarco Editora, 1997.

VAZ, P.; SANTOS, A. **Trauma, identidade e testemunho: deslocamentos conceituais e a construção da subjetividade contemporânea**. Anais do XXVI Encontro Anual da Compós, Faculdade Cásper Líbero, São Paulo - SP, 06 a 09 de junho de 2017.

VAZ, P.; SANTOS, A.; ANDRADE, P. H. Testemunho e subjetividade contemporânea: narrativas de vítimas de estupro e a construção social da inocência. **Lumina** – Revista do Programa de Pós-graduação em Comunicação da UFMG, vol.8, no. 2, dez./2014.

WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.