

## DEPRESSÃO, DOENÇA DA AUTONOMIA?

Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol

Alain Ehrenberg

Sociólogo, diretor de pesquisa do CNRS, diretor do Cesames (Centro de Pesquisa de Psicotrópicos, Saúde Mental e Sociedade) / CNRS-Université Paris 5.

Michel Botbol

Psiquiatra de hospitais, diretor médico da Clínica Dupré.

Tradução: Regina Herzog

**MICHEL BOTBOL** – Há cinco anos o senhor publicou *La fatigue d'être soi* (1998),<sup>1</sup> um livro sobre a depressão, no qual se observa que esta questão foi abordada de modo muito original do ponto de vista sociológico. Pareceu-me que, para o senhor, a depressão era um pretexto, que ela lhe interessava sobretudo como objeto antropológico, um marcador social.

**ALAIN EHRENBURG** – Em meus trabalhos, defendo uma concepção antropológica da sociologia, que consiste, seguindo a lição de Marcel Mauss, em tentar apreender “o homem total”. Isto implica trabalhar sobre domínios particulares, como a patologia mental, não apenas para fazer uma sociologia especializada, mas também uma sociologia geral — neste caso, compreender certas mudanças na individualidade contemporânea. Com relação à depressão, esta postura me conduziu a colocar dois objetivos interligados, tal como indico na introdução do livro: explicar não só o sucesso médico, mas também o sucesso social da depressão. Sucesso médico porque podemos dizer que a depressão se tornou o epicentro da psiquiatria por volta de 1970-75, quando os epidemiologistas a consideraram como a patologia mental mais disseminada no mundo. Além disso, ela é tida, na mídia, como ‘uma doença da moda’ ou ‘o mal do século’. Ela acabou por designar a maior parte dos males psicológicos ou comportamentais com que cada ser humano pode se deparar ao longo de sua vida. Nesta dimensão é um sucesso sociológico. E eu quis examinar este duplo sucesso colocando duas questões: a) em que sentido a depressão se tornou a doença mais disseminada no mundo?; b) em que a depressão é reveladora das transformações na individualidade contemporânea?

<sup>1</sup> Principais obras de Alain Ehrenberg: *Le culte de la performance* (Calmann-Lévy, 1991; col. Pluriel, 1995); *L'individu incertain* (Calmann-Lévy, 1995; col. Pluriel, 1996); *La fatigue d'être soi: Dépression et société* (Odile Jacob, 1998; Odile Jacob Poche, 2000).

O senhor diz que fiz isso tomando como 'pretexto a depressão'. Na verdade é ao mesmo tempo um falso pretexto, pois levei a depressão a sério. Quero dizer, constituí um *corpus* bastante complexo de diversos artigos de revistas e obras psiquiátricas que fui acompanhando por um longo tempo; também investiguei revistas médicas como a *Revue du Praticien*, para compreender como os psiquiatras se reportavam aos clínicos gerais para explicar o que era a depressão, como era diagnosticada e que estratégias terapêuticas era preciso ter em relação a ela. O terceiro nível foi um *corpus* de revistas, sobretudo femininas, para entender como a depressão era explicada ao grande público. Nos anos 1960, por exemplo, os jornalistas insistem sobre o fato de que a depressão não é loucura ou preguiça. E os dois objetivos são: fazer com que os leitores reconheçam os sintomas e fazer com que possam procurar um médico. O mal é curável, se pensa na época. Trata-se de trabalhar a depressão em seus aspectos técnicos, o que me levou a olhar pelo lado da psicanálise, da psicofarmacologia, da neurobiologia ou da epidemiologia. Minha finalidade era apresentar um panorama global através do exame da pluralidade de suas facetas. Centrei meu trabalho sobre a história do raciocínio psiquiátrico, sobre os problemas com os quais os psiquiatras se defrontam no diagnóstico e o atendimento terapêutico da depressão, sobre como eles os resolvem e... sobre os problemas que as próprias soluções colocam. Tentei cruzar estes aspectos com a história dos modos de vida, inserindo a depressão no contexto das transformações das normas sociais.

Meu campo de investigação era sobretudo a França. Todavia, foi preciso, sem dúvida, fazer um gigantesco desvio, visto que, como todos sabem, a partir dos anos 1970 ocorre nos Estados Unidos uma mudança fundamental da clínica psiquiátrica: o DSM III.<sup>2</sup> Assim, este viés também teve de ser levado em conta.

**MICHEL BOTBOL** – *A propósito do DSM e da transformação radical que representou para o raciocínio psiquiátrico, não se pode considerar que as razões de sua emergência neste momento são as mesmas que se encontram na origem do 'sucesso' da depressão?*

**ALAIN EHRENBURG** – Com frequência, colocaram-se em evidência razões ideológicas na origem do DSM III. Deixavam-se de lado as razões práticas que levaram a modificar a nomenclatura das patologias mentais, que passou da antiga clínica, em termos de organização psicótica e neurótica, para uma clínica sindrômica. Estudei este movimento no caso da depressão e, *grosso modo*, considero que a depressão contemporânea começa com a invenção do eletrochoque e não com a descoberta dos antidepressivos. Por quê? Porque a partir desta

---

<sup>2</sup> DSM é o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais elaborado pela American Psychiatric Association, em 1952. Este manual sofreu revisões em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III) e 1994 (DSM-IV).

técnica, nos anos 1940, tem lugar um cenário de controvérsias idêntico ao que se verificou no início dos antidepressivos em 1957-58. Ao observar que a sismoterapia<sup>3</sup> não funciona com os esquizofrênicos, mas é bastante eficaz na melancolia, os psiquiatras logo se perguntam se a técnica poderia ser aplicada nas manifestações depressivas menos graves. As discussões se estruturam entre três conceitos de depressão: endógena, neurótica e exógena — esta última sendo, muitas vezes, identificada como neurótica. Há um consenso sobre a eficácia do eletrochoque e dos antidepressivos no primeiro tipo e um desacordo nos dois outros.

De fato, o que é impressionante com relação à depressão é que os psiquiatras permanecem dizendo, tanto em 1950 como em 1990, que não se pode defini-la. Há uma tal floração de sintomas, de formas, etc. É por isto que cito esta frase bem conhecida de Lacan, “a angústia não engana”, para mostrar que a depressão é justamente o inverso: a doença enganadora por excelência. O conceito de ‘depressão disfarçada’ é a finalização desta dificuldade.

Existe, então, não apenas problemas de diagnóstico, mas também problemas para se distinguir entre os diferentes tipos de depressão, tipos que devem determinar a escolha dos tratamentos.

Ora, diferenciar uma depressão endógena de uma depressão neurótica não é uma coisa fácil, sobretudo para o olhar pouco experimentado do clínico geral, pois é justamente a ele que chegam aqueles que, antes, a psiquiatria designava como os ‘pequenos mentais’ (*petits mentaux*). Somavam-se a isto os riscos mais importantes que se corriam com os antidepressivos da época, comparados com os de hoje em dia. Daí, resultava uma superprescrição dos ansiolíticos associada a uma subprescrição de antidepressivos.

O DSM III, este gigantesco empreendimento, também foi um meio prático de superar a dificuldade colocada por esta tripartição entre endógeno, exógeno e psicogênico. Certamente, há toda uma variedade de questões em jogo, mas era preciso colocar em evidência os aspectos práticos, absolutamente essenciais, e que não tinham sido considerados de modo devido.

**MICHEL BOTBOL** – *Então, o DSM lhe parece sobretudo um instrumento de estandarização dos diagnósticos e não um outro efeito desta evolução antropológica que provocou o sucesso da depressão.*

**ALAIN EHRENBURG** – Sim, o DSM III traduz, antes, como se sabe, a bascula da psiquiatria em direção a uma “*evidence based medicine*” (medicina baseada na evidência). Com o DSM III, a depressão passou do estatuto de sintoma ou síndrome

<sup>3</sup> Sismoterapia é a técnica terapêutica que se vale do efeito do choque dos acessos convulsivos provocados artificialmente (pelo cardiazol, eletrochoque, etc.). (N. da T.)

nas neuroses e psicoses para o estatuto de entidade clínica autônoma sobre a qual se deve agir de forma direta — principalmente porque se têm os meios para agir. A síndrome se tornou uma entidade clínica.

Vê-se bem, por exemplo, que a psiquiatria sempre considerou os benzodiazapínicos como medicamentos sintomáticos e não como ‘verdadeiros medicamentos’ curativos. Não é absolutamente o caso dos antidepressivos. Além disso, é bastante fascinante a diversidade de sintomas sobre os quais os antidepressivos atuam. A ponto dos farmacologistas contestarem sua designação de “antidepressivo”, sublinhando o fato de que sua ação ultrapassa em muito os sintomas da depressão.

**MICHEL BOTBOL** – Sem dúvida o senhor sabe que se constata neste momento que os antidepressivos serotoninérgicos buscam e obtêm extensões de AMM<sup>4</sup> para as perturbações ansiosas generalizadas.

**ALAIN EHRENBURG** – Isto é algo incrível e também faz parte do domínio de extensão da depressão. No início — temos, se permanecemos em termos sindrômicos — as perturbações de ansiedade, de um lado e, de outro, as perturbações depressivas. E também o constante problema das relações entre ansiedade e depressão.

E temos, depois, os trabalhos dos anos 1960 feitos por Don Klein nos Estados Unidos, um dos importantes promotores do DSM-III e um dos mais vivos opositores da psicanálise — ele era favorável a que se retirasse a noção de neurose do DSM III, inclusive como categoria descritiva. Klein mostra, utilizando a imipramina, a grande eficácia dos antidepressivos nas perturbações ansiosas que se apresentam como crises de angústia. E isso em uma época bem anterior aos serotoninérgicos. A partir daí, a neurose de angústia, de Freud, foi desmembrada em duas síndromes: os ataques de pânico e as perturbações ansiosas generalizadas. Um pouco mais tarde, no início dos anos 1980, cada vez mais aparecem artigos considerando que a perturbação ansiosa generalizada é mais bem tratada pelos antidepressivos do que pelos ansiolíticos. Isto significa que, pelo viés da farmacologia, o continente da ansiedade resvala no da depressão. O mesmo ocorre com a antiga neurose obsessiva, que passa a ser definida como TOC (transtorno obsessivo-compulsivo). Daí decorre a popularidade atual da palavra ‘ansio-depressivo’, que não está registrada em nenhuma nomenclatura e no entanto é muito empregada. Com este nome se reagrupa um número enorme de pequenos problemas, que podem até ser bastante dolorosos. Não estou falando de patologias graves, mas do mal-estar de qualquer um. Um dos elementos de extensão do paradigma da depressão é, então, o resvalar da ansiedade na

---

<sup>4</sup> AMM é a autorização para que um medicamento seja colocado à venda no mercado (em francês: *l'autorisation de mise sur le marché*).

depressão, pela via dos antidepressivos. É uma das múltiplas vias de alargamento da etiqueta 'depressão'. Desde pelo menos os anos 1970, o termo 'depressão' é igualmente utilizado para não estigmatizar os pacientes psicóticos, parecendo mais aceitável o diagnóstico de depressão.

Do ponto de vista sociológico, esta evolução se associa a uma transformação marcada, uma transformação de grande amplitude da normatividade social: a passagem de uma sociedade que se refere à disciplina (interdição, obediência, autoridade, etc.) para uma sociedade que se encontra sob o primado da autonomia. A autonomia, isto é, a decisão e ação pessoais. Considero que a palavra 'disciplina', por um lado, e 'autonomia', por outro, são as palavras-chave desta evolução social.

É esta mudança na hierarquia dos valores e das normas que constitui o centro de meu trabalho de pesquisa, quer se trate do esporte, da droga, da televisão ou da depressão. De certo modo, exploro meus mundos da autonomia (e do 'mal-estar') como Foucault explorava os mundos da disciplina (e da loucura). Não que a disciplina tenha desaparecido, mas antes ela se encontra embutida na autonomia que, hoje em dia, lhe é superior em valor. *La fatigue d'être soi* é um estudo de caso no qual procurei mostrar que na passagem da neurose para a depressão, se passa de uma patologia do conflito — que coloca em cena o desejo —, para uma patologia da insuficiência — que coloca em jogo a questão da ação.

Com a depressão, se reencontra finalmente a concepção de Janet da neurose que marginaliza a concepção freudiana. Sua oposição me serviu de grade de leitura da história da depressão contemporânea.

É preciso lembrar que tudo depende do tipo de leitura que se faça da síndrome depressiva. Pode-se, como o fazem os psicanalistas, considerar a depressão como o sintoma de um estado neurótico absolutamente clássico. Mas também é possível indagar se, em psicanálise, as patologias narcísicas e os estados-limites não desempenham, em relação à neurose, o mesmo papel que a noção de depressão desempenha para a psiquiatria. Fala-se de falha do eu, de carências narcísicas, etc. Será que, afinal, a própria psicanálise não estaria em vias de se transformar em defectologia?<sup>5</sup> Esta é, por exemplo, a opinião do psicanalista Raymond Cahn.

**MICHEL BOTBOL** – *Um conflito narcísico ou de competência, de capacidade, vem substituir um conflito de autoridade, de disciplina, de interdito.*

**ALAIN EHRENBURG** – Eu diria que a neurose no sentido de Freud foi, se olharmos as coisas do ponto de vista da sociologia, um modo de nomear a di-

<sup>5</sup> Defectologia é o ramo da medicina concernente a doenças consideradas irrecuperáveis para uma vida cujo ideal seja a autonomia e a realização de si. (N. da T.)

menção mental dos problemas gerados pelo tipo de regras sociais da época. Da mesma forma, a depressão, sociologicamente falando, é um modo de nomear certo número de problemas gerados pela regra da autonomia que prevalece hoje, regra que está instituída no sentido de que ela está em todos os espíritos e que nós justificamos nossas ações por meio de palavras emprestadas da linguagem da autonomia.

**MICHEL BOTBOL** – *O que é fascinante em tudo isso é a convergência de dois eixos independentes: o da farmacologia e o da representação social da individualidade, na determinação da depressão como paradigma...*

**ALAIN EHRENBORG** – Não me parece que seja uma determinação. Não há determinismo técnico. Não acho que sejam os medicamentos em si que geram estas representações e determinam a delimitação do campo. A farmacologia e a própria molécula ocupam um lugar absolutamente decisivo, mas não é um lugar de causa. Penso que a associação entre um tipo de medicamento de espectro de ação bem abrangente e um certo número de problemas de diagnóstico conduziram ao abandono do antigo modelo da depressão, mesmo se, na prática, este modelo continue sendo utilizado por muitos clínicos. Logo, não se deve pensar que a descoberta da molécula é a causa principal de todas estas mudanças. O antidepressivo não se tornou, tal como queria Kuhn — o inventor da imipramina —, um medicamento específico da depressão endógena, mas antes, como acreditava Kline — o inventor do primeiro IMAO (grupo de antidepressivos cuja sigla significa inibidores da monoaminoxidase) —, um energizante psíquico, segundo sua própria expressão (*psychic energizer*).

**MICHEL BOTBOL** – *Será que se poderia dizer melhor, afirmando que há uma dialética entre estes dois modelos de psicopatologia? Seria possível indicar uma evolução no sentido desta dialética? No momento do aparecimento dos primeiros serotoninérgicos nos Estados Unidos, a publicidade era muito antipsicoterápica: via-se um barbudo freudiano, um divã vazio, e a legenda: “Os nossos pacientes nós os preferimos de pé.” Ninguém hoje faria uma publicidade desse tipo.*

**ALAIN EHRENBORG** – Sim, eu próprio vi há alguns anos uma publicidade de um laboratório também com um foto de Freud, que deixava subentendido: “Nós não somos mais que vendedores de medicamentos.” O problema é que, ao menos implicitamente, estas posições referem-se às terapias cognitivo-comportamentais que partilham com a concepção farmacológica a mesma visão do paciente e da patologia. Ou seja, considera-se o problema em termos de mecanismos mentais ou mecanismos neuronais, sem um interesse verdadeiro pelo tecido subjetivo que singulariza a especificidade da pessoa, a natureza do animal humano que vive em sociedade. Mas é preciso, de modo sistemático, se interessar de perto por este tecido? Em nome de quê?

**MICHEL BOTBOL** – O senhor acha que, apesar desta confusão teórica, a referência à psicoterapia marca o retorno de uma tensão corpo-espírito que estava a ponto de ser esquecida pela psiquiatria dominante?

**ALAIN EHRENBORG** – É preciso analisar isso mais de perto. Na atualidade, me interesse por dois temas: o primeiro diz respeito às novas relações que começam a se estabelecer entre neurologia e psiquiatria pela via da técnica da imagem cerebral e da neurobiologia molecular. O lugar cada vez mais proeminente destas abordagens é uma tendência muito forte na literatura universitária, a que conta para fixar as normas, com o objetivo de dar um fim à divisão entre neurologia e psiquiatria, ao *great divide*, como se costuma dizer nas revistas americanas. Para ser breve, o personagem principal desta divisão é Freud, quando distingue, em 1891, a afasia neurológica da afasia histérica, esta última sendo algo que se passa no corpo, mas que não provém do corpo, ao contrário da primeira. As neurociências muitas vezes tiveram a pretensão de poder acabar com esta divisão, o que desemboca em uma visão neurológica da patologia mental. Todo problema mental teria, de um modo ou de outro, uma tradução cerebral. Para mim, a psicanálise freudiana é a única abordagem inteiramente individualizada, no sentido de que não há qualquer transcendência do sintoma em relação ao sujeito e para a qual tudo se passa na linguagem, pois o que Freud descobriu foi o poder mágico das palavras, conforme nos lembrou muito bem o historiador John Forrester. No entanto, é freqüente se compreender mal o que a psicanálise diz e faz — os psicanalistas têm sua parte de responsabilidade nisto. Do lado da própria psicologia cognitiva, verifica-se este mesmo movimento em direção ao cérebro; a psicologia reencontra enfim — como nos explicam os autores de *Cerveau et psychologie* (Cérebro e psicologia) destinado aos estudantes de psicologia — seu interlocutor de referência.

Isto coloca muitos problemas, pois em tudo que se publica em revistas como a *Archives of General Psychiatry* ou *The American Journal of Psychiatry*, graças aos novos instrumentos da biologia molecular e da técnica da imagem cerebral, pretende-se estabelecer uma ponte entre o espírito e o cérebro. O problema é que se não for um problema de ponte, ela jamais será construída.

Dizem também que o cérebro é o objeto mais complexo do universo. Mas a noção de complexidade talvez não seja adequada: será que não se acaba eliminando a natureza específica dos fenômenos do espírito colocando-o sob a palavra aglutinante: “complexidade”?

Verifica-se um grande investimento da metodologia e dos instrumentais mas nenhuma reflexão conceitual em psiquiatria.

Além disso, este ponto de vista supõe um raciocínio dualista sobre o qual se pode apontar, conceitualmente, os impasses. Ora, mesmo na biologia não se é obrigado a pensar que o espírito está no cérebro. Por exemplo, os neurobiólogos

do desenvolvimento (tal como Alain Prochiantz) pensam que o espírito é um fenômeno resultante da adaptação do organismo ao meio. Claro que o cérebro desempenha um papel muito importante nesta adaptação, mas esta importância não impõe que o espírito possa reduzir-se ao cérebro para um *neurobiólogo*. O problema das neurociências utilizadas em clínica psiquiátrica é que elas se fundam sobre esta teoria redutora, ou seja, a idéia de que a causa dos fenômenos psíquicos está no cérebro. Encontra-se aí o velho sujeito transcendental, porém materializado. É a alma de Descartes, mas uma alma material. Paradoxalmente, se está tanto na teologia quanto na ciência.

É claro que temos um corpo, logo, necessariamente, tudo o que sentimos implica em mecanismos cerebrais. Além disso, sob o ponto de vista do método, a biologia deve, para fazer seu trabalho, reduzir o homem a seu corpo. O passo excessivo é quando se faz do cérebro o ator das operações mentais, o motor da pessoa.

Isto elimina a natureza social da individualidade e, por conseqüência, os conflitos morais que se encontram na fonte inconsciente de numerosas neuroses. É aí, me parece, que a psicanálise tem, ainda, algo a dizer.

**MICHEL BOTBOL** – Escutando-o, eu me dizia que se encontra aí a oposição que propõe em seu livro entre o modelo freudiano do conflito e o modelo de Janet da insuficiência. De certo modo a idéia de que o déficit é a conseqüência de uma disfunção neurológica acompanha a idéia de um cérebro ator do espírito.

**ALAIN EHRENBURG** – De fato. Penso que o cérebro, hoje, não é mais simplesmente um fato científico, é também um fato social. Verifica-se cada vez mais referências ao cérebro nas mídias, na imprensa. Na atualidade, tanto palavras da psicanálise quanto palavras que vêm da neurobiologia entraram na língua corrente. Por exemplo, penso no testemunho de William Styron em seu livro sobre seu episódio depressivo. É interessante de se ler, porque o autor adotou inteiramente a linguagem do DSM para contar o que lhe acontece. O mesmo com relação a um romance que fez muito sucesso nos Estados Unidos, um romance formidável: *Les corrections*, de Franzen. Neste livro, dos cinco personagens, um se mostra preocupadíssimo com a depressão. Ele se encontra tendencialmente na ‘depressão subclínica’, como ele próprio diz. Teme cair na depressão ‘clínica’, porque sua mulher e seus filhos poderão tomá-lo como um doente e, então, sua palavra não terá qualquer validade para eles. Dito de outra forma, a descrição de suas relações de casal e de família passa pela referência à depressão — suas transmissões neuroquímicas o preocupam enormemente. Observa-se, com isso, até que ponto se adota, aqui, uma nova linguagem que faz referência à biologia. Claro que o mesmo ocorre com a psicanálise.

Pensemos no ‘trabalho de luto’, por exemplo. Há uma tentação naturalista-biológica de um lado, e uma tentação psicológica, por outro, que pode ser

também psicanalítica, mas são duas faces de um mesmo modo de ver as coisas. Hoje, mais e mais problemas são definidos em termos de sofrimento psíquico e suas soluções são propostas em termos de saúde mental — segundo tema sobre o qual trabalho. A referência ao par sofrimento psíquico/saúde mental se difunde no contexto de uma medicina do bem-estar, da qualidade de vida. É um movimento que está para além da psiquiatria.

Eu diria que, no fundo, nossa sociedade adotou uma nova linguagem, que é a linguagem da vulnerabilidade individual. Isto não significa que as pessoas são mais vulneráveis que antes ou que sofram mais que antes, contudo, é isto que ganha evidência quando se descrevem todos os tipos de situação. É certo que a saúde mental é um novo domínio da saúde, porém, de maneira mais profunda, penso que é um modo de nomear confusamente toda uma série de problemas que acompanham a sociedade da autonomia.

Na lei de modernização de janeiro de 2002, na qual se encontra a lei sobre o assédio moral, verifica-se, nos diversos trabalhos preparatórios, ser preciso acrescentar em tudo, no Código de trabalho ou em qualquer outro lugar, o adjetivo ‘mental’ toda vez que for questão do físico. Por exemplo, onde está colocado ‘saúde física’, é preciso acrescentar ‘e mental’, onde está apenas ‘saúde’, é preciso acrescentar ‘física e mental’. Acho que há uma função de totalização dos adjetivos ‘mentais’ e ‘psíquicos’, porque estes adjetivos são um modo de designar a pessoa como um todo. Ora, justamente, no mundo da autonomia se invoca a pessoa em sua totalidade.

O individualismo não tem nenhuma relação com as idéias de retração para o privado ou de perda de referenciais. O individualismo é, antes, um modo de ação. Ou seja, trata-se, hoje em dia, de socializar pessoas que possam decidir e agir por si mesmas, como uma totalidade. O ideal social ou a normatividade social de hoje é que, em qualquer tipo de instituição, é preciso evocá-la na sua totalidade.

Para mim, o par sofrimento psíquico-saúde mental é um modo de designar estas novas formas de socialização em referência à autonomia.

Mas a autonomia é uma norma. É necessário precisar isso porque aí, também, houve muito quiproquó sobre o que eu disse, inclusive em críticas que até podiam ser elogiosas. Eu nunca disse que as pessoas antes eram disciplinadas e agora autônomas, que eram culpadas e neuróticas e hoje insuficientes e deprimidas. O que me interessou foram estas transformações normativas, e não a realidade pessoal ou clínica de meus contemporâneos. Dizendo de outra forma, a autonomia é um elemento a partir do qual somos medidos, como o era antes a disciplina. Não se tem que tomar a autonomia por uma substância, uma realidade; é uma linguagem, e como tal, é alguma coisa normativa, que implica expectativas.

Em 1968 a autonomia aparecia como uma contestação do poder, do exercício da autoridade. Era um erro, na verdade se estava em vias de secretar uma nova linguagem, de mudar de mundo. Pense em *Surveiller et punir* (Vigiar e punir), de Foucault, este grande livro das disciplinas publicado em 1975, justo no momento em que este mundo estava explodindo. Era nossa gramática social que estava evoluindo.

Penso que se cruzam, aí, as duas faces que me interessam na questão da saúde mental: de um lado, a tendência à naturalização completa do espírito pela via das neurociências — é a tentação biológica; por outro, o discurso sobre o sofrimento psíquico que se tornou uma verdadeira ideologia — é a tentação psicológica.

**MICHEL BOTBOL** – *Mas de uma psicologia sem desejo, sem inconsciente ou com um inconsciente desprovido de intenção, bem distante do inconsciente freudiano.*

**ALAIN EHRENBURG** – Isso mesmo. Acho mesmo que quando se diz ‘inconsciente’ é necessário sempre precisar. Muitas vezes, as pessoas falam de inconsciente como se inconsciente fosse assimilável à psicanálise. Não. Na psicanálise, se trata de um inconsciente particular, o inconsciente sexual que coloca a questão do desejo. Para Freud, é a tensão do desejo que domina o eu. Ele inventa a idéia, descobre o fato de que se pode ficar doente de seu desejo.

Nas duas tendências que eu evocava, a naturalização e a ideologia do sofrimento, há a noção de psíquico que no fundo desaparece. De um lado é o social que penetra diretamente na pessoa (ou seu cérebro, se preferir), por outro, você tem um cérebro ou um espírito-cérebro.

Mas também temos dificuldade em marcar o que a psicanálise tem a dizer quando intervém com regularidade nas questões institucionais. Pensamos nos debates sobre o PACS,<sup>6</sup> em que os psicanalistas se dividiam entre ‘reacionários’ e ‘progressistas’. De um lado, se faz “do” simbólico uma realidade substancial com uma espécie de fetichização das regras sociais e, por outro lado, se está quase sempre em uma ideologia da escolha total (a diferença dos sexos não seria mais que uma vizinhança). O que se perdeu de vista é a questão da necessidade: uns não a vêem mais, outros a formulam como uma espécie de lei divina, como se as sociedades não pudessem evoluir, como se o parentesco não fosse uma noção suscetível de evoluir. Fala-se, então, de dessimbolização como se os conteúdos simbólicos não pudessem mudar. Parece-me que por trás de tudo isso há uma extrema dificuldade em pensar a natureza social do homem numa sociedade individualista.

<sup>6</sup> PACS é o pacto civil de solidariedade estabelecido entre duas pessoas que vão morar juntas sem se casar oficialmente (em francês: *Pacte Civile de Solidarité*).

Alain Ehrenberg  
Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société  
CNRS-INSERM-Université René Descartes Paris 5  
45 rue des Saints-Pères 75.270 Paris Cedex 06  
Tel. 00-33-1-4286-3877  
Fax 00-33-1-4286-3876  
<http://cesames.org>