

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

BEATRIZ FANTIN TRIGHETAS

**Perspectivas psicanalíticas da psicopatologização contemporânea:
o lugar social da psiquiatria e a busca do sujeito pelo diagnóstico**

SÃO PAULO

2024

BEATRIZ FANTIN TRIGHETAS

**Perspectivas psicanalíticas da psicopatologização contemporânea:
o lugar social da psiquiatria e a busca do sujeito pelo diagnóstico**

Trabalho de Conclusão como exigência parcial para a
graduação no Curso de Psicologia, sob orientação do Prof.
Ricardo Radin Bueno

SÃO PAULO

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, Valdir, e à minha mãe, Luciene, por possibilitarem meus estudos e me incentivarem sempre a seguir meus desejos. Agradeço pela presença, apoio e dedicação.

Agradeço à minha irmã, Larissa, por ser companhia e exemplo na vida.

Agradeço à meu orientador, Prof. Ricardo Radin, pela atenção, parceria e trocas ao longo da elaboração dessa pesquisa. Agradeço por todos os ensinamentos ao longo da graduação, por me introduzir à psicanálise e possibilitar meu aprofundamento por meio da monitoria.

Agradeço à Prof. Dra. Teresa Endo, por aceitar o convite de ser parecerista deste estudo e pelos ensinamentos e oportunidades na graduação e iniciação científica.

Agradeço às minhas amigas, Anna, Beatriz, Catarina, Fernanda, Isabela, Leticia, Lia, Lígia, Luana e Raquel, pelo caminho percorrido juntas nessa constituição do ser psicóloga. Agradeço pelas experiências universitárias e sustentos do “surto coletivo”.

Agradeço às minhas companheiras de vida, Carolina e Manuela, pelas vivências e apoio incondicional ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço ao Luiz, pelo amor, suporte e compreensão constante.

Agradeço às participantes das entrevistas, por compartilharem suas histórias e significações.

O hábito tem-lhe amortecido as quedas. Mas sentindo menos dor, perdeu a vantagem da dor como aviso e sintoma. Hoje em dia vive incomparavelmente mais sereno, porém em grande perigo de vida: pode estar a um passo de estar morrendo, a um passo de já ter morrido, e sem o benefício de seu próprio aviso prévio

(Clarice Lispector, A descoberta do Mundo)

RESUMO

TRIGHETAS, B.F. Perspectivas psicanalíticas da psicopatologização contemporânea: o lugar social da psiquiatria e a busca do sujeito pelo diagnóstico, 2024.

Esse estudo abordou a partir de perspectivas psicanalíticas o fenômeno da psicopatologização na sociedade contemporânea, aprofundando-se no lugar que a psiquiatria ocupa nessa sociedade e na participação ativa do sujeito em sua busca pelo diagnóstico psiquiátrico. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica e quatro entrevistas semi-dirigidas com participantes que possuem diagnósticos psiquiátricos e/ou autodiagnósticos, buscando-se entender a busca pelo diagnóstico e qual lugar este ocupa para o sujeito. O trabalho investigou como se estrutura a psicopatologia contemporânea, as noções de normalidade e patológico, além de uma contextualização histórica da psiquiatria até sua hegemonia contemporânea por meio dos manuais diagnósticos. Buscou então evidenciar alguns dos dados e fatores ligados a psicopatologização, medicalização e busca pelo diagnóstico, explicitando a contraposição da psicanálise frente a esse funcionamento por meio de suas concepções de diagnóstico e sintoma. Em seguida, aprofundou-se nas perspectivas psicanalíticas a respeito do contemporâneo, suas formas de desamparo e mal-estar, do lugar social da psiquiatria e a constituição e afetações do sujeito nesse cenário. As conclusões apontam para a psiquiatria como responsável pela nomeação e regulação do mal-estar contemporâneo, instaurando uma normatização de acordo com a concepção narcísica e performática do contemporâneo. Os sujeitos são responsabilizados individualmente por seu sofrimento, sendo que o diagnóstico se torna parte de sua identidade a partir de uma identificação tanto com a nomeação quanto com o grupo que também o recebe.

Palavras-chave: psicopatologização; psicanálise; diagnóstico; psiquiatria; contemporâneo

ABSTRACT

This study addressed, from psychoanalytic perspectives, the phenomenon of psychopathologization in contemporary society, delving into the role that psychiatry occupies in this society and the active participation of the subject in their pursuit of psychiatric diagnosis. To accomplish this, a literature review was conducted along with four semi-structured interviews with participants who have psychiatric diagnoses and/or self-diagnoses, seeking to understand the pursuit of diagnosis and the place it holds for the subject. The work investigates how contemporary psychopathology is structured, the notions of normality and pathology, as well as a historical contextualization of psychiatry until its contemporary hegemony through diagnostic manuals. It then seeks to elucidate psychopathologization, medicalization, and the pursuit of diagnosis, presenting some of the factors that may influence this diagnostic epidemic and the counterposition of psychoanalysis to this functioning. Following this, it delves into psychoanalytic perspectives regarding the contemporary, its forms of helplessness and discontent, the social place of psychiatry, and the constitution and affects of the subject in this scenario. The conclusions point to psychiatry as responsible for the naming and regulating the contemporary discontent, establishing a normalization in accordance with the narcissistic and performative conception of the contemporary. Subjects are individually held responsible for their suffering, with diagnosis becoming part of their identity through identification both with the naming and with the group that also receives it.

Keywords: psychopathologization; psychoanalysis; diagnosis; psychiatry; contemporary

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	7
II. METODOLOGIA	12
III. CAPÍTULO I - PSICOPATOLOGIA CONTEMPORANEA	15
3.1. Psicopatologia - normal x patológico	15
3.2. Contextualização histórica da psiquiatria	16
3.3. O início dos manuais diagnósticos e as reformas psiquiátricas	19
3.4. A psicopatologia contemporânea	21
IV. CAPÍTULO II - A EPIDEMIA DE DIAGNÓSTICOS	24
4.1. Psicopatologização e medicalização	24
4.2. A busca pelos diagnósticos e autodiagnósticos	29
4.3. Diagnóstico e sintoma na psicanálise - a oposição frente a esses fenômenos	32
V. CAPÍTULO III - PERSPECTIVAS PSICANALITICAS	36
5.1. O mundo contemporâneo e suas formas de desamparo	36
5.2. O lugar social da psiquiatria	40
5.3. A responsabilização do indivíduo pela gestão de seu sofrimento	43
5.4. A busca pelo diagnóstico - desresponsabilização, inclusão e validação	45
5.5. Produção de identidades e identificação do sujeito com o diagnóstico	49
VI. RESULTADOS - ENTREVISTAS E ANÁLISE DO DISCURSO	53
6.1. Significação do diagnóstico com sua história de vida	54
6.2. A busca pela nomeação e identificação	57
6.3. Divulgação das nomeações diagnósticas e a busca por conhecimento	59
6.4. Identificação com os outros	63
6.5. O estigma ainda presente	64
6.6. Culpabilização, validação e individualização	65
6.7. Volatilidade diagnóstica	68
6.8. A relação com os medicamentos	69
VII. CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	86

I. INTRODUÇÃO

Existem dois manuais que abordam a classificação dos transtornos mentais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). A importância do CID se coloca por ser utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e internacionalmente, inclusive nos sistemas de saúde brasileiros, abordando uma ampla gama de condições médicas. Embora o DSM seja mais utilizado nos Estados Unidos, possui grande influência sobre o CID, visa ser incorporado globalmente e trata apenas dos transtornos mentais, em uma abordagem mais detalhada sobre estes (Resende, Pontes e Calazans, 2015). Ainda, é utilizado em diversas pesquisas sobre o tema que visa-se estudar, envolvendo críticas e movimentos sociais contra sua lógica, e, por isso, será utilizado nesta pesquisa.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) criou o DSM com objetivo de ser “(...) uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos” (APA, 2014, p.41). A partir de sua terceira versão, publicada em 1980, os diagnósticos passaram a ser descritivos e empíricos, objetivando-se criar um sistema classificatório atóxico, objetivo e neutro para ultrapassar os debates de teorias que compõem a ciência da psicopatologia e “(...) facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos” (p.41). A importância desses manuais diagnósticos é colocada como:

Diagnósticos confiáveis são essenciais para orientar recomendações de tratamento, identificar taxas de prevalência para planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e documentar importantes informações sobre a saúde pública, como taxas de morbidade e mortalidade (APA, 2014, p.49)

Entretanto, observa-se um aumento alarmante de pessoas diagnosticadas e medicadas, cenário que autores colocam ser influenciado pelos manuais passarem a classificar como patológicos e passíveis de intervenção medicamentosa experiências cotidianas e intrínsecas à vida humana. Argumenta-se que se instaura um cenário de psicopatologização e medicalização, de modo a reduzir problemáticas sócio-políticas em questões individuais e biológicas, progressivamente fortalecendo o “(...) movimento já orientado pelos DSM de patologização e medicalização da vida dos sujeitos” (De Resende, Pontes e Calazans, 2015, p.536), Por medicalização entende-se processo no qual produzem-se doenças para remédios, em uma vinculação da psiquiatria ao mercado da indústria farmacêutica (CFP, 2015). Em íntima relação com a psicopatologização, sendo esta:

(...) um aumento de diagnósticos e a multiplicação das categorias existentes para os transtornos mentais, uma espécie de pandemia psíquica. Assim, alegrias intensas se tornam episódios de mania, o pessimismo constante passa a se chamar distímia, o perfeccionismo e o apego à ordem configuram o transtorno anancástico de personalidade. Essa tendência é o que chamamos aqui de psicopatologização, por refletir um impulso medicalizante que toma aspectos da experiência humana comum e os transforma em fenômenos médico-patológicos, em detrimento de uma concepção mais ampla do que é sintoma psíquico e o sofrer propriamente (Bocchi, 2018, p.99)

Ao longo das vivências na graduação em psicologia, percebeu-se a constante presença dos diagnósticos e medicações psiquiátricas, tanto em estudantes e amigos como nos estágios realizados em escolas, hospitais e clínicas. É interessante destacar que quando o tema dessa pesquisa era relatado para outros, tanto estudantes de psicologia como pessoas de outras áreas, as reações eram da provável facilidade de encontrar participantes visto que “todos atualmente têm diagnósticos ou são medicados”, mostrando como estes estão presentes na sociedade atual. Já na clínica, como coloca Neves et al. (2022), há um movimento dos pacientes já chegarem ao consultório descrevendo-se e entendendo sua condição a partir do nome diagnóstico, como um fato isolado sem relação com sua vida.

Para além, observou-se um movimento das pessoas passarem a realizar autodiagnósticos¹, de modo que nomeavam e descreviam suas angústias e sintomas por meio do discurso psiquiátrico. Esse cenário se explicitou nas redes sociais, em diversos vídeos demonstrando como uma pessoa responderia a determinada situação de acordo com o diagnóstico que possui, ou explicando quais sintomas estão presentes em cada patologia e, em consequência, milhares de pessoas se identificando e nomeando-se com tal diagnóstico. Ainda, constatou-se uma facilidade de encontrar os manuais diagnósticos na internet, o que pode facilitar o autodiagnóstico.

Em experiências institucionais, em um Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (SAICA), um educador questiona a respeito de cinco remédios psiquiátricos receitados para uma criança de 10 anos, e pergunta como pode confirmar que possui déficit de atenção, já que seu diagnóstico foi realizado ao pesquisar “Teste para saber se tenho déficit de atenção”. No estágio em uma escola estadual de São Paulo, a diretora direciona o trabalho da psicologia para sala na qual estão presentes os alunos com diagnósticos. Em aula, um aluno de 9 anos não realiza seus exercícios e a professora justifica

¹ O autodiagnóstico é o ato de identificar uma condição médica em si mesmo, geralmente com a ajuda de pesquisas na internet, dicionários médicos, livros, entre outros. Contudo, uma pessoa também pode fazer um autodiagnóstico ao reconhecer sintomas semelhantes ao de familiares e conhecidos diagnosticados com alguma condição médica, bem como ao reconhecer sintomas que já teve anteriormente (Instituto de Psiquiatria do Paraná, 2022)

que ele não consegue realizá-los por ter déficit de atenção e não ter tomado seus remédios. No mesmo dia, ele se envolve em uma briga com outros alunos e a diretora coloca que o aluno fica agressivo depois de tomar os medicamentos. Assim, percebe-se como o sujeito passa a identificar-se e ser identificado ou descrito a partir da nomeação diagnóstica. Ainda, a questão da medicalização aparece em visitas aos Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), em um cenário no qual os usuários frequentam o serviço em busca de receitas para medicamentos, confirmado por Amarante e Pimentel (2020) sobre um funcionamento ambulatorial de “intensa dispensação de receitas e medicação (esta última é a real razão da ida dos usuários ao dispositivo)” (p.25).

Fendrik e Jerusalinsky (2011) colocam três “epidemias” de transtornos mentais atualmente, diagnósticos frequentemente encontrados: autismo infantil, transtorno bipolar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Destaca-se que “É importante não falarmos em epidemia de transtornos mentais, e sim em epidemia de diagnóstico de transtornos mentais” (Portal UFMG, 2017).

Machado e Ferreira (2014) apontam uma “epidemia de depressão”, sendo que em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou-a como um dos grandes problemas de saúde pública nos seguintes 20 anos. De acordo com a OMS, os casos de depressão tiveram um aumento de 18% de 2005 a 2015, alcançando 322 milhões de pessoas no mundo (Ribeiro et al., 2020). No Brasil, 12,7% já receberam diagnóstico de depressão e 26,8% de ansiedade (CNN, 2023), sendo o Brasil o país com o maior número de pessoas ansiosas (9,3%), (Conselho Nacional de Saúde, 2023)

Sobre o crescimento vertiginoso do diagnóstico de autismo em um curto período de tempo, de acordo com o Center for Disease Control and Prevention (2014), uma a cada 68 crianças são diagnosticadas com autismo, um aumento de 30x desde 1970 (1 caso em 2500), e ainda relevante se comparado aos anos 2000 de 1 a cada 150. Existem projeções de que em 2050 haverá um aumento de 42,7% de casos de TEA nos EUA em crianças menores de 5 anos. Destaca-se que este aumento pode ter sido influenciado pelo Transtorno do Espectro Autista (TEA) passar a englobar outros transtornos no DSMV (Almeida e Neves, 2020).

Esta inflação diagnóstica reverbera no aumento do uso de medicamentos psiquiátricos (Garcia e Pereira, 2020). Há um crescente consumo de psicofármacos, sendo os antidepressivos e antipsicóticos um dos mais vendidos do mundo, com aumento de 1600% de 2001 a 2011 no consumo de metilfenidato de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção

com Hiperatividade (TDAH) (Machado e Ferreira, 2014). O Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior consumo de metilfenidato, sendo que sua produção saltou de 38 para 72 toneladas em 2014, dado sem parâmetro em qualquer área da medicina (Agência Senado, 2023). De acordo com Resende, Pontes e Calazans (2015) há uma medicalização do sofrimento, observando-se que 44% dos remédios controlados vendidos em farmácias e drogarias no Brasil são para o tratamento de transtornos mentais e de comportamento.

Chama atenção que neste processo o sujeito passa a buscar pelo diagnóstico e/ou realizar autodiagnósticos (Pombo, 2017), observando-se por exemplo “(...) a autodiagnósticação entre adolescentes e jovens que, ao aprenderem mais sobre as condições online, espelharam para si os sintomas” (Estadão, 2023). As pesquisas acerca de saúde mental, psicologia, diagnóstico, seus sintomas e testes na internet para realizar autodiagnósticos aumentam cada vez mais (Estadão, 2023; Salgado, Rezende e Reis, 2021). Assim, é um tema relevante mas relativamente novo, com poucos trabalhos científicos, sendo importante pesquisar a respeito (Salgado, Rezende e Reis, 2021).

Diante das situações pessoais e dos dados colocados, percebe-se os fenômenos de psicopatologização, medicalização e busca do diagnóstico pelo sujeito, sendo que existem diversos fatores que influenciam essas questões contemporâneas e serão abordados ao longo da pesquisa. A problemática se coloca visto que enquanto a psiquiatria busca a eliminação do sintoma e uma explicação descritiva, biológica, que leva a uma patologização e normatização do sujeito, a psicanálise parte do inconsciente e é fundamentalmente oposta ao foco na cura por meio dos sintomas, trabalhando por meio da fala e da escuta e assim da significação do sintoma pelo sujeito. Assim, caminha contra o movimento de patologização da existência, medicalização da vida e supressão do *pathos*, buscando desconstruir tais discursos e tracejar a partir do *pathos* os caminhos de tratamento (Ribeiro, 2020).

Frente a esse cenário, existe uma angústia pela forma na qual os diagnósticos e medicamentos são colocados de forma abundante atualmente, sendo que são os psicólogos e psicanalistas demandados a atender os que recebem diagnósticos ou autodiagnósticos e responsáveis por responder às questões sobre psicopatologização. Encontra-se também uma inquietação visto que se antes da reforma psiquiátrica os doentes mentais eram estigmatizados e excluídos, atualmente há um movimento de busca ativa dos sujeitos para serem diagnosticados (Pombo, 2017). Ainda, entendendo-se que o sujeito se constitui a partir da linguagem e da cultura na qual está inserido (Campos e Da Silva, 2020), suas formas de

sofrimento estão intrinsecamente relacionadas aos modos de vida contemporâneos. Como coloca Silva Junior (2021), a realidade social afeta a economia psíquica do sujeito e, portanto, percebendo-se o movimento de psicopatologização e medicalização, “(...) um posicionamento da psicanálise diante da cultura é necessariamente convocado” (p.48).

Com isso, questiona-se quais são as perspectivas psicanalíticas do lugar que o diagnóstico ocupa socialmente na contemporaneidade? Por que o sujeito passa a se posicionar ativamente na busca por um diagnóstico? Quais os efeitos do recebimento da nomeação diagnóstica para o sujeito? Portanto, a pesquisa busca contribuir e questionar o debate desta temática importante nos dias de hoje, além de expandir os poucos estudos sobre autodiagnósticos. Assim, objetiva-se entender, a partir de perspectivas psicanalíticas, como se formula a psicopatologia contemporânea dos manuais psiquiátricos e o fenômeno da psicopatologização. Visa-se aprofundar no lugar que a psiquiatria ocupa na sociedade contemporânea e na busca ativa dos sujeitos pelo diagnóstico, por exemplo por meio dos autodiagnósticos, buscando entender qual lugar esta nomeação ocupa para os sujeitos.

Para isso, o caminho proposto para a pesquisa é uma inicial revisão bibliográfica, passando pelo entendimento do que é a psicopatologia e o conceito de normalidade x patológico, seguido da contextualização histórica da psiquiatria até chegarmos no contemporâneo e seus manuais. Em seguida, adentra o fenômeno da psicopatologização, medicalização e a busca do sujeito pelo diagnóstico, destacando-se alguns dos fatores que podem contribuir para esta epidemia de diagnósticos atual. O último capítulo aprofunda-se nas perspectivas psicanalíticas, em uma contextualização do contemporâneo, do lugar da psiquiatria na sociedade atual, como o sujeito se afeta neste cenário e qual lugar subjetivo que o recebimento desta nomeação ocupa para ele. Após esta revisão bibliográfica, foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com objetivo de compreender, a partir da análise do discurso, qual o lugar que o diagnóstico ocupa para estes sujeitos. Por fim, há uma conclusão destacando e relacionando os assuntos destacados ao longo da pesquisa.

II. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa *em* psicanálise a partir de método qualitativo. Foi realizado levantamento bibliográfico a respeito da psicopatologia contemporânea e o fenômeno da psicopatologização, bem como da visão psicanalítica sobre tais temas e dos processos envolvidos na busca do sujeito pelo diagnóstico e o lugar subjetivo que este ocupa, a partir de plataformas acadêmicas como Scielo, CAPES Periódicos e Google Acadêmico e dos descritores “diagnóstico”, “psicanálise”, “psicopatologia”, “psicopatologização” e “psiquiatria”. Ainda, foram utilizadas obras de psicanalistas como Sigmund Freud, Joel Birman, Christian Dunker, Vladimir Safatle e Nelson Da Silva Junior. Posteriormente foi realizada a parte prática da pesquisa, envolvendo entrevista semi-estruturada individual e análise de discurso com número de participantes variável de duas a cinco pessoas, a depender da dificuldade de encontrar sujeitos dentro do perfil estudado.

A partir do método qualitativo entende-se o ser humano como um ser social e, portanto, “(...) a posição de sujeito e objeto de conhecimento precisa ser relativizada na figura do pesquisador, que passar a construir o conhecimento por meio da interação social” (Campos, 2021, p.492), e assim não há uma neutralidade do pesquisador, de modo que nem o pesquisador nem o objeto se mantêm iguais ao que eram antes da pesquisa ser feita (Figueiredo e Minerbo, 2006). Nesse sentido, destaca-se que a questão de pesquisa foi motivada por experiências da pesquisadora, não apenas casos clínicos, mas a partir da escuta em diferentes contextos, explicitados na introdução.

A psicanálise é um método de investigação que busca evidenciar o significado inconsciente de toda e qualquer produção imaginária, individual ou coletiva (LaPlanche e Pontalis, 2001). Apesar de entender que a pesquisa *em* psicanálise deve sempre considerar a clínica, a teoria e a cultura, de maneira igualitária, na compreensão de suas problemáticas, esse tipo de pesquisa divide-se entre a “clínica padrão”, de modelo psicoterápico tradicional, individual, na transferência e setting específico, e a “clínica ampliada ou extensa” (Campos, 2021), descrita por Plon (1999) como a escuta psicanalítica em contextos grupais, institucionais e sociais, articulando a prática psicanalítica com ciências afins, ou seja, da interpretação psicanalítica dos fenômenos sociais e culturais.

A psicanálise contemporânea é marcada pelo movimento da clínica ampliada, graças a passagem da concepção do psiquismo individual para uma subjetividade que inclui a dimensão sociocultural e intersubjetiva, na qual reconhece-se o inconsciente não apenas na psicoterapia individual e considera-se a dimensão sociopolítica do sofrimento (Campos, 2021). Considerando os diferentes sentidos propostos pelo autor, a pesquisa em questão define-se por uma pesquisa *em* psicanálise na clínica extensa ou ampliada. Isso porque apesar de utilizar entrevistas individuais e propostas no ambiente da clínica ou de forma *online*, o método proposto não se encaixa na “clínica padrão”, visto que estão fora de um setting de psicoterapia tradicional, e busca entender a psicopatologia contemporânea, a psicopatologização, os diagnósticos psiquiátricos e o lugar subjetivo destes não apenas a partir de fenômenos intrapsíquicos, mas em relação a fenômenos sociais contemporâneos.

Para isso, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas interpretadas por meio da análise do discurso com método psicanalítico. Sendo o objeto da psicanálise o inconsciente, a interpretação é o método psicanalítico (Campos, 2021). Para Figueiredo e Minerbo (2006), a entrevista é interpretada por meio de uma escuta flutuante, descentrada do tema intencionado, criando um sentido novo e produzindo uma nova verdade a partir deste encontro. Enfatiza-se que a verdade de uma interpretação é provisória e não totalizante, em uma perspectiva selecionada do objeto. Sendo assim, o método e suas conclusões têm seu alcance apenas para o fragmento estudado. Campos (2021) destaca que a pesquisa em psicanálise centra-se no estudo de caso e assim, de acordo com Aguiar (2006), a psicanálise considera em primeiro lugar o singular do sujeito, para depois considerar o que nele permite um acesso ao universal, em um processo de construção de conhecimento por generalização crescente, organizada no plano individual, grupal e, mais adiante, para toda a humanidade.

Toda investigação psicanalítica é de tipo qualitativo, e é esta imersão profunda “na singularidade de um caso que permite extrair dele tanto o que lhe pertence com exclusividade quanto o que compartilha com outros do mesmo tipo”; como tal, “o caso ganha um valor que se pode chamar de exemplar (Mezan, 2001, p.157).

Ademais, o conhecimento psicanalítico não é dado *a priori*, com resultado determinado, mas *a posteriori*, resultante da experiência ou dela dependente. Portanto, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais, buscando entender o fenômeno de modo singular, como este aparece na história do sujeito e assim realizar uma possível generalização, embasada na análise do discurso e na revisão bibliográfica, *a posteriori*.

Os critérios de inclusão dos participantes é que possuam pelo menos um diagnóstico da área da psiquiatria, sejam estes colocados por profissionais da área ou frutos de autodiagnóstico. Já o critério de exclusão é não possuir qualquer diagnóstico psiquiátrico. Os dados serão coletados em modalidade presencial, na Clínica Ana Maria Poppovic PUC-SP, ou *online*, a depender da disponibilidade do participante. Serão realizadas três etapas: I - Divulgação da pesquisa a partir de conhecidos e nas redes sociais, com a finalidade de realizar um levantamento das pessoas que apresentam interesse em participar da pesquisa, estabelecendo-se uma amostra intencional; II - Entrevista semi-estruturada a partir de um primeiro momento em que o entrevistado relatará sua história de vida, e em seguida um breve questionário (inserido no anexo A) e discussão a respeito do processo de obter o diagnóstico e das mudanças consigo e com o mundo a partir deste; III - Análise do discurso da entrevista em relação com a bibliografia levantada como base teórica.

Os devidos cuidados éticos serão seguidos, de acordo com as determinações da resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, complementada pela resolução 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS). Será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (encontra-se no anexo B), o qual será apresentado e assinado antes da condução da entrevista. O projeto de pesquisa será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante inserção na Plataforma Brasil. Somente após o parecer favorável a pesquisadora iniciará a coleta de dados.

III. CAPITULO I - PSICOPATOLOGIA CONTEMPORANEA

3.1. Psicopatologia - normal x patológico

A psicopatologia é um campo e conceito amplo e complexo (Moraes e Macedo, 2018). É uma ciência autônoma, sem teoria ou perspectiva hegemônica, influenciada por diferentes disciplinas, referências, métodos e posições. Por isso, é necessário uma postura crítica do profissional (Dalgalarondo, 2008), em uma posição coerente e homogênea dos discursos e práticas terapêuticas e diagnósticas. De um modo amplo, é definida como um “(...) conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano” (Dalgalarondo, 2008, p.27), que trata da experiência clínica e do pathos. Constituindo-se principalmente no final do século XIX (Dunker e Neto, 2011), o termo designa os sofrimentos da alma e distúrbios do psiquismo humano a partir da distinção/deslizamento entre normal e patológico, que varia conforme a época (Roudinesco e Plon, 1998).

O critério de normalidade é um conceito controverso e problemático, já que é historicamente acompanhado de carga valorativa, de modo que pode designar o que é desejável (Dalgalarondo, 2008). Assim, existem diversas concepções, sendo que a utilizada pela medicina é a da frequência estatística, na qual tudo fora da média é patológico e passível de intervenção terapêutica. Um outro conceito é o valorativo, do que é desejável em determinado momento em determinada sociedade. Em oposição, existem por exemplo a normalidade subjetiva, da visão do próprio indivíduo em relação a sua saúde e a normalidade (Dalgalarondo, 2008), ou para Canguilhem, uma normalidade que propicia a reinvenção de suas relações com seu meio natural, social e cultural, em uma atuação dos saberes feita na totalidade, não redutível ao cognitivo e ao corporal. Para ele, a doença é sempre vivida experiencialmente e portanto o sofrimento é dotado de sentido em uma trama de significações (Serpa Junior, 2011), no sentimento de impotência e de vida contrariada (Caponi, 2009).

A definição do normal implica na definição do que é saúde, e aceitar um conceito de saúde implica escolher intervenções efetivas sobre o corpo e vida dos sujeitos (Baroni, Vargas e Caponi, 2010). Ainda, Caponi (2009) argumenta que o conceito de saúde atrelado a normalidade estatística faz com que toda anomalia seja associada a uma patologia e Canguilhem (1982) coloca a necessidade de separar a saúde da normalidade para que as diferenças sejam respeitadas e o estado patológico não seja visto como disfuncional. Atualmente utiliza-se a definição da OMS, de 1946, de um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Ministério da Saúde, 2021), criticado por não ser objetivo e por

antecipar uma normatividade difícil de ser alcançada (Baroni, Vargas e Caponi, 2010). (críticas da perspectiva psicanalítica serão abordadas no item 6.2).

Apesar da psicopatologia ser uma ciência autônoma, ela tem raízes na tradição médica e ainda hoje possui uma predominância do campo da psiquiatria a partir da utilização dos manuais diagnósticos. Para Karl Jaspers (final do século XIX e início do XX), é necessário buscar uma autonomia da psicopatologia frente a psiquiatria, já que as categorias patológicas, que se constituem como objeto da psicopatologia geral, são, na verdade, delimitadas pela ciência psiquiátrica tradicional (Pereira, 1998). Os termos que designam o patológico sofreram mudanças ao longo dos períodos: no século XIX, utilizava-se “alienação”, no século XX “doença mental” e, nas últimas décadas, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), “transtorno mental”, pois “doença” implica alterações patológicas no corpo, que não é sempre o caso (Dalgalarrondo, 2008).

Os manuais psiquiátricos são os sistemas diagnósticos mais utilizados mundialmente (Severo e Dimenstein, 2009) e buscam classificar os transtornos mentais a partir de uma avaliação objetiva dos sintomas. Atualmente adota-se a abordagem da psicopatologia operacional-pragmática, em um critério arbitrário de colocar *a priori* o que é normal ou patológico e de definir os transtornos e sintomas sem questionar a natureza ou os fundamentos por trás. Esta proposta estipula definições empírico-pragmáticas buscando categorias universalmente válidas que superem os impasses da pluralidade de disciplinas na psicopatologia (Dalgalarrondo, 2008). Assim, proclamam-se “ateóricos”, sem influência de teorias que não sigam procedimentos empíricos e experimentais, e, apesar de proporcionar avanços nos campos da psicofarmacologia, epidemiologia e neurociências, marginalizou discursos importantes, como a psicanálise e a análise existencial (Pereira, 1998). Portanto, torna-se importante entender historicamente a classificação dos transtornos mentais, buscando compreender como a psiquiatria alcançou este lugar dominante e hegemônico na atualidade.

3.2. Contextualização histórica da psiquiatria

Para Foucault, a psiquiatria nasceu no século XVII, sendo o ponto culminante do processo de exclusão da loucura, agora entendida como desrazão² (Pacheco, 2003). Desde seu

² Para Foucault, no século XVII há uma mudança na representação da loucura, que na idade medieval circulava livremente, implícita e aceita no cenário cultural (Pombo, 2017), e passou a ser considerada na idade clássica uma separação entre a razão e a desrazão (Revel e Foucault, 2005).

início, a psiquiatria diagnosticava os “indivíduos anormais”, levando-os para serem estudados e tratados no confinamento (Severo e Dimenstein, 2009), mesmo que ainda sem definições e sistematizações acerca da categoria, apenas descrevendo sintomas (Pacheco, 2003). Assim, é considerada a primeira especialidade médica por conta da singularidade de seu espaço institucional (asilo), suas práticas de cura (tratamento moral) e do modelo clínico-sintomatológico, em contraposição ao anátomo-clínico³, hegemônico no restante da medicina (Serpa Junior, 2011).

Este campo lidava não apenas com a loucura, mas com diversas figuras de inadaptação à época, como mendigos, desocupados, vadios e criminosos (Neves et al., 2022), ou seja, todas as minorias que representavam problemas sociais (Pacheco, 2003) e não produziam riquezas no mundo burguês (Pombo, 2017). Assim, a psiquiatria é desde sempre indissociável de sua função de gerir as fronteiras entre os conflitos psíquicos e sociais (Neves et al., 2022), excluindo e internando em instituições carcerárias e hospitalares “(...) aqueles que não podiam mais fazer parte dela, uma medida de controle moral e reestruturação do espaço social” (Pombo, 2017, p.7). A estigmatização⁴ dos doentes mentais atual se consolida nesta associação da loucura aos comportamentos desviantes da norma, como a invalidez, periculosidade e desajustamento social (Foucault, 1984 apud Severo e Dimenstein, 2009).

No século XVIII, com as revoluções burguesas, surge a necessidade de legitimar a detenção destes civis, e assim a psiquiatria se tornou necessária neste controle por meio do discurso médico racional e socialmente aceito (Silva Junior, 2021). Nesse sentido, instituiu-se uma biopolítica na qual o biológico ingressou na política, um controle da sociedade sobre os indivíduos, sobre o corpo (Caponi, 2009). Na Revolução Francesa, os pobres foram liberados em meio às reivindicações, mas os loucos permaneceram pelo considerado “perigo social”, uma forma perfeita de exclusão, agora exclusivamente da loucura, em um controle mais ético do que terapêutico (Pombo, 2017).

O responsável foi Philippe Pinel, que sistematizou a loucura a partir de classificações médico-científicas (Pacheco, 2003), da descrição de regularidades clínicas com estatuto de “síndromes” ou “transtornos morais” (Pereira, 1998). Em um momento histórico em que a

³ “(...) para toda manifestação sintomatológica clínica de um paciente, deve haver um correlato orgânico identificável.” (Neves et al., 2022, p.135)

⁴ O processo de estigma é definido por Goffman (1963) como quando um grupo atribui uma marca discriminatória ou característica distinta a outro grupo minoritário quase sempre privando-o de direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados.

medicina buscava se diferenciar de conhecimentos como a psicologia, religião e filosofia, delimitaram categorias baseadas no orgânico, anatômico e cerebral que se refletiam nos comportamentos em forma de sintomas, evitando a interferência de dados subjetivos (Pacheco, 2003). Entretanto, ao buscar causas físicas dos distúrbios mentais, a psiquiatria baseava-se nas causas e tratamentos morais como terapêutica, se afastando dos cânones do saber médico (Birman, 1999): apesar de Pinel e Esquirol⁵ reconhecerem a importância de outras disciplinas na área e inaugurarem o pensar na loucura como curável (Serpa Junior, 2011), realizavam tratamentos morais, com condutas arbitrárias e coercitivas para reconduzi-lo à coerência entre realidade sensorial e funções mentais.

No século XIX, a psiquiatria passa a contestar Pinel, visando um tratamento não moral e científico (Couto e Alberti, 2008), e assim Kraepelin realiza a primeira sistematização dos transtornos mentais (Von Sohsten e De Medeiros, 2016), através da semiologia, sinais e sintomas das doenças, e da nosologia e nosografia, descrição precisa e sistema de classificação racional. Assim, sistematizou a psicopatologia descritiva⁶, colocando as doenças mentais no mesmo estatuto das físicas. A partir de sua obra aceitou-se amplamente a ideia de “doença mental” em uma visão descritiva e classificatória (Pereira, 1998), e a psiquiatria se consolidou com base racional e biológica (Martinhago e Caponi, 2019; Dunker e Kyrillos Neto, 2011). Deste modo, a loucura passou a ser classificada como “doença mental”, um processo denominado por Foucault de “psicologização da loucura”.

Ainda no século XIX, houve um afrouxamento epistemológico da psiquiatria, passando a identificar e tratar sintomas que até então não tinham estatuto de doença mental (Pombo, 2017), nomeado por Foucault (1999 apud Caponi, 2009) como o surgimento da “medicina do não-patológico”, de uma atuação ampliada das doenças mentais para as mais variadas condutas cotidianas. Deste modo, há no início do século o começo do processo de medicalização do Ocidente (Birman, 2023) e, no final do século, os movimentos norte-americanos que culminaram na formulação dos manuais diagnósticos atuais.

⁵ Étienne Esquirol (1772 - 1840), psiquiatra da primeira metade do século XIX, foi discípulo de Pinel e (...) constituiu um marco no pensamento psicopatológico contemporâneo. Esquirol deu um avanço em um método não apenas organicista, valorizando o aspecto psicológico e social das experiências do paciente. Se a doença faz parte da experiência sensorial, a loucura pode ser reversível (Pacheco, 2003). É importante destacar a participação de Esquirol, discípulo de Pinel, que iniciou os estudos em psicopatologia ao realizar uma descrição minuciosa dos principais sintomas dos doentes mentais (De Menezes e Dos Santos, 2012).

⁶ Dentre as diferentes abordagens para a psicopatologia estão: descritiva, que estuda a estrutura dos sintomas[#] (descrição das formas), e a dinâmica (estudo do conteúdo das vivências não necessariamente classificáveis em sintomas) (Dagalarrondo, 2008)

3.3. O início dos manuais diagnósticos e as reformas psiquiátricas

Com objetivo inicial de desenvolver informações estatísticas a respeito das doenças mentais, foi realizado um primeiro censo em 1840 que opôs idiotice ou insanidade, e um segundo em 1880, um segundo censo que dividiu sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo (Dunker e Neto, 2011).

Já no início do século XX, em 1918, em uma primeira tentativa de classificação psicopatológica consensual e universal de referência clínica e diagnóstica para todas disciplinas e abordagens, a Comissão Nacional de Higiene Mental e a Associação Psiquiátrica Americana (APA) desenvolveram o Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos, com 22 categorias (Dunker e Kyrillos Neto, 2011), nas quais a psicanálise já estava presente, fundamentando a classificação (Marthinago e Caponi, 2019). Logo, a psicanálise está mais comprometida com a psiquiatria do que gostaria de admitir, e a psiquiatria mais dependente da psicanálise do que está disposta a reconhecer (Dunker e Neto, 2011).

A partir da segunda metade do século XX, na década de 1950, havia pressões internas da medicina para canonizar a psiquiatria como ciência médica. Com movimentos da revolução dos psicotrópicos na Segunda Guerra Mundial, avanços da psicofarmacologia e desenvolvimento das neurociências, possibilitou-se a aproximação com a medicina somática e a nova identidade para a psiquiatria, iniciando-se a pretensão de fundamentação biológica que se tornou característica fundamental da psicopatologia contemporânea (Birman, 1999).

Assim, em 1952 foi criado o DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) que introduziu a mudança do termo “doença mental” para “transtorno mental” (*mental disorder*). O manual possuía 106 classificações e se opôs às divisões descritivas e biológicas de Kraepelin, considerando tanto características biológicas quanto sociais e individuais (histórias dos pacientes). Influenciado por Meyer, então presidente da APA, utilizou os “tipos de reação”, em categorias psicodinâmicas, com influência da psicanálise e sem distinção clara entre normal e patológico (Dunker e Kyrillos Neto, 2011; Dunker, 2014).

Nos anos 60, houve uma crise de confiabilidade na psiquiatria (Pombo, 2017), tanto interna - pouca ênfase no diagnóstico e critérios variados para estabelecê-lo - quanto externamente (Dunker e Kyrillos Neto, 2011), em uma interferência de fatores externos na formulação da psiquiatria: movimentos ativistas sociais que culminaram na retirada da

homossexualidade como patologia e a criação do diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático pelas manifestações pós Guerra do Vietnã (Pombo, 2017).

O DSM-II, publicado em 1968, possuía 182 classificações e continuou com o modelo psicodinâmico, influenciado tanto por teses biológicas quanto psicanálise e outras ciências humanas. Deste modo, considerava a complexidade da divisão normal-patológico, sem especificar um limite das áreas, e muitos sintomas como conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida. Por outro lado, incluiu uma abordagem neokraepeliniana, com perspectivas biológicas e abandono do termo “reação”. Esta estratégia foi mal recebida e, nos anos 70, iniciaram-se críticas à validade do DSM, das diferentes abordagens impostas e o casamento entre psiquiatria e psicanálise (Dunker e Kyrillos Neto, 2011; Dunker, 2014).

Estas críticas estavam envoltas no cenário de questionamento dos hospitais psiquiátricos e seu modelo asilar, que ainda existiam no século XX, por meio dos movimentos antimanicomiais e as reformas psiquiátricas (Couto e Alberti, 2008). Em uma breve síntese dessas reformas, nos EUA ocorreu na década de 60, apoiada na desinstitucionalização, que gerou grande número de abandonados. Frente às críticas, em 1963 Kennedy objetivou criar serviços de prevenção e diagnóstico e garantir maior acesso por gratuidade e descentralização destes.

Já a reforma psiquiátrica brasileira, no final da década de 70, foi influenciada pelo movimento de redemocratização. Um de seus marcos é a Lei Paulo Delgado (1987), que iniciou um movimento de reformulação das políticas para desinstitucionalização e mudança do conceito de saúde mental, criando-se dispositivos como Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, o trabalho em rede e a busca de “Promover o resgate dos direitos de cidadãos dos usuários, quase perdido devido às internações forçadas no passado” (Couto e Alberti, 2008). A reforma brasileira objetivou não apenas a desinstitucionalização, mas a revisão das práticas terapêuticas psiquiátricas, uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos, e reinserção e inclusão social em condições dignas e um resgate e proteção de seus direitos, rompendo com a cultura de exclusão construída através dos tempos (De Menezes e Dos Santos, 2012): “(...) a Reforma Psiquiátrica objetiva modificar as relações da sociedade com as pessoas com transtornos mentais, tentando desconstruir os estigmas de periculosidade e incapacidade historicamente construídos” (Severo e Dimenstein, 2009, p.59).

Foram realizadas cinco revisões do DSM-II, a última em 1974, em uma busca por uniformizar, padronizar e validar os diagnósticos para alcançar maior coerência com o CID e facilitar o processo de regulamentação farmacêutica. Abandonou-se as abordagens psicodinâmicas e neokrapelianas, sem ideias psicanalíticas e psicopatológicas, utilizando-se da linguagem do inglês descritivo com classificação “multiaxial”, buscando englobar a população estatística (Dunker e Kyrillos Neto, 2011; Dunker e Neto, 2011; Dunker, 2014).

3.4. A psicopatologia contemporânea

Nos anos 70 iniciou-se a psiquiatria contemporânea: “(...) o paradigma biológico da psiquiatria se impôs, reconstituindo o discurso psicopatológico em novas bases.” (Birman, 1999, p.183). Com o desenvolvimento das ciências cognitivas, especialmente as neurociências, as doenças mentais puderam ser reduzidas aos estados cerebrais e uma realidade física, permitindo serem tratadas como um distúrbio fisiológico e localizável e, portanto, submetido diretamente à medicalização (Safatle, 2009). Assim, o funcionamento psíquico foi reduzido ao cerebral, e a intervenção psiquiátrica e psicofarmacológica se tornaram o referencial, simbolizando o fim do casamento com a psicanálise e o início da medicalização da psiquiatria (Martinhago e Caponi, 2019).

Este cenário foi consolidado com a publicação do DSM-III, em 1980, com 265 categorias. Ele marcou a mudança do paradigma da psiquiatria, antes predominantemente marcado pela psicanálise, adotando uma posição atórica, objetiva e supostamente neutra (Martinhago e Caponi, 2019). Os diagnósticos passam a se basear em uma psicopatologia descritiva e atórica de paradigma biológico (Pombo, 2017), adotando-se as taxonomias neokraepelianas da “(...) identificação de sintomas, definição de diagnósticos e testar a eficácia dos medicamentos” (Martinhago e Caponi, 2019, p.78). Assim, buscou-se difundir internacionalmente diagnósticos uniformizados, biológicos e comportamentais, baseados nos sintomas, mecanizando-se a percepção clínica (Neves et al., 2022).

Inserido na biologização e medicalização da medicina, passou a seguir o empirismo dos fatos clínicos a partir da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Os diagnósticos e tratamentos passaram a ser feitos baseados em sinais e sintomas (Martinhago e Caponi, 2019), sem ter conhecimento das possíveis causas e manifestações psicológicas e sociais do sofrimento psíquico e suprimindo as histórias de vida.

Através do relato do paciente e da observação direta do comportamento, verifica-se a apresentação de determinados sinais e sintomas para que se possa atribuir ao indivíduo um ou mais diagnósticos. Os quadros são constituídos, portanto, pela aglutinação das manifestações sintomáticas de cada transtorno, e o enquadramento de um paciente em determinado diagnóstico tem como critério a verificação de certos sinais e sintomas ao longo de um tempo determinado. (Neves et al., 2022, p. 136 e 137).

O manual passou a definir a fronteira entre normal e o patológico, ao mesmo tempo sem explicitar as razões de serem considerados patológicos (Silva Junior, 2021). Ainda, passou a influenciar políticas de saúde mental baseadas no tratamento farmacológico, sendo utilizado na maior parte do ocidente em seus sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica (Dunker, 2014). Logo, passou a servir na dimensão sanitarista da intervenção da medicina no social, utilizado como modelo de tratamento, de classificação diagnóstica e uso da medicação correspondente, sendo suas siglas exigidas nos prontuários dos pacientes (Couto e Alberti, 2008). A revisão do DSM-III-R em 1987, com 292 distúrbios, teve retificações que foram consideradas prejudiciais, com instabilidade diagnóstica e sem avanços nos marcadores biológicos. A homossexualidade egodistônica, os quadros da desordem pré-menstrual e distúrbio da personalidade masoquista foram eliminados (Dunker e Neto, 2011).

O DSM-IV, publicado em 1994, incluiu 297 desordens e rompeu definitivamente com a psicanálise e com a psicodinâmica, buscando um fundamento biológico e maior objetividade nos diagnósticos. Rompeu também com a tradição desde Pinel das formas de sofrimento serem acompanhadas por fundamentação ou crítica filosófica, não assumindo mais suas implicações filosóficas, éticas e epistemológicas. Revisado em 2000, o DSM-IV-TR incluiu mais 21 categorias. As críticas permearam a dificuldade do uso na Atenção Primária e centros de pesquisa e o uso imprudente e excessivo por partes ambíguas e imprecisas do manual. Neste novo modelo, a interpretação dos sintomas e transtornos não seriam tarefa do manual, mas do clínico, e a interpretação limitada às manifestações biológicas e à estrutura descritiva dos critérios do DSM (Dunker e Kyrillos Neto, 2011).

Iniciaram-se críticas e preocupações da própria comunidade psiquiátrica com a objetividade e validade dos diagnósticos. Em 1998, Lauren Mosher, responsável pela construção e divulgação do manual saiu da APA, denunciando que a psiquiatria teria sido completamente comprada pelas companhias farmacêuticas: “Já não buscamos compreender pessoas inteiras em seus contextos sociais - ao contrário, estamos aí para realinhar os neurotransmissores de nossos pacientes.” (Mosher, 1998 apud Neves et al., 2022). Entre a

quarta e a quinta edição, a APA referiu poucos avanços em relação à identificação de bases orgânicas dos transtornos, colocando que nenhum marcador laboratorial foi encontrado na identificação das síndromes do DSM. Apesar da confiabilidade dos diagnósticos, esta crise de validade biológica fez com que Thomas Insel, diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), anunciasse a separação da instituição e do DSM nas vésperas de sua quinta edição, colocando que os diagnósticos se baseiam em conjuntos de sintomas e que estes por si só raramente indicam a melhor escolha de tratamento.

Entretanto, o modelo de diagnóstico *neokraepeliniano* foi mantido no DSM V, ainda buscando explicações biológicas para os transtornos. Publicado em 2013, possui mais de 300 categorias, com 947 páginas, e baseia-se no critério de “(...) sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento” (Dunker e Neto, 2011). O sistema multiaxial foi substituído e focou-se em medir a gravidade dos sintomas, levando em conta o ciclo de vida dos pacientes (fases do desenvolvimento). Existem avanços na etiologia dos transtornos fundamentados em orientações neurobiológicas, na confiabilidade e validade equiparável ao exigido pela medicina e avanços nas pesquisas, englobando a complexidade clínica e biopsicossocial. Entretanto, percebe-se cada vez mais a “medicina do não patológico”, visto que há uma lista de questões sociais consideradas patologias, por exemplo: “(...) problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de falta de domicílio, problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário, discriminação social, problemas religiosos e espirituais, exposição a desastres, exposição a terrorismo e a não aderência ao tratamento médico.” (Martinhago e Caponi, 2019, p.84).

IV. CAPÍTULO II - A EPIDEMIA DE DIAGNÓSTICOS

4.1. Psicopatologização e medicalização

As classificações diagnósticas atuais se baseiam nos sintomas e buscam classificar, tratar e curar o mental como trata os transtornos físicos, a partir de parâmetros objetiváveis e quantitativos (Bocchi, 2018). Essa tentativa de categorização não é nova, presente desde o nascimento da psiquiatria no século XVIII, e não é em si ruim, já que é necessária para pesquisar a fundo os objetos, mapear os sintomas e traçar formas de intervenção (Ribeiro, 2020), e, para Frances (2016), existe uma necessidade do ser humano de nomear as coisas que o cercam, sendo as formas de sofrimento partes inegáveis da vida humana que, portanto, não escapam de ser nomeadas e classificadas. Entretanto, o que observa-se na contemporaneidade é que “(...) o que foi apresentado como avanço na capacidade de curar tenha levado a ampliar em uma progressão geométrica a quantidade de doentes mentais.” (Jerusalinsky e Fendrik, 2011, p.6).

Nesse cenário de ampliação diagnóstica também mostra-se uma fragilização das classificações, já que a multiplicação categorial revela os impasses e inconsistências na compreensão da doença mental (Bocchi, 2018). Para Caponi (2009), esta ampliação diagnóstica pode ter iniciado no afrouxamento epistemológico da psiquiatria no século XIX, em uma atuação ampliada da “medicina do não patológico”:

Essa psiquiatria ampliada, essa medicalização das condutas, dos sofrimentos e dos desvios, que teve seu início no século XIX, parece ter persistido por muito mais que meio século. Parece não ter desaparecido completamente quando olhamos para a proliferação de patologias mentais ocorrida nos últimos 30 anos. Quiçá esse mesmo esquema explicativo, essa transformação epistemológica que permitiu que a psiquiatria expandisse seu espaço de intervenção para a quase totalidade dos comportamentos humanos, permita-nos compreender o marco histórico que, ainda hoje, legitima a medicalização do não-patológico. (p.546)

Como visto, o manual psiquiátrico de transtornos mentais (DSM) cria cada vez mais classificações, atualmente com mais de 300 categorias e 947 páginas. Desde sua terceira versão, em 1980, acompanhada de um cenário de ampliação dos psicofármacos e da tentativa de biologização da área, se aproximou das neurociências, passou a descrever os transtornos por meio de seus sintomas e propôs o uso de medicamentos como terapêutica principal. Além disso, enquanto as primeiras versões não tinham distinção clara entre o normal e patológico e se apoiavam em outras abordagens como a psicanálise, a partir de sua terceira versão:

Por ter estabelecido a fronteira crucial entre normalidade e a doença mental, o DSM ganhou uma relevância social imensa, determinando uma infinidade de coisas que têm

um enorme impacto na vida da população – quem é considerado sadio e quem é doente; qual tratamento é oferecido; quem paga por ele; quem recebe benefícios por invalidez; quem tem direito a serviços de saúde mental, escola, colocação profissional e outros; quem é contratado para um emprego, pode adotar um filho, pilotar um avião ou ter seguro de vida; se um assassino é um criminoso ou um paciente mental; qual deve ser a indenização paga em uma ação judicial; e muito, muito mais (FRANCES, 2016, p. 12).

Ainda, apesar de estabelecer essas fronteiras e classificar cada vez mais questões como patológicas, não assume as problemáticas filosóficas, éticas, epistemológicas, subjetivas e sociais, baseando-se no biológico. Nesse sentido, para Dunker (2014), mesmo que essas implicações ainda estejam presentes, elas não são assumidas explicitamente, apagadas da prática diagnóstica e das razões que a justificam, sendo a problemática transferida para as ciências biológicas. Assim, a partir do DSM-III os manuais passam a definir a fronteira entre normal e patológico sem explicar os critérios para tal, instaurando uma normatização dos usuários e excluindo as diferenças subjetivas de cada paciente (Couto e Alberti, 2008).

Como aponta Rose (2013), o biológico acaba sendo, na psiquiatria, o refúgio do transcendental e, assim, campo privilegiado de ocultamento das mediações sociais e políticas dos fenômenos psíquicos (Neves et al., 2022,, p. 143).

Além da dificuldade de estabelecer o limite entre ordem e desordem, as classificações passam a influenciar fenômenos nos campos social, jurídico, normativo e político, passando a ser utilizadas fora do domínio da APA, em territórios como escolas, tribunais, hospitais e serviços sociais (Martinhago e Caponi, 2011). Assim, observa-se:

(...) a hipermedicalização por especialistas, a automedicalização, a medicalização por não especialistas, os compromissos entre estratégias de medicação (alopáticas, homeopáticas, fitoterápicas, etc.), a psicopatologização das formas de vida (infância, terceira idade, adolescência, primeira infância) (Dunker e Kyrillos Neto, 2010,p. 430).

A relevância desta discussão na atualidade pode ser observada quando é apenas na versão de seu livro publicada em 2019 que Dalgalarondo explicita a importância da discussão entre o que é normal ou patológico nos casos complexos e limítrofes: estas áreas, nas quais se utiliza os manuais - CID e DSM - “(...) por ser muito próxima ao comportamento de um grande número de pessoas em geral tidas como normais (...), poderá gerar diagnósticos psicopatológicos exagerados e medicalização inapropriada.” (p.42), e assim inicia-se o processo de psicopatologização e medicalização nos quais “(...) problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007 apud Dalgalarondo, 2019, p.47), implicando o controle e poder médico sobre tais condições.

“(…) as questões da vida social - complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico - são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo. (CFP, 2015, p.11)

Nesse sentido, inicia-se a discussão sobre os fatores que influenciam nesse aumento alarmante dos diagnósticos psiquiátricos na contemporaneidade. Por parte do manual, a partir do DSM-III e de sua definição como atóxico e neutro, passa a estabelecer a fronteira entre o normal e o patológico, classificando cada vez mais sintomas e comportamentos como anormais (Garcia e Pereira, 2020). Assim, há uma padronização e normatização⁷ do sofrimento psíquico, sobreposto ao estudo de caso e a singularidade (Bocchi, 2018). Além disso, o período de tempo dos sinais e sintomas considerado para realizar os diagnósticos também varia de acordo às diferentes edições do DSM: o luto, por exemplo, era considerado no DSM-IV um episódio depressivo pela presença dos sintomas por um período de dois meses, enquanto que no DSM-5 este período se reduz a duas semanas (Martinhago e Caponi, 2019). Logo, estas mudanças podem influenciar no fenômeno do aumento exacerbado dos diagnósticos psiquiátricos atualmente.

O DSM-V coloca como é necessário buscar descrições e validades diagnósticas mais precisas, já que reconhecem “(...) que transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno” (p.41), e que “(...) os limites entre transtornos são mais permeáveis do que se percebia anteriormente.” (p.50). Por fim, coloca-se que: “(...) os limites entre várias “categorias” de transtornos são mais fluidos ao longo do curso de vida do que os identificados pelo DSM-IV, e vários sintomas atribuídos a um único transtorno podem ocorrer, em diferentes níveis de gravidade, em vários outros transtornos” (p.49). Deste modo, a própria organização, frente a crise de validade biológica das classificações, coloca a respeito da volatibilidade dos diagnósticos ao longo da vida e da permeabilidade que permite que um indivíduo se encaixe em mais de uma classificação.

Por se declarar acima das discussões teóricas da psicopatologia, o manual se insere nos diferentes programas governamentais e sistemas de saúde pública e convênios médicos (Dunker, 2014). O Benefício de Prestação Continuada (BPC), por exemplo, conhecido como LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) é um benefício assistencial que oferece um salário mínimo a diferentes populações em situação de vulnerabilidade, incluindo pessoas que

⁷ A padronização seria o uso dos parâmetros estatísticos que balizam a noção de normalidade e patologia em função de uma média e seus desvios, do diagnóstico a partir de sintomas por um determinado tempo, duração e intensidade. Já a normatização é este movimento de catalogar, nomear e codificar as expressões do psiquismo, sejam elas sintomáticas ou existenciais.

possuem transtornos mentais ou doenças psiquiátricas que sejam incapazes de trabalhar por mais de 2 anos, com renda familiar de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e sem condições de sustentar a si e/ou a família tem acesso ao benefício; e aposentadoria por invalidez, na qual deve-se comprovar incapacidade permanente e auxílio-doença, uma incapacidade temporária causada pela doença (Jusbrasil, 2023). Em dados concretos, a Secretaria de Previdência do Ministério da Fazenda afirmou em 2017 que, entre 2012 e 2016, os transtornos mentais foram a terceira causa que mais gerou auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Assim, existem benefícios sociais que só são garantidos àqueles que possuem as classificações diagnósticas, o que também pode ser um fator na busca pelo diagnóstico por parte da população.

O crescente número de pacientes diagnosticados com transtorno mental foi tema da 69ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em 2017, chamada de “A epidemia de transtornos mentais”. A conferencista professora da UNICAMP professora Maria Aparecida Affonso Moysés coloca que: “Medicalizar a vida significa transformar um problema coletivo em um problema pessoal” (Portal UFMG, 2017). Deste modo, aponta-se que há um processo de medicalização e patologização da vida das pessoas que estão fora dos parâmetros sociais, afirmando a relação dessa epidemia com um ideário que não aceita diferenças e singularidades, mas deseja a padronização e normatização de indivíduos não questionadores e submissos ao status quo (Agência Senado, 2023): “Nos Estados Unidos, registros dão conta de que 46% da população sofrem com algum tipo de transtorno mental.” (Portal UFMG, 2017).

Além disso, Landman aponta que a psicopatologização e medicalização, principalmente da infância, são influenciados pelas medidas das autoridades francesas (HAM) do privilégio concedido à psiquiatria biológica, a terapia cognitivo comportamental e a prescrição do metilfenidato nesta área. Seu livro foi prefaciado por Allen Frances, parte da equipe do DSM IV, que denunciou a inflação diagnóstica produzida pelo manual responsabilizando a produção e venda legalizada do metilfenidato e as consequentes campanhas de popularização do diagnóstico como solução para problemas escolares e comportamentais e da medicação como o melhor tratamento (Kamers, 2015). Landman também aponta o abaixamento dos critérios de inclusão nas categorias diagnósticas a partir do DSM III, a chegada dos neurolépticos e psicotrópicos e a entrada da clínica fármaco induzida na psiquiatria como fatores que influenciam a epidemia de diagnósticos, além de um funcionamento em que os sintomas passam a ser designados em função dos medicamentos:

“(…) se o medicamento age atenuando ou fazendo desaparecer os sintomas, isso quer dizer que os sintomas foram produzidos por um desequilíbrio químico que o medicamento visa reparar” (Landman, 2015, p. 31 apud Kamers, 2015, p.520).

Em conjunto com este aumento dos diagnósticos psiquiátricos e psicopatologização, inicia-se a ligação da psiquiatria com a indústria farmacêutica, em um movimento de medicalização no qual produzem-se doenças para remédios (Conselho Federal de Psicologia, 2015). Incentivando este consumo, muitos desses profissionais recebem “brindes” dos laboratórios pela quantidade de remédios de determinada marca que receitam a seus pacientes (De Resende, Pontes e Calazans, 2015). Hacking (2006) questiona se há apenas um aumento no número de casos de depressão no mundo ou ainda um resultado das pressões da indústria farmacêutica, além da influência dos próprios sistemas de diagnóstico e tratamento atuais.

A pressão dos laboratórios é tão evidente que, em 2010, o Conselho Federal de Medicina proibiu os médicos de receberem “vantagens materiais” por receitarem determinados medicamentos e voltou atrás em 2012, permitindo que fosse possível oferecer, em troca, uma viagem para Congresso por ano, financiada por determinado laboratório, justificando que é uma “tendência mundial” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012, p. 5)

Mais além, há uma inversão entre ciência e técnica, entre a produção de conhecimento e a ação terapêutica: se antes as doenças surgiam para depois serem descritas e submetidas a práticas terapêuticas, hoje são definidas a partir dos efeitos das drogas sobre o comportamento. Ou seja, a psiquiatria “(…) passa a definir de antemão e criar ativamente as patologias de sua competência, organizando-as em torno dos agrupamentos de sintomas que desaparecem sob a ação de drogas com ação neuroquímica.” (Neves et al., 2022, p.41). Assim, a psiquiatria cria as patologias para poder tratá-las, uma fabricação de medicamentos que determina a fabricação de diagnósticos (Jerusalinsky e Fendrik, 2011). Se os medicamentos permitem que o sujeito lide com seu próprio mal-estar, suprimindo os sintomas para alcançar o ideal colocado socialmente ao invés de questioná-lo, a psiquiatria tem o papel de criar novas patologias para justificar a utilização dos fármacos.

Pode-se dizer que os processos de medicalização promovem a seguinte inversão: ao invés de se fabricarem remédios para doenças, fabricam-se doenças para remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças. As relações que se estabelecem entre a indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a existência das doenças, além da “eficácia” dos tratamentos balizados por essa lógica “terapêutica”, passam longe do que se espera do ponto de vista ético (CFP, 2015, p.)

Inicia-se também a possibilidade de medicalizar sem a presença do transtorno. Observa-se, por exemplo, um aumento de pesquisas sobre os efeitos dos psicofármacos em indivíduos sem histórico psicopatológico (saudáveis), em uma disseminação do uso para alcançar a norma de performance. Com isso, os medicamentos são utilizados em uma ação extra terapêutica, além dos limites convencionais. A revista *Nature* indicou o uso de Adderall e Ritalina por 20% de 1400 leitores de 60 países diferentes, utilizados para estimular o foco concentração e memória, sem prescrição médica (Mossman, 2012 apud Neves et al., 2022). Em 2017, um estudo sobre a popularidade do uso dos medicamentos para aprimorar o funcionamento cognitivo, especialmente entre jovens adultos, apontou o uso em relação à competitividade, visto que os motivos para o uso foram declarar transtornos sem diagnóstico, medo de reprovar no exame e acreditar que outros colegas também tomam (Rubin-Kahana et al., 2020 apud (Neves et al., 2022).

4.2. A busca pelos diagnósticos e autodiagnósticos

Chama a atenção que os próprios sujeitos passam a buscar pelo diagnóstico, ou mesmo se nomear a partir deles mesmo sem uma confirmação médica, a partir da prática do autodiagnóstico, com frequência já chegando ao consultório do psiquiatra se rotulando como certo tipo de doente (Pombo, 2017).

Pombo (2017) coloca como um dos fatores influenciadores a participação da mídia, ao divulgar os sintomas das doenças e fornecer ferramentas para verificá-la, o que vai de encontro com o colocado por Landman a respeito das campanhas de popularização do diagnóstico como solução para problemas (Kamers, 2015). A internet e as redes sociais também têm um papel importante, visto que existem sites e grupos de apoio que muitas vezes contam com o patrocínio de empresas farmacêuticas, além de dicas de como agir, falar e se vestir para facilitar a conquista do diagnóstico. Salgado, Rezende e Reis (2021) afirmam que os usuários nas redes sociais divulgam entre si testes, listagens de sintomas, relatos, se disponibilizam a conversar e orientar outros de como efetuar o autodiagnóstico.

Logo, a divulgação das nomeações influencia a população a se perceber a partir do discurso psiquiátrico, como apontam Neves et al. (2022) “(...) a ampla divulgação dos transtornos mentais possibilita o exercício do autodiagnóstico” (p.156). De acordo com Aguiar (2004), a descrição sintomatológica também influencia nesse processo:

A difusão social do conceito de doença tem o objetivo de fazer com que o próprio paciente possa fazer seu diagnóstico e sugerir o tratamento ao seu médico. Como no

DSM é realizado pela mera identificação de sintomas, não dependendo de nenhum exame complementar, é perfeitamente possível que o próprio paciente estabeleça seu diagnóstico e até mesmo o tratamento farmacológico que achar conveniente. O DSM virtualiza o médico, fazendo com que cada paciente possa, exceto pelo papel doravante burocrático de assinar a receita, tornar-se médico de si mesmo. (p. 100)

Giles e Newbold (2011) pesquisaram acerca da função dos diagnósticos e autodiagnósticos de saúde mental em comunidades online. Nos anos iniciais da internet, existia uma ideia de que ela se tornaria um “laboratório de identidades” no qual as pessoas poderiam experimentar diferentes versões de si. Além de possibilitar a construção de identidades, a internet é um espaço no qual se torna possível encontrar outros que compartilham suas ideias não convencionais e, apesar de possuir consequências potencialmente perigosas (como o encorajamento ao suicídio), também forma redes de suporte por meio de experiências compartilhadas e possibilita dar voz aos indivíduos, contrabalanceando o convencional saber médico. Apesar de consultas com profissionais ainda serem sugeridas, a referência para obter o diagnóstico formal é desconfortável e negativa dentro dessa contracultura de resistência ao estabelecimento médico. Existem movimentos de dar conselhos informais, oferecer sugestões de diferentes diagnósticos para a descrição de comportamentos dada por aqueles não diagnosticados e recomendar diagnósticos online por meio de instrumentos como “quizzes” (Giles e Newbold, 2011).

A respeito desta questão da identidade, central em sua pesquisa, os autores apontam que nas comunidades orientadas para saúde mental existe um fenômeno chamado “Madness for identity”, que vai no caminho contrário da antiga questão problemática do rotular e da estigmatização do DSM, já que os indivíduos demandam tais nomeações, buscando pelo rótulo, defendendo seu direito de serem identificados com tal nomeação e formando uma identificação com subgrupos e subtipos da doença. Assim, torna-se central na comunidade ser diagnosticado pela síndrome que a caracteriza e formam-se políticas estritas de “por para fora” aqueles que estão apenas “fingindo”, celebrando a condição e a categoria. Assim, formam-se identidades a partir dos diagnósticos, e, se ser diagnosticado passa a significar pertencer a comunidade, é frequente que a confirmação do diagnóstico seja comemorada (Giles e Newbold, 2011). Esta questão vai de acordo com que aborda Pombo (2017) a respeito de uma passagem da estigmatização e exclusão dos indivíduos com transtornos mentais para, nos dias atuais, uma busca pelo diagnóstico e a necessidade deste para pertencerem e serem incluídos a um grupo.

De acordo com Salgado, Rezende e Reis (2021), nos autodiagnósticos relatados na rede social do Twitter, os perfis eram em sua maioria de adolescentes e jovens adultos e formaram-se comunidades voltadas para as temáticas de saúde mental. Observou-se primeiramente uma diferença no termo “autodiagnóstico”, já que alguns o utilizam de modo rígido como uma verdade absoluta, e outros como uma hipótese ou uma busca por autoconhecimento temporário para ser confirmado por um profissional posteriormente. Observaram-se três movimentos diferentes em relação aos autodiagnósticos: 1) pessoas diagnosticadas formalmente desfavoráveis a esta prática e invalidando o sofrimento e angústia dos que o faziam; 2) favoráveis a prática, diagnosticados formalmente ou não e 3) pessoas que realizam não apenas o próprio diagnóstico como o de outras pessoas.

Alguns argumentos a favor do autodiagnóstico foram: 1) inacessibilidade dos atendimentos especializados devido ao alto custo; 2) percepção de que os profissionais de saúde mental não são capacitados para realizar o diagnóstico; 3) inconstância dos profissionais do SUS, processo lento e prejudicial a continuidade; 4) apoio social dos usuários da internet ao sofrimento e ao autodiagnóstico, formando uma rede de apoio. Ainda, alguns fatores que colaboram para o autodiagnóstico: 1) a facilidade de encontrar um arquivo ilegal do DSM-5; 2) a colaboração involuntária de psicólogos e graduandos que compartilham listagens de sintomas que podem ser usadas para efetuar autodiagnósticos; 3) testes não científicos e sem rigor facilmente encontrados para verificação de sintomas dos transtornos tais como o Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno Bipolar e, o mais popular, o Teste de Depressão, Ansiedade e Estresse (Salgado, Rezende e Reis, 2021)

Giles e Newbold (2011) concluem que a prática diagnóstica é cultural e pode ser realizada tanto por profissionais como indivíduos a partir das síndromes do DSM: “Todos nós podemos pegar uma cópia do DSM-IV (APA, 1994) e associar um conjunto de comportamentos a uma síndrome identificada no manual.” (p. 427, *tradução nossa*)⁸. Assim, ao mesmo tempo que os diagnósticos e autodiagnósticos dão credibilidade para seu sofrimento e fornecem ao sujeito uma identidade, os comportamentos passam a ser identificados como patológicos e há uma problemática ao basear sua identidade nas

⁸*We can all pick up a copy of DSM-IV (APA, 1994) and match a set of behaviors to a syndrome identified in the manual.*” (Giles e Newbold, 2011, p. 427)

nomeações, visto que tanto as categorias do DSM quanto os critérios para sua obtenção são extremamente voláteis entre as diferentes edições do manual.

4.3. Diagnóstico e sintoma na psicanálise - a oposição frente a esses fenômenos

O conceito de diagnóstico é complexo. Autores como Banzato, Pereira e Dantas o distinguem amplamente como a discriminação de entidades clínicas de classificação, distribuídas em grupos ou categorias. Na psiquiatria, os diagnósticos dos transtornos mentais são realizados por meio da classificação de sintomas no DSM, fundamentados biológica e empiricamente, utilizando categorias nosológicas que “(...) não exprime a complexidade da condição do paciente, mas apenas designa o que esse paciente tem em comum com os demais indivíduos incluídos no mesmo conjunto” (Dunker e Neto, 2011, p.3). Assim, utiliza-se a psicopatologia operacional-pragmática, definições dos transtornos e sintomas são formuladas e tomadas de modo arbitrário, sem questionar a natureza ou os fundamentos por trás.

Se na medicina pré-científica o sintoma era considerado uma expressão da doença, uma forma dela se apresentar (Silva e Rudge, 2017), mas, com a biologização, a psiquiatria aproximou-se da epistemologia médica do paradigma anatomoclínico, propondo “(...) para toda manifestação sintomatológica clínica de um paciente, deve haver um correlato orgânico identificável.” (Neves et al., 2022, p.135), e “(...) critérios exclusivamente empíricos para o diagnóstico das doenças, apontando não apenas quais sintomas, como também a quantidade e a duração necessárias para a atribuição de um certo diagnóstico” (Silva Junior, 2021, p.40). Assim, a psiquiatria se afastou da psicanálise, declarando-se biológica e atórica, privilegiando a descrição de sintomas (Ribeiro, 2020) e a psicofarmacologia como terapêutica, culminando nos processos de psicopatologização e medicalização observados.

Dalgarrondo (2008) coloca que este tipo de psicopatologia é fundamentalmente oposto a psicopatologia fundamental, proposta pelo psicanalista francês Pierre Fedida, que centra-se nos fundamentos históricos e conceituais, não apenas da tradição médica, tentando superar a dicotomia entre o biológico e o ambiental e encarando a doença mental no sentido de pathos, sofrimento, paixão e passividade (Dalgarrondo, 2008). Ainda, coloca que a psicopatologia psicanalítica entende os sintomas e síndromes mentais como uma expressão de conflitos e desejos inconscientes, uma “formação de compromisso” (Dalgarrondo, 2008) Deste modo, torna-se necessário situar o diagnóstico e sintoma para a psicanálise, em contraposição a estas noções psiquiátricas.

De acordo com Figueiredo e Machado (2000), o diagnóstico em psicanálise é intrinsecamente ligado à noção do inconsciente, já que “O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica” (Freud, 1900/2019 p.666) e “(...) toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica” (Figueiredo e Machado, 2000, p.66). O inconsciente é desconhecido, sua apreensão é parcial, emerge através da fala, e é a “(...) única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece” (p.66 e 67).

É na análise que o sujeito é escutado na narração de seu pathos no discurso (Moraes e Macedo, 2018). Diferentemente da psiquiatria, o diagnóstico não é empírico, objetivo, generalizável e descritivo, nem se reduz as classificações diagnósticas, mas produz uma história e verdade singular, operando em um modo particular de tratamento, a partir da realidade psíquica, das produções discursivas e seus efeitos no sujeito. O importante é o que se constrói no momento clínico, na fala do sujeito, e não nas sistematizações pensadas a priori. Isso porque o diagnóstico psicanalítico é estrutural, no sentido de “(...) se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência” (Figueiredo e Machado, 2000, p.67), e os sintomas transferidos e revividos na relação terapêutica. É nessa produção que o sintoma se coloca como um enigma para aquele que se queixa (Legnani, 2012).

Torna-se necessário entender como a psicanálise entende os sintomas. A partir da angústia⁹ sentida pelo eu, desencadeia-se um processo de defesa e recalçamento no qual formam-se os sintomas, substitutivos e deformados. Se o sintoma não se forma não evita o estado de angústia, o perigo se concretiza e o sujeito se vê em situação de desamparo (noção abordada no capítulo 6.1). Nesse sentido, o sintoma vêm do reprimido e por isso é inicialmente visto como exterior ao eu (1933/2010): “(...) o processo transformado em sintoma pela repressão afirma então sua existência fora da organização do Eu e independentemente dela.” (Freud, 1926/2014, p. 28).

Por outro lado, devido a necessidade do eu de unificação, os sintomas são incorporados a sua organização, adaptando-se e tomando proveito da situação, o que Freud nomeia de ganho secundário proveniente da doença, o que faz com que o sintoma persista: “Ela favorece o esforço do Eu em incorporar o sintoma e aumenta a fixação deste. Quando

⁹ Teoria da angústia (1926) - dispositivo que o ego põe em ação diante de uma situação de perigo, de forma a evitar ser submerso pelo afluxo das excitações. O sinal de angústia reproduz de forma atenuada a reação de angústia vivida primitivamente numa situação traumática, o que permite desencadear operações de defesa (Laplanche e Pontalis, 2001, p.486 e 487).

buscamos prestar ajuda analítica ao Eu em sua luta contra o sintoma, vemos que esses laços conciliatórios entre Eu e sintoma atuam do lado das resistências, e não é fácil rompê-los.” (Freud, 1926/2014, p.31). A partir da pulsão de morte responsável pela compulsão à repetição, o lugar de sofrimento e desprazer é ao mesmo tempo o que proporciona uma satisfação, “(...) o sujeito goza em seu mal-estar” (Dias, 2006, p.402). Logo, embora seja produtor de angústia e desprazer, o sintoma encontra satisfação nestes atos de descarga.

Deste modo, apesar de não impedir a comunicação, as epistemologias entre a psicanálise e a psiquiatria tornaram-se inconciliáveis. Ambos partem do sintoma, sendo este seu ponto de convergência. Porém, a psiquiatria busca a eliminação do sintoma, a biologização dos transtornos e a normalização psicossocial do sujeito, enquanto a psicanálise parte do inconsciente, não focalizando a cura na eliminação do sintoma já que se este for eliminado sem entender sua função para o sujeito faz apenas com que outro sintoma tome seu lugar em sintonia com seu desejo (Ribeiro, 2020). Ainda, entendendo que o sujeito se expressa a partir de seu sintoma, a práxis psicanalítica é radicalmente desmedicalizada (Safatle, 2009). De acordo com Freud (1926/2014), “O sintoma é indício e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu, é consequência do processo de repressão” (p.19 e 20), e assim o Eu mantém a ideia portadora do impulso desagradável fora da consciência. Dias (2006) explica que as neuroses são um conflito entre o eu e as pulsões, que por serem incompatíveis com os padrões éticos e sociais são recalçadas e afastadas da possibilidade de satisfação. Buscando vias de satisfação indireta, o sintoma se forma como um retorno do recalçado, uma formação de compromisso entre os desejos inconscientes pulsionais que visam a satisfação e a censura imposta ao sujeito pelo mundo.

Apesar de não desconsiderar o biológico, a psicanálise não enxerga o sofrimento psíquico como linear ou consciencialista, mas na condição do sujeito e seus padecimentos, se interessando pelos efeitos singulares do experienciado pelo sujeito de inconsciente. O sujeito ocupa duas posições, por um lado passivo diante do excesso de sofrimento, e por outro ativo na produção de seus sintomas (Moraes e Macedo, 2018). Por conta disso, há um incômodo psicanalítico frente a autonegação de um quadro psiquiátrico, já que o diagnóstico psiquiátrico descreve uma disfunção que é incorporada a identidade, mas não há uma demanda na qual esteja suposta a responsabilidade do sujeito (Silva Junior, 2021).

O diagnóstico na psiquiatria busca reconhecer os sintomas e sinais presentes, os remetendo a alguma categoria existente, em uma nomeação da queixa trazida, e assim, o

psiquiatra sempre devolve uma classificação, mesmo que seja “sem transtorno mental”. Já o psicanalista não dá um diagnóstico a quem o procura, apenas utiliza este diagnóstico de seu tipo de funcionamento (neurótico, psicótico ou perverso) para orientá-lo em relação à demanda do analisante e como ele irá dirigir o tratamento (Souza, 2013). Ainda, o analista recebe a queixa do paciente mas ao mesmo tempo questiona a validade (ou existencia) do ideal ao qual a paciente quer se adequar. A fala da paciente é protagonista no tratamento, em uma troca com intervenções do analista, não de uma adequação a ideais mas uma construção e tratamento que lidem com o conflito (Silva Junior, 2021).

Ainda, a definição de saúde para a psicanálise prioriza o modo singular da pessoa para estabelecer o que é saúde, sendo os sintomas um sinal de que algo está fora de ordem para o sujeito. Nesse sentido, a psicanálise dentro da instituição de saúde pode aceitar uma demanda, mas isso não significa respondê-la ou suprimi-la. Ainda, em muitos casos o sujeito pede a cura do sintoma quando seu desejo é permanecer com ele: reconhecer a posição de doente é insuficiente para o tratamento, visto que há um apego do sujeito ao sintoma, de acordo com as noções da pulsão de morte e de ganho secundário da doença. Logo, a psicologia não pode se colocar a serviço da ordem médica (Moretto, 2017). Sendo a psicanálise sempre guiada pelo inconsciente, algo que atravessa o sujeito que nem ele mesmo conhece e estranha quando aparece, é por meio da fala e da escuta que o sujeito pode significar seu sofrimento, o que vai contra o movimento de patologização da existência, medicalização da vida e supressão do *pathos*, não reduzindo sofrimento ao sintoma e trabalhando para desconstruir tais discursos, tracejando a partir do *pathos* os caminhos de tratamento (Ribeiro, 2020).

A escuta analítica como exercício ético no campo da alteridade situa-se na contramão das imposições contemporâneas, oferecendo um espaço para o trabalho com a singularidade do sujeito, seus desejos e padecimentos, diferentemente de convocá-lo à performance e à massificação cultural (p.91)

V. CAPÍTULO III - PERSPECTIVAS PSICANALITICAS

5.1. O mundo contemporâneo e suas formas de desamparo

Como visto, iniciou-se no século XIX a psicologização da loucura na definição do termo “doença mental”, da busca da psiquiatria por ser uma ciência médica e o processo de intensa medicalização do ocidente (Birman, 2023). No final do século e início do XX elaboram-se os manuais psiquiátricos, sendo que a psicanálise e abordagens psicossociais ainda influenciavam suas classificações. Já na década de 1950, inicia-se a biologização e aproximação com a indústria dos psicofármacos (Birman, 1999). Em 1970 e 1980, com as críticas e consequente divulgação do DSM-III, iniciou-se a psiquiatria contemporânea e um afastamento de outras áreas, como a psicanálise, e de suas implicações sociais, éticas, filosóficas e psíquicas, restando apenas o biológico, baseado na sintomatologia de abordagem operacional-pragmática. Com isso, o tratamento proposto passou a ser baseado nas ciências cognitivas, como as neurociências e medicina de imagens, e submetido à medicalização dos sintomas, sendo este o ponto de chegada do processo iniciado na segunda metade do século XIX (Birman, 2023).

Estes processos culminaram no aumento de diagnósticos e no fenômeno da psicopatologização contemporâneos. Diversos autores realizam uma análise do contemporâneo em relação com o desamparo e o mal-estar do sujeito, observando-se que a partir deste contexto iniciado na década de 50 e definido nos anos de 1970 e 80, os signos das novas formas de mal-estar ficaram explícitos, sendo que “(...) as novas formas de mal-estar foram a condição histórica que possibilitou a oposição entre psicanálise e psiquiatria biológica” (Birman, 2023, p.64). Deste modo, entendendo-se que os fenômenos estão intrinsecamente ligados aos modos de funcionamento e de subjetivação do mundo contemporâneo, torna-se necessário realizar uma breve síntese deste.

Resumidamente, o desamparo é o sentimento de incompletude do organismo, da necessidade de realizar trocas com o mundo por conta da dependência do outro para sobreviver, do sentimento de perigo de perder e ser abandonado pelo protetor que livra a criança da situação de desamparo (De Oliveira, Resstel e Justo, 2014). Assim, é a condição fundamental e estrutural da vida psíquica da oposição entre as exigências pulsionais e suas possibilidades de satisfação frente às restrições da cultura e da realidade (Campos e Da Silva, 2020), um conflito que nos acompanha durante toda a existência (Birman, 1999). Com o aparelho psíquico já constituído, o desamparo se expressa como angústia, que sinaliza e tenta

prevenir a revivência desta condição. Sendo o sujeito dependente de outros, é a partir dessa noção de desamparo que ele é introduzido na ordem simbólica: no amparo materno da impotência psicomotora do bebê e do desvelamento de caráter sexual, inconsciente e enigmático (Campos e Da Silva, 2020) e a mediação paterna, da privação da onipotência, em um processo de separação que é necessário para que a criança invista em outros objetos e tenha acesso ao simbólico (Dör, 1991).

Em Totem e Tabu (Freud, 1913/2012) e Psicologia das Massas a Análise do Eu (Freud 1921/2011) evidencia-se o mito construído sobre a formação da civilização. Frente ao sentimento de hostilidade ao domínio do pai da horda, ocorre o assassinato deste pelos filhos. A partir deste, estabelecem-se regras e restrições (tabus) por meio das instituições para regular o comportamento - repressão dos instintos sexuais e agressivos - e símbolos (totens) para lidar com os sentimentos de culpa e ambivalência em relação ao ato. A partir da internalização da figura do pai em um processo de identificação¹⁰ e idealização¹¹, constitui-se a coesão do vínculo grupal e do senso de identidade.

Nesse sentido, a formação da personalidade e da individualidade se dá através da socialização do indivíduo nos núcleos como a família, as instituições sociais e o Estado. A socialização se dá a partir de processos de identificação, sendo que “Identificar-se é, de grosso modo, “fazer como”, atuar a partir de tipos ideais que servem de modelo e de polo de orientação para os modos de desejar, julgar e agir” (p.17). Com isso, a constituição da subjetividade é conflituosa pois, movida por esta internalização de modelos ideais, é uma alienação do desejar e pensar a partir do outro, socialmente reconhecido, em um processo repressivo que exige a conformação a padrões gerais de conduta (Safatle, 2009).

Assim, a noção de desamparo é essencial para a edificação da civilização: temendo o desamparo, o homem estabelece relacionamentos para superar coletivamente suas fragilidades, mesmo que para isso tenha que realizar renúncias pulsionais (Campos e Da Silva, 2020). Inicia-se portanto a problematização do desamparo como referência para o estudo do mal-estar humano (Campos e Da Silva, 2020). De acordo com Freud (1930/2010, p.60), “(...) a civilização é construída sobre a renúncia instintual”, ou seja, a constituição da

¹⁰Processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações (Laplanche e Pontalis, 2001, p.226).

¹¹Processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados a uma perfeição. A identificação com o objeto idealizado contribui para a formação e para o enriquecimento das chamadas instâncias ideais da pessoa (ego ideal, ideal do ego). (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 224)

civilização impõe um sofrimento psíquico do conflito entre as pulsões individuais e as possibilidades de satisfação frente às exigências e normas sociais. Sendo assim, para que a vida social seja minimamente harmoniosa, é necessário por um lado a interiorização da autoridade simbólica e da moralidade (Campos e Da Silva, 2020) e, por outro, um modelo de civilização no qual exista um exemplo e influência de líderes que induzam a massa a suportar as repressões necessárias para a existência (Costa e Mello, 2016)

Entretanto, a teoria freudiana não é uma descrição dos conflitos intrínsecos do sujeito frente à sociedade, mas uma tentativa de resposta à crise da subjetividade, as reconfigurações do mal-estar e desamparo na modernidade, com seus valores patriarcais e burgueses em torno da figura do estado liberal e do conhecimento racional (Birman, 1999). Se antes as regras sociais se materializavam na figura de Deus, como pai ideal e protetor do desamparo, na modernidade a subjetividade fundamentava-se na perda da confiança nessa figura, impondo aos indivíduos uma nova construção psíquica para evitar o desamparo (Campos e Da Silva, 2020). Assim, os mediadores da interiorização da moral e da autoridade simbólica passaram a ser as instituições, tais como o Estado e a família. No ápice da modernidade, no século XIX e início do XX, existia forte e sólida ligação dos indivíduos com tais instituições e, apesar de por um lado promover referências identitárias fortes, havia uma necessidade em adaptar-se às normas e um sofrimento e culpa caso não o fizesse. Em uma perspectiva psicopatológica, este funcionamento de interdição entre o sujeito e as normas sociais era propício para o desenvolvimento da neurose freudiana (Minerbo, 2013).

No período pós-moderno (contemporâneo), o indivíduo não mais se estrutura a partir dos pilares modernos (Oliveira, Russtel e Justo, 2014). Se o mal-estar moderno ligava-se às instituições excessivamente fortes, o contemporâneo liga-se justamente à fragilidade e enfraquecimento destas (Minerbo, 2013). Aponta-se a crise das políticas vigentes, das leis de organização social, da dificuldade de acesso aos direitos básicos e a diminuição do senso comunitário como fatores que alimentam a desordem social e desmotivação dos indivíduos, sem líderes exemplares para justificar as repressões pulsionais (Costa e Mello, 2016). Para Birman (2006) há uma insegurança estrutural do sujeito contemporâneo frente às instabilidades do mercado de trabalho, a destruição dos valores morais, o cansaço de si mesmo e a desposseção subjetiva.

Vivemos em uma sociedade capitalista neoliberal, teorizada a partir de expressões como a cultura do narcisismo, sociedade do espetáculo e cultura performática, na qual há uma

valorização do individualismo e consumismo, em um imperativo da lógica de consumo de prazer a todo custo. Para Bauman (2008), a contemporaneidade é marcada pela globalização que facilitou a vida dos indivíduos, mas impôs uma liquidez do enfraquecimento do laço com os outros e transformou pessoas em mercadorias que remodelam-se como produtos para alcançar uma performance social. Nesse sentido, se na modernidade a condição estrutural era a renúncia do prazer para maior segurança e bem-estar social (justificando a internalização da culpa), na contemporaneidade há uma busca incessante de prazer, de satisfazer as pulsões sem encontrar a angústia e o desamparo.

O preço desta demanda é pago pela diminuição da segurança: baseado em fatores como o funcionamento individualista, o sentimento de culpa da impossibilidade de se inserir nas exigências da performance e do consumo, no aumento do narcisismo, na falta de alteridade e na falta de garantias da vida coletiva (como previamente a religião e o Estado), cada um se torna responsável por sua sobrevivência, (Campos e Da Silva, 2020). Neste funcionamento, resta ao indivíduo a necessidade de se constituir como sujeito, a partir de sua condição de liberdade e autodeterminação (Figueiredo, 1995 apud Campos e Da Silva, 2020): *“(...) as pessoas se tornam cada vez mais responsáveis individualmente pelos riscos que a sobrevivência lhes coloca”* (p.80).

Neste mundo contemporâneo incerto e veloz que o sujeito não consegue acompanhar, o desamparo e seu mal-estar contemporâneo se baseiam na angústia do excesso de liberdade e desregulamentação da ordem. A partir da queda das instituições, há uma fragilidade de segurança, acolhimento e possibilidade de simbolização ao sujeito, visto que este depende das significações oferecidas para atribuir sentido à realidade e simbolizar suas experiências. Ainda, há uma mudança na estrutura familiar, como o declínio da função paterna (que interdita a onipotência da função materna e insere o sujeito na função simbólica) e, conseqüentemente, o desamparo é negado e o sujeito não sai do narcisismo: nada lhe falta, sem reconhecer a incompletude, em uma dificuldade de aceitar a lei e seus representantes (Costa e Mello, 2016).

Com a perda dos referenciais antigos, o sujeito tem que reinventar-se a partir de si mesmo, sem funções simbolizantes para se ancorar, encontrando dificuldades de organização psíquica para lidar com as experiências do excesso, como consumismo, aceleração da vida e ampliação do espaço, em um estado de esvaziamento subjetivo (De Oliveira, Resstel e Justo, 2014). De acordo com Costa e Mello (2016), os sujeitos assumem a responsabilidade da

própria vida sem referenciais e sem amparo, em uma vastidão de opções, sentindo-se inseguros, perdidos e desamparados, plenos de liberdade mas sem saber o que fazer com esta.

Birman (2023) argumenta que há uma imprevisibilidade na qual o sujeito sofre como efeito a vertigem e a ameaça do abismo. Os signos e seus códigos de interpretação que antes orientavam sua existência foram deslocados simbolicamente. Sustenta-se que existe uma prevalência do espaço a expensa do tempo: “Tudo se passa como se a subjetividade acreditasse que estivesse vivendo um eterno presente, no qual a repetição do mesmo fosse tão poderosa que não anunciase mais qualquer possibilidade de ruptura e de descontinuidade.” (p.9). Há uma espacialização da experiência na qual predomina a dor às expensas do sofrimento: o sofrimento pressupõe a temporalização e a repetição do trauma para que possa ser simbolizado, enquanto a dor se evidencia pela repetição compulsiva, sem temporalização ou simbolização, em um fechamento em si que o autor nomeia de posição solipsista. Ao invés do desamparo, que possibilitaria o movimento desejante, “(...) é o desalento que se impõe como pathos, destinando-o então à paralisia” (Birman, 2023, p.9). Em uma falta de garantias sobre a existência e seu futuro, o sujeito contemporâneo sofre imobilizado e não desejante, sem temporalizar o traumático, em uma dor mais pela insegurança e exigência do prazer do que pela renúncia, uma liberdade para gozar seus desejos sem referenciais sólidos para tal.

Com um sujeito responsável por si mesmo e ao mesmo tempo sem que conseguir simbolizar suas experiências, apenas reconhecido quando está inserido na ordem consumista, há um esvaziamento das experiências subjetivas dentro-de-si, da reflexão interna, privilegiando-se a valorização do fora-de-si, da cultura da imagem, a performance e a exaltação do exterior (Campos e Da Silva, 2020). Na exaltação do individualismo, os laços se enfraquecem em vínculos passageiros e tênues. O sujeito não consegue elaborar e simbolizar suas experiências em seu próprio espaço e evacua para o campo social (fora) e para o somático (dentro), em uma fuga do desprazer e do sofrimento. Assim, as formas de sofrimento atuais, chamadas “psicopatologias contemporâneas”, se expressam a partir de um caráter somático, registrado no corpo, visto que os sujeitos não conseguem nomear seu mal-estar e suas angústias.

5.2. O lugar social da psiquiatria

O modelo social sobre o que o sujeito deve ser reflete no ideal de normalidade ao qual nos adequamos e nos submetemos (Birman, 1999). Como colocado no próprio DSM-V

(APA, 2014), “Transtornos mentais são definidos em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares”, já que os limites entre normalidade e patologia e a tolerância dos sintomas e comportamentos, variam em relação a esses diferentes contextos. Assim: “A cultura proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são os critérios para o diagnóstico”. Ainda, Foucault denomina de “relatividade do fato mórbido” a ideia de que uma doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal (Pombo, 2017)

Assim, questiona-se, quais são as normas e valores aos quais nos submetemos no contemporâneo? A noção de normalidade e saúde colocada é um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Ministério da Saúde, 2021), no meio de exigências como a busca incessante de prazer, a valorização da autoimagem, performance e ostentação de si, em uma aspiração de viver sem dor e desconforto (Bocchi, 2018). Por outro lado, este ideal é impossível de ser realizado na visão psicanalítica. Isso porque as renúncias pulsionais realizadas pelo indivíduo para estar dentro da civilização acarreta em uma impossibilidade de satisfação total, formando-se um mal estar que elimina a possibilidade de bem-estar completo (Da Silva Travaglia, 2014). Assim, no processo de normatização médica e medicalização iniciado desde o século XIX constituiu-se o biopoder, por meio do qual a qualidade de vida da população se transformou na maior fonte de riqueza das nações (Costa e Mello, 2016), e “a saúde se transformou no nosso ideal supremo” (Birman, 2023, p.70)

Na sociedade neoliberal, do espetáculo, performance e narcisismo, a imagem do corpo ocupa um lugar importante, sustentando a busca pela perfeição física e do interesse do outro, servindo como suporte da própria identidade (Costa e Mello, 2016). Neste ideal inalcançável, a imagem passa a ser utilizada como instrumento de venda de mercadorias (Neves et al., 2022), e o corpo se transforma em uma caixa de ressonância do mal-estar pela qual nos sentimos culpados, produzindo-se cada vez mais sintomas psicossomáticos (Birman, 2023). O ideal social também se coloca frente ao aprimoramento de si: A partir de 1970 houve uma transformação da função terapêutica da psiquiatria para a de aprimoramento (enhancement¹²), em uma disseminação do uso de psicofarmacos em indivíduos “saudáveis” para alcançar a norma de performance, para buscar “(...) uma versão melhor de nós mesmos: mais saudáveis, mais dispostos, mais inteligentes ou criativos” (Neves et al., 2022, p.99). Nas pesquisas sobre esse uso extraterapêutico, destacam-se resultados como a mudança para humor positivo,

¹² “(...) enhancement não é considerado apenas como aprimoramento, mas um empuxo, uma força que move para uma melhoria constante e crescente” (Coelho e Neves, 2023, p.3)

menor irritação, maior eficiência no trabalho e melhor desempenho, ou seja, “(...) empregados mais eficientes e menos angustiados diante do excesso de tarefas” (p.154). A dimensão econômica também destaca-se no documento da OMS (2001), apontando-se a diminuição da capacidade produtiva, do que o indivíduo deixa de produzir quando acometido pela depressão.

(...) são claros os ideais que norteiam o tratamento, tendo-se a produtividade no trabalho como principal problema a ser resolvido, de maneira que o sofrimento não aparece propriamente como uma forma de mal-estar, mas mais fortemente como uma inadequação em relação a expectativas (Silva Junior, 2021, p.73).

Se antes a organização social pautava-se na imposição das normas sociais e consequente repressão dos desejos que se contrapunham a estas, atualmente existe um alinhamento entre os desejos e a ordem social, “(...) em uma dinâmica na qual a autorrealização dos sujeitos faz coro aos imperativos sistêmicos do neoliberalismo” (Neves et al., 2022, p.163), em “(...) uma lógica em que a adequação desenfreada aos ideais culturais é tomada enquanto horizonte necessário” (p.167). A subjetividade contemporânea necessita responder às exigências da sociedade capitalista de produção de lucro e enaltecimento da própria imagem e, aqueles que não acompanham tais valores, sofrem com o adoecimento psíquico (Costa e Mello, 2016), formando-se diversos tipos de mal-estar, já que este “(...) é o signo privilegiado e a caixa de ressonância daquilo que se configura nas relações do sujeito consigo mesmo e com o outro, revelando, assim, as coordenadas cruciais que seriam constitutivas da experiência subjetiva (Birman, 2023, p.55).

As formas de mal-estar contemporâneo são portanto coordenadas de sua constituição consigo mesmo e com os outros, e observa-se como estão intrinsecamente relacionadas ao modelo social, por exemplo a prevalência das desordens depressivas como uma manifestação do sofrer que se relaciona com essa intolerância e patologização da tristeza (Bocchi, 2018). Com ideais inalcançáveis, o sujeito inescapavelmente fracassa (Birman, 2023) e “(...) aquilo que antes se considerava como reações esperadas diante de eventos negativos da vida estaria sendo visto como doença psiquiátrica” (Teixeira, 2012). Assim, a psiquiatria entra em jogo pois o sofrimento psíquico é classificado como doença psiquiátrica e tamponado pela utilização dos psicofármacos, permitindo aparentar estar bem. Logo, a psiquiatria, em conjunto com a indústria farmacêutica, permitem a realização do desejo de se inserir nos ideais contemporâneos (Costa e Mello, 2016). A intervenção psiquiátrica passa a ir além das fronteiras da medicina, atuando em todas as esferas sociais nesta lógica de autorealização em conjunto com a economia de produção e a indústria do bem-estar (Neves et al., 2022),

transformando o cidadão comum em paciente (Neves et al., 2022). O sofrimento e mal-estar, inaceitáveis na cultura da performance e bem-estar, são neutralizados por meio da lógica de consumo (Oliveira, Resstel e Justo, 2014), em uma oferta de objetos e ideais que permitem que o sujeito não encontre sua angústia e o desamparo (Campos e Da Silva, 2020).

Nesse sentido, Birman (1999) defende que a partir da biologização da psicopatologia instaura-se o medicamento como instrumento “eficaz” para lidar com os sintomas e assim “Não se pretende mais a cura, no sentido clássico da medicina clínica, mas apenas a regulação do mal-estar” (p. 185). Com efeito, o que acontece é uma medicalização do social e um aprofundamento nos diagnósticos. Bocchi (2018) utiliza a orientação da OMS (1993) de que o CID siga a “(...) regra geral de registrar tantos diagnósticos quanto forem necessários para cobrir o quadro clínico” (p.6) para abordar o fato de que “Não há mal-estar que não possa ser diagnosticado e codificado nominalmente” (p.103).

Para Da Silva Travaglia (2014), “Psicologizar e medicalizar a vida cotidiana é efeito de um alarmismo em torno de comportamentos até então tidos como comuns, que agora podem receber o signo de doentios, os incômodos e o mal-estar dos sujeitos se aglomeram em jargões médico, se cristalizam nos diagnósticos” (p.47). Assim, a psiquiatria passa a classificar todos os tipos de mal-estar da existência humana, tornando-as patológicas e passíveis de intervenção medicamentosa, em uma regulação do mal-estar sem questionar o que este está expressando. A própria noção de saúde como bem-estar completo pode ser vista como uma tentativa de eliminar sintomas sem questionar o que pretendem expressar, visando a adaptação ao meio social e a reprodução da ordem vigente, em um silenciamento do mal-estar e o que este tem a dizer (Birman, 1999).

5.3. A responsabilização do indivíduo pela gestão de seu sofrimento

Como defende Neves et al. (2022), este aumento diagnóstico e da medicalização está em íntima relação com a lógica neoliberal de gestão do sofrimento psíquico, sendo a psiquiatria seu campo de efetivação. Com a biologização e a ligação com as neurociências e a indústria farmacêutica, a psiquiatria atende “(...) os interesses e exigências do modo de produção capitalista ao qual estamos submetidos - é necessário eliminar as dores e conflitos para produzir mais e melhor” (Silva e Rudge, 2017 p.226). Declarando-se como neutra e biológica e ocultando as mediações sociais e políticas dos fenômenos psíquicos, deixa o sujeito comprometido individualmente com a adequação às exigências sociais que o circunda,

permitindo a partir de sua intervenção a busca de alcançar a performance e auto realização da idealização social do que devem ser.

Bocchi (2018) aponta a expressão de Alain Ehrenberg “usinagem de si mesmo” para se referir a esta colocação do sujeito como responsável tanto por seu sucesso quanto pela produção e gestão de suas deficiências. Esse objetivo é alcançado por meio da utilização dos conceitos pragmáticos na elaboração dos diagnósticos psiquiátricos na medida em que, ao se limitar a classificação e descrição de sintomas, não explicita os fenômenos existenciais, fenomenológicos e dinâmicos dos quadros. Ainda, o indivíduo passa a ter o dever de não manifestar seu sofrimento (Roudinesco, 2000), e passa a buscar os medicamentos pois estes permitem não se encontrar com a angústia, eliminar sintomas e se reinserir na performance. Logo, “(...) o paciente espera que o remédio realize aquilo que ele não soube/pode fazer. Nesse sentido, cria-se uma dependência psicológica, pois o paciente não se reconhece sem o medicamento, e também física, porque a interrupção do uso leva ao reaparecimento dos sintomas inconvenientes” (Freitas e Reuter, 2021, p.8).

Inicia-se uma busca incessante de alívio por meio de terapias alternativas e abuso dos medicamentos (Campos e Silva, 2020), que Roudinesco (2000) denomina como “labirinto de medicinas paralelas”, buscando diversos tipos de terapias e medicamentos, sem refletir sobre a origem dos sintomas. O sujeito liga-se a grupos, coletivos e comunidades, tentando reivindicar sua diferença, e, ao mesmo tempo, renunciando sua singularidade: “Imerso numa massa em que todos são criados à imagem de um clone, ele vê ser-lhe prescrita a mesma gama de medicamentos, seja qual for o seu sintoma.” (p.3), o que vai de encontro com que Ribeiro (2020) nomeia de medicalização das massas. Ainda, esta medicalização das massas é apontada por Dunker e Neto (2011) como uma prática da psiquiatria após se distanciar do território ambíguo e multifacetado do sofrimento, mal-estar e significação.

De acordo com Freud (1930/2010) frente às dores e decepções o indivíduo busca paliativos para suportá-los, como diversões, gratificações substitutivas e entorpecentes, e “Os métodos mais interessantes para prevenir o sofrimento são aqueles que tentam influir no próprio organismo. Pois todo sofrimento é apenas sensação, existe somente na medida em que o sentimos” (p.32). Logo, os narcóticos permitem um ganho imediato de prazer, subtraindo a pressão da realidade e do mundo externo. Para Oliveira, Russtel e Justo (2014), os comportamentos aditivos são mais aceitos socialmente visto que o indivíduo consegue tranquilizar-se a partir de si próprio, em um movimento compensatório para lidar com o

desamparo tanto da falta de referências das instituições quanto com a desorganização do mundo subjetivo que não consegue simbolizar. Nesse sentido, pode-se fazer uma relação com o uso dos diagnósticos e medicamentos nos dias atuais, visto que estes permitem que o sujeito se responsabilize e lide com seu sofrimento de modo individual, e utilize dos medicamentos pois estes afetam diretamente o organismo e o previnem de sentir o sofrimento e a angústia.

Percebe-se portanto que nessa classificação de qualquer tipo de mal-estar e vínculo com a indústria farmacêutica e marketing a psiquiatria aumenta seu poder terapêutico ao mesmo tempo que envia os sujeitos a compreenderem seu sofrimento e o renomearem a partir destas classificações, criando o consumidor perfeito. O sujeito resta como responsável por sua autorealização nos ideais sociais e da produção e gestão de seu sofrimento psíquico (Neves et al., 2022). Assim, as nomeações psiquiátricas e suas intervenções medicamentosas permitem 1) o não encontro com a angústia ao amparar os sintomas do mal-estar por meio de suas intervenções medicamentosas (Birman, 2023). e 2) fornecem os instrumentos para tornar os sujeitos em seres efetivos na sociedade (Birman, 1999).

5.4. A busca pelo diagnóstico - desresponsabilização, inclusão e validação

Como visto na história da psiquiatria e da loucura, há um estigma envolto na questão da saúde mental e dos diagnósticos psiquiátricos. Por outro lado, observa-se que nos dias atuais os sujeitos passam a buscar pelos diagnósticos. Assim, os manuais contemporâneos embora se ocultem de suas mediações e políticas “(...) modificaram o olhar da sociedade em relação ao sofrimento psíquico e os destinos que lhe são dados” (Ribeiro, 2020, p.47). Neste capítulo, busca-se entender quais mudanças foram estas que fazem com que o indivíduo busque pela nomeação.

Diversos autores apontam a mudança do termo “doença mental” para “transtorno mental” nos manuais como um dos fatores responsáveis por diversas mudanças na relação dos sujeitos e da sociedade com estes quadros. Primeiramente, por ser uma nova nomeação não pressupõe uma definição explícita de normalidade (Turriani et al., 2021). Ainda, há uma alteração na própria noção de transtorno mental que troca uma semântica moral por uma mais neutra (Silva Junior, 2021), produzindo uma eufemização dos quadros psiquiátricos e contribuindo “(...) para a naturalização da ideia de que ter transtorno é praticamente normal” (Bocchi, 2018, p.101). Assim, a mudança no termo atenua o estigma acerca da doença mental e ao mesmo tempo se converte “em uma re-patologização generalizada, pela qual todos nós

aceitamos nossos sintomas como ‘normais’” (Dunker, 2015, p. 26). Consequentemente, acontece um eco paradoxal da reforma psiquiátrica, já que combate-se o estigma mas generaliza-se o sofrimento psíquico. A psiquiatria adquire um novo lugar social, não mais de uma separação entre doentes e saudáveis, mas deixa os manicômios e ganha as cidades, em uma sociedade em que todos são potenciais pacientes psiquiátricos e, portanto, potenciais consumidores de psicofármacos (Rose, 2018)

Para Rose (2018), este aumento dos diagnósticos e de sua aplicação é influenciado pela ausência de inscrição biológica, a focalização nos sintomas e a relação com a indústria farmacêutica e o marketing. Primeiramente, a ligação com o marketing e a indústria farmacêutica contribui e facilita esta expansão, desestigmatização e naturalização dos diagnósticos, já que populariza socialmente e retira a carga moral na questão dos transtornos:

A função do marketing seria facilitar a adoção social dos diagnósticos e, por meio da banalização, da naturalização e da massiva divulgação destes nos núcleos médicos, midiático os educacionais, atingir um público maior de consumidores, vencendo a carga moral e naturalizando a questão dos transtornos, que passaram a ser tratados, também, por outras especialidades médicas que não a psiquiatria (Neves et al., 2022, p. 149)

Pombo (2017) defende que com a reforma na psicopatologia nos anos 70 e sua consequente biologização houve uma mudança de recusa para a demanda do diagnóstico. As doenças mentais são vistas não subjetivamente, mas como disfunções, contribuindo para uma desestigmatização. Neves et al. (2022) menciona que “(...) retirou do campo a responsabilidade e a história do sujeito ao naturalizar o sofrimento como uma disfunção orgânica” (p.150). Pombo (2018) coloca que por ser definido biologicamente, não define mais moralmente, ratificando a ideia de que estar doente é normal e reduzindo a responsabilidade do sujeito por sua doença. Ribeiro (2020) no mesmo caminho coloca que os diagnósticos não consideram os aspectos singulares do sintoma para o sujeito, e o sujeito por sua vez se posiciona a partir da classificação e se desresponsabiliza, visto que a causa passa a ser totalmente biológica. Essa desresponsabilização é apontada por Neves et al. (2022) como um movimento frequentemente visto na clínica:

Os pacientes chegam ao consultório descrevendo a si mesmos pelo diagnóstico psiquiátrico que receberam e entendendo sua condição como um fato isolado, sem qualquer relação com sua vida, uma vez que, afinal de contas, trata-se não de um problema dele, mas de processos orgânicos deficitários em seu cérebro (Neves et al., 2022, p. 143-144)

A partir de sua significação puramente orgânica e corrigível, os diagnósticos dão sentido à existência do consumidor e garantem proteção do sujeito contra o desamparo

incontrolável (Silva Junior, 2021). Giles e Newbold (2011) apontam que às categorias dos manuais passam a possuir um poder explicatório que caso contrário deixaria os indivíduos culpabilizando a si próprios, e assim a nomeação é uma validação de que a pessoa não é louca, mas sim diagnosticada: “Eu tinha um nome.” Outra via o diagnóstico como validação e, ironicamente, evidência de que ela “não estava louca”. Tão grande é o poder de sanitização do discurso sobre doenças mentais ao longo de muitas décadas, que parece que “loucura” já não é compatível com o recebimento de um diagnóstico psiquiátrico”. (p. 421, *tradução nossa*).¹³

Além de retirar a responsabilidade do sujeito em seu sofrimento psíquico, Kamers (2016) coloca que o diagnóstico adquire uma visão tranquilizante pois elimina o mal-estar produzido nas instituições e nas famílias, sendo conseqüentemente cada vez mais adotado pelos profissionais das diferentes áreas:

Ao psiquiatrizar os problemas familiares, sociais, pedagógicos e educativos, esse diagnóstico adquire cada vez mais uma visibilidade tranquilizante, o que lhe rende numerosos apoios entre os profissionais que, se contentando com a aplicação de técnicas popularizadas como “tratamento”, demonstram a verdade de seu desinteresse pela complexidade da questão (p.527).

Para Bocchi (2018), um dos efeitos secundários desta multiplicação de diagnósticos psiquiátricos, que passam a recobrir âmbitos normais da vida como objeto da psiquiatria, é que sua nomeação controla a ansiedade e angústia dos sujeitos em padecimento psíquico e passa a incluir, a validar o modo de ser e de existir do sujeito, ou ainda, a reconhecer sua posição de doente (Da Silva Travaglia, 2014). Se os modos de subjetivação são fenômenos discursivos que diferenciam a pertença e a exclusão do sujeito, pode-se entender o discurso psiquiátrico influencia nestes e logo no pertencimento, legitimando o sujeito e sua identidade dentro do código social e orientando-os moralmente (Silva Junior, 2021).

Ao naturalizar a patologia, a nomeando como desordem, disfunção, transtorno, coloca-se a noção de que sintoma é desadaptativo ao limitar sua operação no mundo, devendo ser corrigido, tratado e medicado. Conseqüentemente, precariza-se a discussão diagnóstica e psicopatológica do caso, esquecendo-se da expressão simbólica e identitária do paciente. A autora aponta a frase “o médico nem me olhou”, frequentemente colocada pelos pacientes, como consequência das classificações que dificultam o estar com o outro, do estar junto,

¹³ I had a name.” Another saw diagnosis as validation and, ironically, evidence that she “wasn’t crazy”. So great is the sanitizing power of mental illness discourse over many decades, that it seems “crazy” is no longer compatible with the receipt of a psychiatric diagnosis (Giles e Newbold, 2011, p.421).

tornando a prática diagnóstica eficiente mas reduzida a descrição e generalização das nomeações. Nesse sentido, a psiquiatria adquiriu a posição de autenticar o sofrimento psíquico dos indivíduos até então estigmatizados, passando a nomear a diferença entre os sujeitos, os reconhecer em seu sofrimento e garantir seus direitos: “Se possuir uma doença hoje é pertencer a “normalidade”, o excluído é aquele que sofre uma condição sem nome” (Bocchi, 2018, p.16). Se atualmente o sofrimento na sociedade é válido apenas se acompanhado do rótulo diagnóstico, “(...) é de se imaginar de que o sujeito se apropriaria de um autodiagnóstico quando essa lhe parece ser a única maneira de ter sua angústia reconhecida, angústia essa que é comum a todos os sujeitos, mas cuja presença em si a sociedade parece ignorar.” (Salgado, Rezende e Reis, 2021, p.16). Portanto, há um posicionamento ativo do sujeito, que passa a demandar o diagnóstico:

Na modernidade, o diagnóstico de doença mental estigmatizava e não ser diagnosticado como um doente de certo tipo diminuía o sofrimento do indivíduo, por reduzir a culpa e a angústia em relação à possibilidade de ser “desviante”. Já hoje ocorre o inverso: o diagnóstico reconhece um sofrimento e sua recusa é então sentida como desconsideração de certos tipos de sofrimento, faz sofrer ainda mais e legitima o preconceito. Não é à toa, então, que cada vez mais indivíduos reivindicam e se empenham em “conquistar” um diagnóstico da psiquiatria, e buscam ainda remédio para diminuir seu sofrimento. (Pombo, 2017, P.18).

É importante apontar que, se por um lado existe uma normalização e naturalização dos diagnósticos psiquiátricos, existe também possíveis consequências de: 1) uma estagnação do sujeito no adoecimento, levando-o a não procurar ajuda ou 2) uma nova forma de estigma para aqueles que o sofrem de condições que não se alinham com as visões romantizadas e popularizadas dos transtornos, e o ambiente se torna um fator gerador de adoecimento por conta da exposição romantizada constante (Shreska, 2018). De acordo com Costa e Mello (2016), ao generalizar as nomenclaturas de transtornos psíquicos, fortalece-se o estigma daqueles que têm dificuldade de adaptação ao estilo de vida contemporâneo demandado.

Legnani (2012) sustenta que a partir do recebimento do diagnóstico ocorre um “apagamento do sujeito produzido pelo diagnóstico” (p.309), que sustentado pelo discurso médico “pode reforçar o sintoma ao invés de aliviar o sofrimento psíquico da criança” (p.309). A utilização dos medicamentos legitima este apagamento, já que apenas “O que fica é um vazio preenchido, que, muitas vezes, não permite ao sujeito desejar” (Ribeiro, 2020, p.53). Assim, para Ferreira, Gonçalves e Mendes (2014), o paciente pode apresentar uma falsa demanda, e é respondido pelo médico com uma falsa resposta, a prescrição de medicamentos para eliminar os sintomas, da dor e do mal-estar, ao contrário do processo

psicanalítico de que o sujeito remedia o próprio sofrimento através da fala. Logo, Neves et al. (2022) aponta a necessidade de um posicionamento da psicanálise visto que este discurso responsabiliza o sujeito de tal maneira que afeta sua capacidade enunciativa e promove um progressivo silenciamento:

A autonegação a partir de um quadro psiquiátrico descreve contudo uma disfunção. Eis por que um certo incômodo atinge a escuta analítica: temos a nomeação de uma identidade eventualmente disfuncional, mas não uma demanda na qual esteja suposta uma responsabilidade do sujeito. (p.45)

Assim, a utilização dos conceitos pragmáticos nos diagnósticos psiquiátricos, ao se limitar a classificação e descrição de sintomas, não explicita os fenômenos existenciais, fenomenológicos e dinâmicos dos quadros, ignorando o adoecer como mais do que ter sintomas e impedindo o sujeito de apropriar-se de si e de sua história pessoal ao não abordar sua expressão simbólica e identitária (Bocchi, 2018).

5.5. Produção de identidades e identificação do sujeito com o diagnóstico

Sendo o sujeito constituído e vinculado à cultura a partir da linguagem, ele se organiza a partir deste laço social contemporâneo capitalista e científico (Campos e Da Silva, 2020). Nos dias atuais, a linguagem médica nomeia a experiência do mal-estar e sofrimento psíquico e a regula a partir das intervenções medicamentosas, possibilitando a gestão individual pela inserção na sociedade performática. O que os autores defendem e será aprofundado neste subtítulo é que nesse cenário em que tudo torna-se passível de intervenção psiquiátrica e medicamentosa ocorre, em retroalimentação, um aumento da identificação dos sujeitos com esse discurso e tratamento (Da Silva Travaglia, 2014):

(...) quanto mais cresce o domínio ideológico da medicina e da psicofarmacologia mais os sujeitos são lidos como doentes ou portadores de transtornos e quanto mais os próprios sujeitos se identificam a esse discurso científico maior será o consumo de medicamentos e a adesão ao mestre-médico (p.33).

Existem alguns fatores da adesão do sujeito a esse discurso: o permitir se inserir nos ideais sociais performáticos, e “Sem a necessidade do médico para validar via diagnóstico o uso de uma tecnologia de saúde, o indivíduo, antes paciente, é agora autônomo para identificar seu sofrimento e as lacunas de sua vida a serem melhoradas para, através dessas tecnologias, alcançar essa suposta melhor versão de si mesmo”. (p.156). Além disso, o próprio sistema implica que o sujeito organize sua queixa através desse discurso, visto que seus códigos permitem acesso aos atendimentos em saúde mental (idem) e aos benefícios sociais, como ao tratamento pago pelos planos de saúde (Hacking, 2014).

Há uma influência das mídias neste processo, já que a partir das informações disponíveis na internet os indivíduos “encontram uma espécie de estereótipo de como deveriam sentir e agir.” (Hacking, 2014, p.303). Para Frances, o sujeito adota comportamentos compatíveis com a patologia e os sintomas, que podem ser autoinduzidos, pois “Rótulos também podem criar profecias autorrealizáveis” (Castellani, 2016, p.141). Os critérios diagnósticos divulgados contribuem para que os sujeitos se enquadrem nos comportamentos descritos, esperando que o médico apenas ratifique a ideia previamente formada. Assim, os sujeitos desenvolvem uma narrativa similar a veiculada, e cria-se o que a autora chama de “espiral viciada”, “(...) na qual tais sujeitos se informam sobre as doenças e passam a expressar sua angústia a partir destes sintomas” (Legnani, 2012, p.308).

Existem sofrimentos e experiências válidas nos discursos. Mesmo que o autodiagnóstico esteja equivocado, não pode-se pressupor que o sofrimento ou até mesmo a patologia não exista, embora possa ser diferente da perspectiva enviesada que o sujeito tem a respeito de si (Rezende, Salgado e Reis, 2021). Entretanto, neste aumento de autodiagnósticos percebe-se que o crescimento e influência do poder biomédico e do DSM-V “(...) reflete no modo como os próprios sujeitos percebem a própria angústia, seja ela patológica ou não”. No modelo psiquiátrico, a doença e seus sintomas se sobrepõem como algo que acomete o sujeito independentemente e sem vinculação com ele. Assim, o sintoma possui realidade em si, e, possuindo tal correspondência com a realidade, o recebimento do diagnóstico possui efeito de verdade para o sujeito, que faz com que este se defina a partir da realidade apresentada pela doença (Silva e Rudge, 2017). Hacking (2014), nomeia como “invenção de pessoas” os efeitos que as classificações exercem nos indivíduos, às novas realidades que passam a existir no momento em que distinções de comportamentos são nomeadas, influenciando na maneira como o paciente entende a si mesmo, se sente e se comporta. Assim, os saberes produzidos sobre os indivíduos possuem um efeito retroalimentativo sobre estes, modificando o modo de experienciar sua existência.

De acordo com Baroni, Vargas e Caponi (2010), o diagnóstico é uma fala confirmatória do médico que prescreve um nome que soma-se ao sujeito, se tornando uma marca que dá sentido para a experiência. Assim, para Castellani (2023), a partir da revelação do diagnóstico, o médico oferta um novo significante ao paciente, e organiza seus sintomas e seu mal-estar em torno deste nome, o que em alguns casos (dependendo das vivências anteriores e da significação que o sujeito dá) pode trazer tranquilidade e segurança frente ao

antes desconhecido. A nomeação do diagnóstico inaugura a identificação com o discurso médico e a doença, que possibilita novas identificações e pertencimentos, já que “O diagnóstico pode ser o significante com o qual o sujeito se identifica, que passa a representá-lo e dar a ele um lugar no laço social.” (p.161) ao mesmo tempo que dá entrada ao sofrimento psíquico causado pela identificação imaginária com o diagnóstico.

Assim, “(...) o sujeito se filia a uma categoria diagnóstica como quem pede abrigo para a própria verdade (Silva Junior, 2021, p.47). Obter um diagnóstico faz parte de um movimento identitário, e a intervenção psiquiátrica causa um efeito performativo em seus objetos “(...) criando roteiros identificatórios para os sujeitos que ancoram sua autocompreensão e sua compreensão do mundo nesses alicerces (Neves et al., 2022, p. 144). O sujeito passa a não apenas se expressar e se autodiagnosticar a partir das classificações, mas se aliena e se identifica com o vocabulário médico a tal ponto que o diagnóstico se torna uma marca identitária, por meio da qual o sujeito se apresenta e fala de si: “(...) a nomenclatura que servia para categorizar seu sofrimento, rapidamente se torna uma marca pessoal. Se a forma de falar de si é falar de seu sofrimento, este “si” e o sofrimento se conjugam na vivência formando uma identidade (Da Silva Travaglia, 2014, p.44).

Nesse sentido, para Silva Junior (2021) o sujeito passa a nomear seu sofrimento a partir das classificações psiquiátricas, chega na clínica se apresentando por meio destas e, além disso, está: “(...) pouco interessado em qualquer fala do analista que não confirme a resposta que já tem sobre si” (p.48). Assim, o autodiagnóstico pode ser prejudicial visto que os sujeitos buscam informações para sustentar “uma espécie de hipocondria emocional” (p. 276), confirmar crenças já previamente estabelecidas. Assim, a busca por ajuda profissional pode tanto validar sua forma de sofrer quanto negar o diagnóstico desejado. De acordo com Salgado, Rezende e Reis (2021), o autodiagnóstico não busca descobrir se existe patologia, mas manter-se estagnados em suas próprias crenças, visto que de acordo com Freud (1921/2011) “os sujeitos que constituem a massa não almejam a verdade, pois as ilusões lhes são preciosas demais para renunciar” (p.13), e de que existem ganhos secundários do sintoma, fazendo com que o adoecimento seja percebido como benefício e os sintomas são mantidos (Freud, 1926/2014). Assim, o autodiagnóstico não é uma busca pela verdade de uma patologia, mas uma tentativa do sujeito de permanecer com sua crença.

Além desta identificação do sujeito com seu diagnóstico, há uma identificação com os outros que também o recebem. Salgado, Rezende e Reis (2021) argumentam acerca da

ligação estabelecida nos grupos por meio desta nomeação de acordo com Freud (1920/2011), já que para ele existe uma identificação pelo sintoma ao perceber-se características em comum nos sintomas e no sofrimento, o que pode ser aumentado pelo que Shrestha (2018) aponta como uma idealização e romantização do usuário portador de transtorno mental. Assim, existe uma identificação grupal por meio do diagnóstico, formando-se comunidades a partir da nomenclatura diagnóstica, que passa a ofertar um lugar social que promove identificações. Coloca-se também que esta identificação com o grupo e seus pares 1) pode ser influenciada visto que é mais fácil lidar com grupos relacionados pelos diagnósticos do que com a complexa variedade de sofrimentos e 2) permite uma maior procura pela assistência e saúde (Giles e Newbold, 2011).

VI. RESULTADOS - ENTREVISTAS E ANÁLISE DO DISCURSO

A partir da revisão bibliográfica e da metodologia, foram feitas entrevistas semi dirigidas com quatro participantes, de acordo com um roteiro de perguntas pré estabelecidas (Anexo A). O objetivo era entender a busca dos participantes pelo diagnóstico psiquiátrico, como este se inseriu em suas vidas e qual lugar ocupa para os sujeitos. As participantes pertencem a rede social da pesquisadora, e foram contatadas por Whatsapp. Conforme a voluntariedade e disponibilidade para a entrevista, um termo de consentimento (Anexo B) foi enviado e devolvido assinado. Foi agendado um horário comum, de forma presencial ou online, de acordo com a preferência do entrevistado. As entrevistas duraram entre 30 minutos e 1 hora e meia, gravadas e transcritas. Após leitura dos relatos, foram separados temas que se repetiram nos discursos e mostraram-se importantes para a análise.

Destaca-se que na metodologia proposta sugeriram-se 2 a 5 entrevistas, dependendo da dificuldade de encontrar participantes. Por conta de alguns cancelamentos de interessados e do tempo limitado para a pesquisa, foram realizadas apenas quatro. Entretanto, é interessante que durante a busca por pessoas para entrevistar, quando informava-se o tema e o requisito de ter um diagnóstico, muitas pessoas disseram “ah, então vai ser fácil achar participantes”, explicitando como esta epidemia de diagnósticos está presente atualmente. Ainda, sem contar com as participantes, 26 pessoas manifestaram interesse em participar e, dentre estas, 16 especificaram qual era o diagnóstico/autodiagnóstico: 5 TDAH, 3 depressão, 1 autismo, 1 ansiedade, 1 síndrome de Tourette. Ainda, 3 pessoas com ansiedade e depressão e 2 pessoas com ansiedade e TDAH. Nesse sentido, percebe-se uma prevalência dos diagnósticos de TDAH e depressão, além de quase um terço com mais de um diagnóstico.

Sigla	Idade	Gênero	Raça / Etnia	Escolaridade	Diagnóstico psiquiátrico
M.L.	22	F	Branca	Ensino superior completo	Depressão com possível mudança atual para bipolaridade
M.N.	23	F	Branca	Ensino superior completo	Transtorno de ansiedade generalizada
R.Q.	22	NB	Branca	Ensino médio completo	Depressão, transtorno alimentar, burnout e atualmente autodiagnóstico de autismo
P.	45	F	Branca	Ensino superior completo	Depressão e posteriormente borderline

A maioria das participantes são mulheres, sendo que uma das pessoas se declara como não binária socializada como mulher. Todas pertencem a uma parcela social característica, brancas, alto grau de escolarização, de nível socioeconômico alto com acesso à serviços médicos no âmbito privado, ocupando lugares sociais que se refletem em seus discursos.

6.1. Significação do diagnóstico com sua história de vida

As entrevistas iniciaram-se com a entrevistadora pedindo que contassem sobre sua história de vida, da forma e com a profundidade que desejassem. É interessante notar os questionamentos: *“relacionando isso com o diagnóstico?”* (R.Q.); *“Eu vou contar um pouco voltada pro... meu diagnóstico um pouco. Porque tem uma história por trás.”* (M.N) e *“Tá isso vai parecer uma introdução de eu sentando na cadeira do psicólogo pela primeira vez, a introdução que eu dou pra todo mundo que eu normalmente faço.”* (M.L.). Em seguida, todas contam sobre sua infância, desenvolvimento, configuração familiar, eventos e características que foram posteriormente conectadas com o recebimento e identificação com o diagnóstico.

M.N. diz que se identificou com o diagnóstico pois sempre se percebeu como uma pessoa ansiosa. Para Baroni, Vargas e Caponi (2010), o diagnóstico determina oficialmente a passagem do normal ao patológico, e assim seu recebimento significou para M.N. uma confirmação e justificativa deste sentimento, visto que ela relata que ao comparar situações e angústias com pessoas à sua volta, classificou-as como desproporcionais e anormais, posteriormente confirmado pelo diagnóstico psicopatológico.

(...) eu fui diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada (...) no começo do ano passado, então é muito recente, mas eu sempre fui uma pessoa ansiosa. (...) sempre fui uma criança ansiosa. E com o passar do tempo isso foi piorando e isso foi se refletindo muito nas minhas relações com as pessoas (...) eu tinha muito uma necessidade de agradar e de ser gostada em qualquer tipo de conflito ou briga, alguma coisa nesse sentido, sempre me deixava muito angustiada de uma forma que claramente não é normal, entendeu? (...) eu sentia que eu tinha reações muito desproporcionais comparadas com as outras pessoas em relação a conflitos cotidianos. (M.N.)

Já R.Q. inicialmente identificava seus comportamentos como “normais”: *“Então eu percebi que pra mim era diferente um pouco mais velha. Porque quando eu era pequena eu achava que isso era normal, sabe? (...) com o tempo eu percebi que as pessoas não tinham.”*. Novamente, percebe-se como a noção do que é normal se estabelece a partir das relações com os outros. Prossegue descrevendo situações como não conseguir almoçar vendo filme, ter formigamentos e aceleração do coração durante, que ela significava como emoções “normais” até que, a partir do encontro com a nomeação do autismo por meio de amigos

(abordada no item 7.4), passou a questionar-se, levando o assunto para sua psicóloga: *“na época eu nunca pensei nisso como uma forma de autismo (...) essa tendência à mentalidade preto e branco, as coisas, tipo, extrema, autoestima baixa, inflexibilidade, né, que eu acho que é uma coisa que pode estar vindo com o autismo também”*.

P. relata de seu pai alcoolista e agressões que este fazia à sua mãe. A mãe se separou e deixava ela e os irmãos *“sem assistência (...) sozinha em casa”*, sendo que ela como a mais velha pegou para si as responsabilidades da casa. Com sete anos desenvolveu *“um tique (...) eu fazia em nome do pai qualquer pensamento ruim que eu tinha. Só que aí, os momentos ruins, eles iam aumentando.”*. Na faculdade foi morar sozinha enquanto sua irmã (11 anos) morava com a mãe e fazia uso de maconha, cogumelo, *“um monte de coisa (...) aí ela surtou com a esquizofrenia paranóide”* e foi internada. *“Isso coincide com a época em que eu comecei a sentir sintomas da depressão”*. Teve duas filhas e destaca que no trabalho com gastronomia percebeu em seu consumo de álcool *“eu sou diferente... eu não consigo ficar igual a todo mundo”*. Assim, foi atrás de um médico e iniciaram-se às mudanças de diagnósticos, tratamentos e medicações, entre bipolaridade, depressão, TDAH, e no final borderline. Na época da entrevista declarou estar feliz com o recebimento do novo diagnóstico, com novas habilidades e ferramentas para lidar com seu sofrimento

eu estava fazendo psicanálise (...) eu estava super mal e ela ia sair de férias, aí ela falou “vamos tentar uma T.O... que vá até sua casa” (...) eu contei para ela um episódio da minha vida... de quando eu era pequena... e eu fiquei gritando para fora da janela... pequenininha... meus pais eram casados ainda. E aí eu... tipo. “me joga, não me joga” (...) ela falou “eu queria te falar... borderline. Esse é o diagnóstico (P).

M.L. fala sobre o divórcio de seus pais, quando soube de traições do pai, tomando as dores da mãe para si; com 12 anos descobriu que sua mãe era alcoolista, ocasionando situações difíceis nos anos seguintes, e descreve a relação com seu pai como “complicada”, sendo criada em grande parte por duas empregadas da casa. Diz que sempre teve dificuldades para dormir e não recebia amparo do pai nesta questão. Na adolescência, houveram situações de estupro por parte de homens que considerava amigos e início de experimentação de drogas (bebida, cigarro, maconha, ecstasy, cogumelo, MDMA, cocaína) a partir de seus 13 anos. Começou a ter ataques de pânico após qualquer tipo de relação sexual no Ensino Médio, época na qual passou a se automedicar com Frontal quando sentia que teria um ataque. Também relata ataques de ansiedade quando sua mãe saía de casa, pois sabia que algo de ruim aconteceria. Em 2019 começou a se automedicar com Dramin e em 2020, na pandemia, se percebeu no início da depressão ao ficar confinada com sua mãe. Desde este ano foram

aproximadamente 10 trocas de remédios psiquiátricos e/ou para o sono, sendo atualmente uma possível mudança para o diagnóstico de bipolaridade. Ela relata que ao longo de sua vida lutou para não se tornar uma pessoa depressiva:

Era o maior medo que eu tinha na minha vida real. Mais ou menos com 12 anos, 13. Tipo, mano, eu não quero ter depressão (...) eu não tenho tempo pra ter depressão. Não posso ter depressão, eu não posso travar agora. Se eu travar agora, mano, o navio afunda e não tem como eu só ir vivo disso (...) eu realmente tava depressiva e era o maior medo de sempre, assim (...) Eu lutei a minha vida inteira pra não ser isso (...) sacrifiquei tudo pra não ser isso. Todas as minhas possíveis emoções, ou tipo... Todas as minhas ações que eu poderia ter feito em relação à minha mãe, ao meu pai. Tudo que eu fiz foi extremamente calculado pra eu não chegar a ser isso. E mesmo assim, não deu certo.”. E, por fim, diz que tinha uma ideia de seu diagnóstico antes de ir ao psiquiatra, visto que “Sabia também quais eram as probabilidades, tipo... O que pode acontecer com um filho de alcoólatra, sabe? Depois de tudo aquilo. É claro que até porcaria de algum problema. Todos têm. (M.L.)

Assim, percebe-se que a partir do relato de suas histórias as entrevistadas realizam uma conexão com seu diagnóstico psiquiátrico, buscando na infância informações e confirmações para a nomeação. Entretanto, enquanto M.N. sempre se considerou uma criança ansiosa, justificando portanto o recebimento do diagnóstico anos mais tarde, R.Q. diz que considerou seus comportamentos normais até que ao entrar em contato com o diagnóstico de autismo passar a entendê-los possivelmente por meio do espectro. Assim, a classificação oferecida pela autoridade profissional médica permite uma ressignificação das vivências e do Eu. Esta questão explicita-se quando R.Q. relata que por conta do estigma de seus pais (abordado no item 7.5), ela não consegue fazer as perguntas que gostaria “(...) *se eu fizesse as mesmas perguntas sem usar a palavra autismo, talvez eu teria muitas respostas. As únicas coisas que eu queria saber da minha infância*” (R.Q.), fala na qual percebe-se o desejo de informações de sua infância para entender o possível diagnóstico de autismo atual.

Destaca-se que existem grandes sofrimentos ao longo de suas histórias relatadas que encontraram alguma justificativa e identificação quando receberam o diagnóstico, como destaca M.L. ao dizer “*Depois de tudo aquilo. É claro que até porcaria de algum problema. Todos têm.*”. É notório também que nos relatos de M.L. e P. há uma presença forte do uso de substâncias, tanto de seus pais como delas mesmas, o que vai de encontro com o que coloca Birman (1999) a respeito do uso de substâncias (toxicomanias), como forma de lidar com o mal-estar e, de acordo com Freud (1930/2010), do uso de paliativos que influem sobre o organismo para prevenir a angústia e obter um ganho de prazer.

Ainda, sabendo que o tema de pesquisa gira em torno de diagnósticos, as entrevistadas relatam apenas sobre este ou sobre o caminho que percorreram para chegar nele, sendo possível que a condição da entrevista seja percebida como semelhante às sessões com um psiquiatra (como colocado por M.L.), de modo que o relato tenta se encaixar e justificar o diagnóstico, se descrevendo a partir desse recorte:

O paciente, ao buscar seu diagnóstico, uma razão que explique e justifique seus sintomas (...) selecionando para confessar ao médico o que já é considerado como anormal em relação ao seu estado anterior e ao que é previsto como normal para os indivíduos sob essa mesma realidade (Baroni, Vargas e Caponi, 2010, p.74)

6.2. A busca pela nomeação e identificação

As entrevistadas colocam que foram ao psiquiatra para buscar ou confirmar o diagnóstico a partir de um momento em que seu sofrimento tornou-se insuportável:

Foi uma fase que eu tava muito mal também. Tinha uma frequência de pensamentos suicidas brutal (...) E literalmente eu fui no psiquiatra pra não me matar. (...) Eu falei, eu não quero morrer, me ajuda. (...) E aí ele me diagnosticou. (R.Q.);

(...) a minha ansiedade começou a se tornar meio que uma síndrome do pânico. de sair de casa. E aí eu falei pra ela, mãe, eu não aguento mais viver assim. E aí ela falou, tal, tipo, você vai no médico, você vai numa psiquiatra, porque eu acho que é o que se tem a se fazer. E aí eu fui numa psiquiatra e recebi um diagnóstico.”(M.N.);

Eu que pedi ajuda pra minha mãe, porque eu tava tendo surtos, achando que eu tava sumindo e tremendo. E eu chorava toda hora, não sei porquê. Daí ela falou, não, vamos ir pro médico. Aí a gente foi. Eu tive várias sessões com ele, psiquiátricas, eram mais psicológicas, eu acho, não psicanalistas. Mas foi bom, me ajudou. Só que continuei piorando e tem uma hora que eu falei que não estava aguentando mais, tinha alguma coisa errada comigo. Aí ele me diagnosticou (M.L.).

Não sabia (que existia um diagnóstico chamado depressão). A minha mãe eu lembro que foi, que me tirou da cama e falou “vamos no médico”. (P.)

Aparece novamente a questão da busca do diagnóstico quando os sintomas “atrapalham a vida” quando R.Q. relata que não buscou uma conformação do diagnóstico por não sentir que a atrapalha e se questiona o quanto deve “se adequar”, em busca de se conhecer melhor para entender a significação que o diagnóstico teria para ela:

Eu nunca fui atrás de um diagnóstico com neurologista porque não atrapalha a minha vida (...) A possibilidade de eu ser efetivamente autista, como ela me faz sentir? Porque eu não tenho o diagnóstico. Tenho uma inclinação a acreditar que ele existe. (...) Mas que é um nome, é um conceito que explica bastante. Mas que na prática, eu não uso muito. Tipo... Muito diferente do transtorno alimentar e da depressão, não é algo que eu faça tudo, assim, não é o que eu vou atrás pra entender mais sobre, porque eu tô mais numa fase de observação, de tipo, eu observando eu mesma. Como que isso se manifesta, o que é isso, o quanto que eu talvez precise de uma vida especializada, o quanto que não, (...) o quanto que eu devo me adequar, o quanto que não (R.Q.)

Ainda, relatam da busca por um psiquiatra já que mesmo com um alívio do sofrimento na terapia, os sintomas e angústia persistiram:

E no momento que eu conversava com ele, tava tudo bem, sabe? Deu uma melhorada já. Essa sensação de desaparecimento do vazio e do vácuo interno parou de existir tanto. Mas eu continuava me sentindo mal, continuava chorando, continuava... desaparecendo, de certa forma. Só não era tão prático (M.L.)

(...) não tava conseguindo lidar com todos esses sentimentos sozinha. E aí eu decidi fazer terapia e ir pra análise (...) por muito tempo a terapia me fez muito bem e foi até que uma forma pra eu controlar melhor essa ansiedade que eu sentia (...) Mas eu continuava sendo uma pessoa ansiosa.” (M.N.).

Destaca-se o que foi abordado por Castellani (2023) a respeito do recebimento do diagnóstico por uma autoridade médica oferecer uma nomeação para o mal-estar do sujeito, promovendo uma tranquilidade e maior segurança. Além disso, Freitas e Reuter (2021) acrescentam que os sujeitos se identificam e se confortam com a explicação de seus sintomas. É interessante notar que tanto M.L. quanto M.N. destacam que o processo de análise estava ajudando mas a angústia continuava, e então quando o mal-estar tornou-se insuportável buscaram um psiquiatra que circunscreve este na nomeação e protege contra o desconhecido, iniciando ao mesmo tempo um processo de medicalização para sanar os sintomas.

Todas as entrevistadas buscaram um psiquiatra e receberam tanto um diagnóstico quanto um tratamento medicamentoso. Apenas para P. os diagnósticos não foram uma confirmação de uma crença anterior, já que ela não conhecia as nomeações. As outras três entrevistadas colocam uma identificação prévia com a nomeação que seguiu-se da confirmação psiquiátrica. Todas identificaram-se com os diagnósticos recebidos:

Me identifiquei muito. E... Acho que nunca teve muito uma evolução dos sintomas. Eles sempre foram esses. Eles só ficaram mais potencializados ou menos, entendeu? Mas eles sempre foram esses. Eu nunca tive nada além disso. (M.N.)

Não fiquei nada surpresa (...) Eu já tava, assim, identitariamente, eu já me identificava como uma pessoa suicida, sabe? Então pra mim, ter depressão era só um detalhe, assim. Eu já tava me identificando com uma outra coisa que eu acho que é muito mais tabu do que a depressão, né? (R.Q.)

Eu não tenho nem um minuto de dúvida. Eu fiquei feliz, eu não fiquei triste não (P). (sobre seu diagnóstico de borderline).

M.L. coloca que *“Achava que eu tava com depressão. Mas era estranho, porque... Eu tinha certeza que eu tava sumindo. E eu nunca vi gente com depressão assim que tava sumindo.* Ela perguntava ao psiquiatra *“Você acha que, tipo, depressão profunda? Depressão o quê?”*. A partir desta demanda pelo diagnóstico, realizou sessões nas quais o psiquiatra observou sintomas do quadro depressivo, e concluiu: *“Você tá com um quadro depressivo. A*

gente vai ter que mudar os remédios”. Ai ia evoluindo. Até chegar na depressão profunda.”. R.Q. fala sobre o autodiagnóstico de autismo, nomeado inicialmente por amigos e depois conversado com sua psicóloga: “é um diagnóstico que eu não tive confirmação profissional. Eu tive sugestão profissional e identificação forte, né?”. A própria nomeia como identificação sua relação com diagnóstico, de forma que o relaciona com comportamentos que a partir da nomeação começou a perceber como possivelmente dentro do espectro.

É interessante destacar como a questão do diagnóstico se tornar uma marca identitária aparece no discurso de M.L., que criou um personagem a partir da nomeação diagnóstica, que foi reforçado pelo que o outro dizia sobre ela. Ela relata uma experiência dolorosa de abrir mão da identidade sustentada e ampliada pelo diagnóstico, o que está de acordo com o colocado na revisão bibliográfica acerca da invenção de pessoas, teorizada por Hacking, e dos comportamentos que surgem após a nomeação diagnóstica.

No momento que eu acho que eu recebi o diagnóstico (...) Eu criei o meu personagem. Eu já tive... Sei lá, eu sempre tive muito problema em romantizar a dor, porque era o que eu conseguia fazer com a minha mãe. (...) sempre tive essa personalidade, eu queria essa personalidade mais, tipo, dura, racional (...) não mexe comigo se não te mordo, eu não só lato. e eu mordo mesmo, só me deu mais argumento, tá ligado? Então, além de tudo isso, de ser essa pessoa agressiva, reativa, mas... um pouco animalésca, eu diria. Me ajudou um pouco mais.” (M.L)

E as pessoas, às vezes, levaram na brincadeira. (...) Como você é melancólica. E isso começou realmente a cristalizar em mim (...) É uma cristalização de personalidade em mim, que eu encontro. Que eu tento me convencer a quebrar. Porque... muito dolorido abrir mão dessa identidade, pelo menos. Ou dessa individualidade que é nada clássica e completamente anos 80, estadunidense. Ou francesa, pelo menos. (...) Ela (a nomeação do diagnóstico de depressão) me ajudou nisso. Ocupar esse lugar, assim. Ocupar. Aumentar. E eu acho que complexar mais ele também, com certeza. Ai, eu sou depressiva. Você nunca vai entender o que eu senti. Você nunca vai ver o abismo que eu vi.(...) Você nunca vai saber como é que é.” (M.L)

6.3. Divulgação das nomeações diagnósticas e a busca por conhecimento

Ao longo da revisão bibliográfica, observou-se que existe uma ligação da psiquiatria com setores da indústria farmacêutica, neurociências, marketing, além da divulgação dos diagnósticos nas mídias e redes sociais que influenciam no aumento da busca por tal nomeação. Esta questão aparece na fala dos entrevistados tanto em relação à divulgação dos diagnósticos quanto à busca por conhecimento a respeito deles. A busca de conhecimento aparece nas falas por meio de livros, filmes e amigos, ligada com uma busca de saber de si:

Depressão, autismo e distúrbios alimentares. Esse terceiro foi o que eu mais investiguei, estudei e procurei ajuda mesmo. (...) A anorexia, no fim, foi uma puta válvula que ativou várias coisas de autoconhecimento na minha vida” (...) Eu estava lendo livros sobre depressão antes de ter o diagnóstico (R.Q.)

Eu tinha lido muito (...) Conversando muito com minha amiga sobre psicologia (...) Eu lendo na faculdade livros, vendo filmes de depressão e lendo depois as análises e o que significavam. Então, tipo, eu já sabia mais ou menos. Sabe que podia ser isso? Já tinha um repertório, um pseudo-repertório, né? Mas eu já sabia a possibilidade (M.L.)

Este movimento de estudo e conhecimento prévio sobre os diagnósticos aparece também quando as entrevistadas relatam por quais meios ficaram sabendo sobre a existência da nomeação diagnóstica que posteriormente receberam:

eu acho que a minha ideia de depressão... era mais do senso comum. (...) no meu círculo, era uma palavra que existia (...) A minha avó era uma mulher muito... junguiana também. Falava de psicanálise, falava de diagnóstico, de Freud. Então, esse contexto... das doenças psíquicas, assim, era... fez parte da minha vida, assim (R.Q.)

Eu vou chutar mídia, filme, amigos da minha mãe, minha avó, que não saía de casa (M.L.)

Acho que está à minha volta, sabe? Querendo ou não conheço muitas pessoas com transtorno de ansiedade generalizada. (...) Mas eu já lidei com gente com aquele borderline, uma amiga minha da escola (...) Tem o meu irmão que ele tem depressão, tem a minha avó que tomou por muito tempo o mesmo remédio que eu, porque ela tava depressiva e ansiosa por conta de quadros clínicos (...) Então, eu acho assim que é uma coisa que tá à minha volta, assim. E é bom que eu trato com normalidade (M.N.)

Não apenas o discurso psiquiátrico mas o psicanalítico estavam presentes em seus ciclos, e o uso do termo “senso comum”¹⁴ indica que são discursos e nomeações que estão sendo frequentemente utilizados socialmente e se impõem como algo já naturalizado. Assim, por conta da popularização dos diagnósticos há uma naturalização e normalização destes, como colocado por M.N. É importante ressaltar a participação das redes sociais nesta divulgação e popularização dos diferentes tipos de informações e tratamentos:

Tinha muito nas redes sociais, sabia? Algoritmo. (...) A quantidade de conteúdo que tem sobre diagnósticos (...) Mas eu já tava, de alguma forma, me educando pelas redes sociais, de alguma forma, há um tempo (...) Só ver pessoas falando (...) pessoas que de alguma forma estudavam algo relacionado a isso (...) E isso ajudava um pouco, sim. Eu acho que eu fiz terapia de uma forma meio autônoma, muito (...) Tinha algum tipo de efeito terapêutico. Então, eu estudar sobre... Não vou chamar de estudar nas redes sociais, mas não sei. Não sei, mas foi uma fonte de informação importante por bastante tempo. (R.Q.)

(...) existe uma terapia específica, que é uma coisa nova... Tem uma galera falando sobre agora, tem página, tem vídeo no YouTube... tem um monte de gente saindo do armário... falando. Então, eu dei essa sorte de estar acontecendo no meu tempo. Porque eu imagino quantas e quantas pessoas passaram por isso e morreram sem saber... dessa oportunidade (P.)

¹⁴ Conjunto de ideias, opiniões e pontos de vista de um grande número de pessoas em um determinado contexto social que se estabelecem e impõem como naturais e necessárias, não admitindo grandes questionamentos nem reflexões; consenso (MICHAELIS, 2024).

As entrevistadas analisam que há uma retroalimentação de que ao pesquisar sobre os diagnósticos aumentam-se as publicações e a identificação dos sujeitos com o este discurso:

E o algoritmo é super poderoso nesse sentido, né? Porque quanto mais você procura, mais ele vai te mostrar. (...) Era só isso que tinha no Instagram. E como que o algoritmo também não retroalimenta isso...”. (R.Q.)

É quase como se o TikTok soubesse que eu sou uma pessoa ansiosa. Mais o TikTok do que o Instagram. E aí eu via bastante coisas sobre isso. Eu meio que seguia coisas, né? Tipo, achei legal ter esse senso. Às vezes até... profissionais mesmo, falando sobre tratamento e tal, que é legal, tem mais... você tem uma credibilidade maior do que uma pessoa, mas a própria pessoa, falando da experiência própria, já acha que é um trabalho. Porque é fácil de se identificar, sabe? (M.N.)

Desta maneira, há atualmente um “senso comum” a respeito das patologias, inseridas nos contextos e discursos sociais. Por um lado, a divulgação dos diagnósticos, tratamentos e relatos das experiências são importantes para popularizar o conhecimento e buscar ajuda. Por outro, permite uma facilidade de identificação com o discurso que pode favorecer a realização de autodiagnósticos e/ou busca pela confirmação deste. As participantes também relatam a respeito da desinformação nas redes e os cuidados que devem ser tomados:

Mas, ao mesmo tempo, acho que tem bastante desinformação também, sabe? É o que eu falei no começo. Tipo, eu não tive um acesso muito bom a como seria essa consulta psiquiátrica, o que ela significaria, o que o remédio significa, entendeu? Eu acho que isso poderia ser mais bem abordado. (M.N.)

É, só que eles sempre falam que tem que tomar muito cuidado também com essas redes, por exemplo, porque é muito fácil um dar gatilho no outro. Tem que ter um profissional mediando, né? (P.)

Tem que ter um pouco de cuidado (...) Eu acho que no primeiro momento eu fiquei muito fixada (...) eu estava todo o tempo me alimentando daquilo. Mas eu acho que foi importante, porque eu estava também tipo “nossa... eu não acredito... isso também... isso também...”. (...) Aí depois eu também comecei a separar, porque também existem diferentes tipos de pessoas (...) Aí tem níveis também, tem gente que não consegue trabalhar, tem gente que... (...) você vê nas páginas... tem gente que... vai lá meio doidinha, posta qualquer coisa (...) Tem outros que não são portadores mas são psicólogos ou médicos (P.)

Percebe-se que além do cuidado com as informações postadas P. relata a necessidade do cuidado na identificação com outros usuários, visto que existem diferentes tipos, níveis da patologia e fontes de informação. Ainda, há uma facilidade de identificação grupal com usuários com sintomas ou diagnósticos similares, ou profissionais falando sobre, relatando a importância e maior credibilidade de ver outras pessoas relatando sobre:

Eu acho que no Instagram eu encontrava bastante, tipo, páginas sobre ansiedade ou saúde mental. E no TikTok também eu escutava muita gente falando. Mas também corriqueiramente, é bizarro, tipo... Ah, eu tô me arrumando pra sair, mas nossa gente, eu tô muito ansiosa. Todas as últimas vezes que eu fui sair de casa eu comecei a ficar muito ansiosa. Eu ficava, tipo, eu também! Sabe? Não é

necessariamente um vídeo sobre isso. Só que é uma coisa que talvez vai permear a vida de todo mundo (M.N.)

Foi bom, eu acho, de certa forma, porque eu percebi que eu não tava sozinha, sabe? (...) Porque eu acho que, de certa forma, quando você tem alguma questão psiquiátrica, psicológica, você se sente um pouco sozinha, tipo, nossa, será que eu tô enlouquecendo? Será que só eu me sinto assim? E foi bom saber que não. Que tinham outras pessoas que também se sentiam assim e... Falavam sobre, né? Nossa, eu me sinto assim quando eu saio de casa e tenho crise. Eu falo, nossa, eu também! (...) É muito bom, tipo, é muito ruim se sentir sozinho, eu acho. Essa é a pior parte, eu acho. Você sente, eu estou morrendo e ninguém entende o que eu estou passando”. (M.N.)

Uma amiga minha (...) também teve o diagnóstico. E aí eu ajudei ela, tipo, eu mandei as páginas... o post. A gente é bem diferente... dá para entender que as duas são, mas assim... as reações e tal... são opostas (...) pra mandar áudio, pra conversar, pra falar alguma coisa a gente apoia. (P.)

Nesse sentido, há um cuidado com as informações colocadas online mas também uma identificação com estas e com as pessoas que se tornam uma rede de apoio. Percebe-se na fala de M.N. o uso do termo “ansiedade” para descrever uma gama de sentimentos em situações “corriqueiras”, descrevendo como *“uma coisa que vai permear a vida de todo mundo”*, vai de encontro com os estudos colocados a respeito de cada vez mais as nomeações diagnósticas estarem presentes no cotidiano e imaginário social e serem utilizadas pelos indivíduos como uma nomeação de seu mal-estar. Além disso, a influência da fala dos outros, online e presencialmente, na identificação por meio do sintoma e da consequente incorporação da nomeação para si. Ambas entrevistadas também relatam acerca do apaziguamento do sentimento de solidão, da formação de uma rede de apoio de forma online, como destaca P. acerca de sua amiga virtual com a qual conversava sobre o diagnóstico, e em M.N. de uma forma mais geral ao perceber em uma identificação sintomática *“Que tinham outras pessoas que também se sentiam assim”*. Percebe-se também que a noção de loucura em *“estou ficando louca”* é colocada como um sentimento solitário não compartilhado pelos outros, em contraste com as classificações diagnósticas que podem ser identificadas em outros. Esse mesmo sentido é colocado por M.L. quando diz que já achava que tinha depressão antes do diagnóstico, mas duvidava por possuir sintomas diferentes do que via em outras pessoas e assim *“Então, eu achava que tava louca.”*

As falas vão de encontro com Giles e Newbold (2011) da identificação grupal permitir uma maior procura pela assistência e pela saúde e a formação de uma comunidade de apoio. Ainda, com a maior divulgação e conhecimento das classificações diagnósticas pela população, os próprios indivíduos pesquisam a respeito dos sintomas e características de cada transtorno, buscando no psiquiatra uma confirmação para suas percepções e crenças. Assim,

como apontam Baroni, Vargas e Caponi (2010), “(...) *leigos e pessoas diagnosticadas podem ser ativos colaboradores no processo de medicalização de seus problemas*”, em uma influência por meio da identificação que será abordada no próximo item.

6.4. Identificação com os outros

Além da influência das redes sociais, as entrevistadas descrevem sobre o papel de amigos e conhecidos na identificação com a nomeação e na busca pelo próprio diagnóstico:

A gente conversou bastante, muito. Ela contava tudo pra mim, o que ela sentia. Tipo, longas conversas (...) e eu falei pra ela de algumas coisas que começaram a acontecer e ela falou, mano, eu sinceramente acho que você deveria, tipo, pelo menos dar uma olhada no outro psiquiatra pra ver realmente se esse é o seu diagnóstico, se é só depressão ou se pode ser bipolaridade. (M.L)

Mas veio muito de fora, né? Tava com uma galera na casa de um amigo (...) Foi um grupo de quase cinco pessoas que tava vivendo junto ali uns dias. E vários deles, dois deles tinham autismo diagnosticado. Uma tinha TDAH. Enfim, era uma casa que várias pessoas tinham esses diagnósticos. (...) Eu não sabia desses diagnósticos todos deles. (...) meu amigo veio falar comigo alguma coisa e ele falou que a forma que eu respondi e que eu tava tipo na função ali da cozinha fez ele se perguntar assim, ele falou “você é autista?” (...) Aí eu falei, “não sei. Como é que eu vo saber? Tipo, nunca, não sei”. Aí ele falou, “ah, não, só pergunta assim”. E eu fiquei pensando assim. E depois a noite eu cheguei e perguntei. “Não, fala mais. Foi só aquele momento na cozinha? Você observou alguma coisa em mim? Nessa coabitação que a gente estava tendo?” Eles foram trazendo alguns elementos de identificação. Aqui eu faço uma coisa muito parecida. Quando eu estou cozinhando. Porque a forma que você estava dobrando a roupa naquela hora me fez me identificar. E eu fiquei, nossa, não sei. Sei lá. Eu fiquei bem neutra, assim, tipo... Talvez... (R.Q.)

Assim, M.L. coloca a respeito da influência da amiga que possui o diagnóstico de bipolaridade na sua dúvida atual da passagem do diagnóstico de depressão para bipolaridade. R.Q. também traz que seu primeiro contato com a nomeação do autismo veio a partir de amigos que possuem o diagnóstico e a colocou em movimento para buscar e entender se este diagnóstico faz sentido com suas vivências e sua significação de si. É interessante que R.Q. nomeia de “elementos de identificação” o processo no qual os amigos identificaram comportamentos parecidos quando estava dobrando a roupa e realizando tarefas na cozinha, questionando sobre o diagnóstico. Ainda, observa-se que em uma viagem de cinco amigos, quatro (contando a própria entrevistada) possuíam diagnósticos psiquiátricos, dado em que fica explícito como as classificações estão presentes e utilizadas na sociedade atual.

R.Q. destaca que quando começou a fazer psicóloga estava em um relacionamento não monogâmico com uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia e outra pessoa com diagnóstico de autismo, e a partir dessa relação ela possivelmente “mimetizava” os sintomas e diagnósticos dos parceiros:

Porque ela comentou que quando a gente começou o trabalho juntas (...) ela observou alguns sintomas que ela suspeita que fossem tanto de esquizofrenia quanto de bipolaridade. (...) E conforme a minha relação com essas duas pessoas, um esquizofrênico e um bipolar, todos diagnosticados, foi ficando mais distante, ela falou que os sintomas foram enfraquecendo até silenciar. Mas a gente criou ali uma ideia de que seria muito possível eu mimetizasse os diagnósticos dos meus parceiros (...) Inconsciente, né? De vários sintomas. (...) mimetizava o comportamento deles e, tipo, internalizava traços subjetivos desse diagnóstico, assim. Que eu acho muito doido. E com o que isso pode ter a ver também com qual é o tipo de relação que você tem com a pessoa. Porque é uma relação bem simbiótica, de morar junto, de ter uma relação romântica, de afeto. (...) eu fico pensando, se eu não soubesse que eles tinham esse diagnóstico, como seria diferente? Tipo, claro que eu teria sentido, de alguma forma, os efeitos do diagnóstico. (R.Q.)

6.5. O estigma ainda presente

A questão de uma passagem da estigmatização e exclusão da loucura e/ou dos diagnosticados com uma doença mental para a demanda do diagnóstico e a inscrição grupal por meio deste foi abordada na revisão bibliográfica. Existem duas posições dos entrevistados: uma validação do sofrimento por meio do recebimento do diagnóstico (que será abordada no próximo item), e por outro lado estigmas ainda envoltos nos diagnósticos:

Foi foda falar disso com meus pais, pra falar a verdade. Porque eles ainda têm um estigma bem negativo em relação ao autismo. E vem com um discurso que eu acho muito danoso em relação a isso. (...) E eu perguntei abertamente, a possibilidade de ter uma filha autista envergonha, vocês? Qual que é? Tipo, qual é a reação negativa, sabe? Eles não conseguem nem falar o nome. É esse grau de ignorância, de desinformação e de estigma mesmo. Então, isso é negativo. Isso de falar o diagnóstico é negativo. (R.Q.)

Como foi estar lá com ela? Bem ruim. Porque eu tinha um preconceito interno muito grande em relação a psiquiatras no geral. Aquela coisa clássica, tipo, se qualquer pessoa próxima a mim virasse pra mim e falasse assim, ai, eu vou no psiquiatra, acho que eu precisaria... Mano, dá toda a força do mundo, sabe? Tipo, vai lá, velho, arrasa, tipo, é isso, não tem vergonha nenhuma, saúde mental é tudo. Mas quando se tratava de mim, eu tinha um preconceito interno muito grande, entendeu? (M.N.)

Eu também tive um pouco esse receio de... Não, não quero que ninguém saiba. Não quero que ninguém saiba que eu tô tomando. Depois de um tempo eu perdi totalmente isso. (M.N.)

É, não, quase ninguém sabe, né? De depressão, sim (...) acho que hoje em dia é coisa bem mais... É, depois da pandemia, então (...) Pânico é outro também que se fala (...) é muito comum. (...) porque também muitos são disfuncionais (pessoas com diagnóstico de borderline). Acabam não conseguindo ter uma vida... Trabalhar, né? (P.)

Não é em todo lugar que a gente pode falar. É uma coisa que não dá no trabalho. (...) seria maravilhoso a gente poder escrever e falar e tal, e por pra fora, mas não dá. Porquê daí o cliente, no outro dia, não vai querer ser atendido por você? (P.)

Percebe-se que R.Q. se identificou com o diagnóstico de autismo e passou a utilizá-lo como uma possível nomeação, buscando memórias em sua infância e desenvolvimento que

pudessem confirmar ou não sua dúvida, e, por outro lado, o estigma em relação a transtornos mentais se manifesta em seus pais, produzindo-se questões familiares em volta deste. Este estigma também aparece na fala de M.N. quando coloca acerca de seu preconceito em consultar um psiquiatra e também no fato de que ela se apropria e se identifica com o diagnóstico mas de início não desejava utilizar a nomeação em seu meio social. O relato das entrevistadas está de acordo com Goffman acerca do estigma dos transtornos mentais, que se configura como invisível já que só se torna real quando revelado. Assim, preocupa-se com a tensão que será gerada no social e “(...) surge a questão do controle da informação da sua própria condição e por isso, em muitas situações, as pessoas escondem a sua condição por vergonha ou medo de serem julgadas ou estigmatizadas” (Pereira et al., 2022, p.386).

Ainda, no discurso de P. observa-se que uma diferenciação entre o diagnóstico de depressão e borderline, colocando que o primeiro é mais conhecido e utilizado e por isso não tinha questões em contar para as pessoas sobre, enquanto com o segundo existe um estigma maior tanto por ser menos popularizado quanto pela “disfuncionalidade” de alguns indivíduos. Este relato vai de encontro com o que foi abordado por Shrestha (2018) acerca das versões romantizadas e “na moda” do sofrimento psíquico: o ambiente se torna adoeceador para aqueles que sofrem de condições que não se alinham com essas visões romantizadas. Destaca-se que ainda existe um estigma que envolve a saúde mental e impede os indivíduos de se sentirem confortáveis para buscar ajuda e falar sobre. Assim, existe um efeito na vida social após o recebimento do diagnóstico, já que as pessoas deixam de se relacionar com um ser e passam a interagir com o diagnóstico (Baroni, Vargas e Caponi, 2010, p.9). Este aspecto explicita-se quando P. relata que em algumas brigas “as pessoas que mais te amam acabam usando” o diagnóstico como argumento, ou ainda:

Eu acho que as pessoas ficaram com muito medo de mim. Porque eu também tinha muito medo de mim. Porque eu não sabia o que estava acontecendo. É... Eu não queria ajuda, porque eu também queria me afundar naquilo. (...) eu também acho que do próprio diagnóstico vem uma incapacidade de força de se relacionar com as pessoas, (...) Eu quero ser alguma coisa, mas eu também não quero sendo assim que eu sou. Não quero que ninguém me veja assim. Então, eu tentava sumir. (M.L.)

Acerca da desestigmatização, R.Q. relata sobre sua amiga sugerir o diagnóstico:

Não sei, acho que eu já tinha... desestigmatizado a ideia de autismo há muito tempo, então não foi nada negativo. Essa pergunta, nem essa suposição, nem essa identificação que essa pessoa realmente tem de autismo, por um neurologista. E depois, alguns meses depois, acho, foi com uma amiga também, assim, no mesmo intervalo de três meses. Também conversando sobre relacionamentos, sobre minha relação com o cara que eu tava saindo e tal. Eu tava relatando os sentimentos que eu tinha e alguns sintomas físicos que eu tinha em relação a esses sentimentos, umas

coisas meio psicossomáticas, assim. E essa minha amiga falou... “Você é autista?” (R.Q.)

6.6. Culpabilização, validação e individualização

Existe uma discussão a respeito de como a nova nomeação de “transtornos mentais”, em conjunto com a biologização dos diagnósticos promoveu uma desresponsabilização do sujeito, visto que não o define mais moralmente (Pombo, 2018; Giles e Newbold, 2011) e permite o sujeito a não se apropriar ou refletir sobre seus sintomas e história. Ainda, como o diagnóstico controla a ansiedade e angústia dos sujeitos em padecimento psíquico e passa a incluir, a validar o modo de ser e de existir do sujeito (Bocchi, 2018). É interessante notar que este discurso aparece na fala de M.N, dizendo que a partir do recebimento de seu diagnóstico houve uma desculpabilização e validação de seu sofrimento, explicitando como o saber médico ainda detém o poder social de validação, da necessidade de receber seu diagnóstico para que suas angústias sejam validadas, o que pode ser um fator na busca dos indivíduos por um diagnóstico psiquiátrico:

Eu acho que antes de eu receber o diagnóstico eu me culpava muito (...) Consegui me tranquilizar, me libertar da culpa. Consegui começar a enxergar as duas coisas como coisas separadas. Enxergar eu, como eu sou, e o que eu tenho, entendeu? E não como uma coisa só. Eu me culpava tanto que parecia que era intrínseco, parte de mim. Eu não conseguia distanciar, tipo, não, isso é só uma coisa que eu tenho, que eu tenho que tratar. E não tem nada a ver comigo, entendeu? (M.N.)

Eu acho que foi bom. em alguns sentidos, porque me validou por isso, o que eu tava sentindo (...) foi bom ter uma coisa mais palpável, sabe? Ao mesmo tempo que me deixa um pouco triste porque, por exemplo, pessoas como meus pais só deram uma real importância e levaram realmente a sério quando eles tiveram um diagnóstico médico, entendeu? E não quando eu falei, olha, estou me sentindo assim. Eu precisei ter esse diagnóstico médico pra eles levarem a sério, que eu não tava inventando. (...) Então é triste falar que precisou de um diagnóstico pra eles verem que não era que a pessoa que agia assim. Eu também queria sair pra todos os lugares possíveis, ir e vir e não sei o que, só que eu tinha uma ansiedade muito grande que me impedia, não era minha culpa, entendeu? É triste pensar que as pessoas só vão validar se você tem o papel de um médico falando que você tem (...) Como eu falei, eu acho que, infelizmente, o papel da médica com diagnóstico dá uma validação que a sua própria voz talvez não consiga dar, entendeu?”. (M.N.)

R.Q. aborda sobre pessoas que se sentiram acolhidas por seus diagnósticos e desenvolveram estratégias para lidar com seus sentimentos a partir da nomeação, o que vai de encontro com o colocado por Castellani (2023) a respeito da tranquilização do sujeito quando este recebe um nome para seu mal-estar, antes “desconhecido”:

Conheci muitas pessoas que... Foram... se sentiram muito acolhidas pelos seus diagnósticos. Se sentiram muito mais equipadas para lidar com o mundo e lidar com si mesmas. De um dia para o outro puderam lançar mão de uma série de estratégias que antes de saber o nome daquela coisa que elas tinham, elas nem faziam ideia. E

isso é maravilhoso. Tem amigos e amigas que provavelmente não estariam aqui se não tivessem medicado”. (R.Q.)

M.N. complementa que esta validação por meio do diagnóstico médico pode ser combatida através dos autodiagnósticos, relacionando a positividade do autodiagnóstico em relação a volatilidade das classificações:

(...) eu não acho que autodiagnóstico seja necessariamente uma coisa boa, mas às vezes as pessoas sabem o que elas estão sentindo e não precisa de um papelzinho pra validar isso, sabe? (M.N.)

E eu acho que a nomenclatura ela é importante, então você ter um nome pra esse distúrbio, por exemplo. Às vezes eu acho que até pode gerar confusão, porque às vezes a pessoa tá sentindo 50 mil coisas que podem se enquadrar em 50 mil diagnósticos, e aí fica mudando, isso pode confundir ainda mais. Mas... Você sabe o que você sente, entendeu? Você pode verbalizar o que você tá sentindo. Olha, estou me sentindo enjoada toda vez que eu vou sair de casa. Estou me sentindo ansiosa toda vez que eu vou sair de casa. O que isso significa? Talvez seja transtorno de ansiedade generalizada? Talvez seja síndrome do pânico? Sei lá. Só que eu sei o que eu tô sentindo e eu acho que as pessoas, à minha volta, podem qualificar isso pelo que é. Não pelo que um papelzinho vai dizer que é, entendeu?”. (M.N.)

Nesse sentido, ela reconhece o nome diagnóstico como algo importante, mas elabora que a significação do sujeito sobre seus sintomas, angústias e experiências é mais importante do que a nomeação pelo psiquiatra, visto que esta é apenas uma descrição sintomatológica na qual os sujeitos podem se encaixar em diversas categorias ao mesmo tempo. Esta questão vai de encontro com o colocado por Dalgalarondo (2008) acerca da normalidade pragmática utilizada nos manuais, que define o normal e patológico a priori, ir contra a normalidade subjetiva, na qual os próprios sujeitos analisam em si o que consideram como normal.

É interessante destacar como na revisão bibliográfica o aumento das classificações e da psicopatologização está intrinsecamente ligado ao funcionamento neoliberal contemporâneo, o que é destacado por R.Q. Seu relato vai de encontro com a responsabilização do sujeito, a biologização e de como as noções do que é patológico estão localizadas dentro de um lugar e cultura, questionando o que é chamado de “disfunção”.

Acho que essa geralmente é a forma que eu abordo qualquer comportamento um pouco disfuncional. (...) Que era, o que isso tá me dizendo? Preciso ouvir (...) E é por isso que eu sempre tinha muita resistência a remédios. E a coisa que pudesse me tirar a sensibilidade ou me tirar a presença de alguma forma. Não tem nada externo pra mim. Tudo sou eu. Não é que a depressão, autismo, não é que é uma coisa que está passando por mim. Não, sou eu. Sou eu reagindo a um mundo de alguma forma. Não tem nada cerebralístico nisso, na minha cabeça. Não tem nada que é só o funcionamento do meu cérebro. Eu sou um ser humano, um ser de cultura que vive num contexto de sociedade. Não tem essa de eu sozinha no meu cérebro. Pra mim. Então eu nunca achei que fosse uma questão química na minha cabeça. E eu também tenho uma visão bem estética em relação ao diagnóstico de autismo. O que é autismo no ocidente não seria autismo em algum lugar do Oriente. Todas as definições da psiquiatria, da psicologia são localizadas. São de um lugar, de um grupo de pessoas, de uma cultura, de um hemisfério, arrisco dizer. Pode ser muito

útil, pode ajudar pra caramba. Mas eu não tomo isso como a grande verdade. Isso também desafia a ideia de... de disfunção, né? O que é uma disfunção, em que contexto? (...) Então o comportamento só é um problema dentro de um contexto de normalidade (...) Quando você substitui uma análise que seria, tipo, biopsico-social por uma análise bio-bio-bio, aí eu acho que é foda, assim (...) Que é um sintomático do neoliberalismo, né? Tipo, só depende de você” (R.Q.)

Ao mesmo tempo que ela critica a individualização dos transtornos do “só depende de você”, por outro lado coloca como o recebimento de um diagnóstico a permitiu entender melhor sobre essa questão e adquirir uma visão cultural e política sobre:

O transtorno alimentar foi essencial, eu acho, nomear e me instruir e me educar muito sobre isso. Porque me deu uma visão social, cultural e macro-política que está por trás dessa questão. Não é que eu estou tendo um comportamento estranho individualmente. Acho que isso é uma coisa bem clichê, mas no nosso sistema neoliberal tem muita tendência de individualizar o sofrimento. Deixar que o meu corpo, meu cérebro não está funcionando direito, então eu sou o problema e eu tenho uma questão e eu sou um bug aqui nesse sistema que deveria estar funcionando. Como se socialmente as pessoas pensassem, minha depressão, meu burnout, meu TDAH não tem a ver com condição social, não tem a ver com pobreza, não tem a ver com estrangulamento de qualquer ideia de comunidade, tem a ver com eu sou o problema. O sofrimento vem do mal funcionamento do meu cérebro, do meu corpo, das minhas... do meu comportamento, da minha dinâmica. O que eu acho extremamente danoso, né? As pessoas pensarem assim. Então, eu entendo o meu problema como algo coletivo e mais como algo cultural e mais como um corte de gênero (...) acho que adicionou complexidade pra eu me entender e desindividualizar meu sofrimento também. (...) Começa a ficar perigoso quando a gente individualiza muito os diagnósticos. (R.Q.)

6.7. Volatilidade diagnóstica

Três entrevistadas relataram acerca da mudança de diagnósticos ao longo do tempo:

Depressão, autismo e distúrbios alimentares. (...) Ah, eu também tive um diagnóstico de burnout (R.Q.)

Então... nunca ninguém ia em um diagnóstico... eles sempre iam tratando as coisas meio paralelas... sabe? (...) “Ah é bipolar? não não é bipolar. Ah... é TDAH... não... não é TDAH.” Ah... não sei, não dá para eu culpar muito... porque... hoje, lendo e vendo, eu acho que a questão do borderline ela é mais recente. Eu acho que naquela época não se sabia tanto. Isso é o que eu conversei com a minha terapeuta e com a psiquiatra. Enfim, eu achei um perdão para todos os profissionais. (...) ele se parece com muitas coisas. Também... os critérios estão melhorando... porque antes não se estudava. Agora que está virando objeto de estudo, agora tem mais critério... cada vez têm uma revisão nova, um estudo novo (P)

E recentemente eu perguntei pra ele (psiquiatra) também sobre diagnóstico de novo. Agora a gente tá parado no... Hipomaniaca... Pezinho em bipolaridade. (...) Posso ter episódios depressivos e maníacos. A diferença é que são mais leves. Mas... É... Me autoanalisando, vendo as coisas, lendo... Cada vez mais parece, sabe? Realmente. (...) Tem um tempo já que eu tô me questionando sobre isso, porque eu sinto que às vezes eu, tipo, tenho altas e baixas muito rápidas e atitudes muito, tipo, mesmo sóbrias, tipo, muito... Impossíveis, que eu não faria normalmente. E sentimentos, e mano, sei lá... Pensamentos... Meu corpo se movimenta de um jeito, de repente, que não parece estar correto e que eu não tô acostumada com (...) a questão da bipolaridade começou a pesar mais nesses últimos meses. Então, eu

comecei a me observar mais. E como isso vinha crescendo e diminuindo. E como dava gatilho, como não. (M.L.)

M.L. destaca sua percepção da mudança de diagnósticos nas pessoas ao seu redor:

Que todo mundo mudava (...) o diagnóstico. Não era mais depressiva. O (nome do psiquiatria) admitiu que errou o diagnóstico e tava testando a medicação (...) Mano, o meu repertório de gente diagnosticada... Foi muito volátil. Era só galera drogada. Não teve muita gente normal, não (...) O normal é que... Pelo menos ele manteve o diagnóstico. Eu não sei se é normal ficar mudando o diagnóstico tanto, sabe? Eu pensava que não era. Eu não sei agora. (...) Acho que muda, é verdade. (M.L.)

Ao longo da revisão bibliográfica, coloca-se que existe um aumento constante no número de classificações diagnósticas presentes nos manuais psiquiátricos, que fica explícito na fala de P. quando relata que o diagnóstico de borderline não existia mas há atualmente mais estudos e critérios sobre. Isso vai de encontro com o que abordam Giles e Newbold (2011), das categorias do DSM e os critérios para sua obtenção serem extremamente voláteis entre as diferentes edições do manual. Há uma volatilidade dos diagnósticos que M.L. e P. destacam, em uma busca por uma nomeação que vá de acordo com seus sintomas e do conhecimento de si, o que está de acordo com destacado na revisão bibliográfica acerca da flexibilização dos sintomas diagnósticos e de como o próprio DSM destaca da permeabilidade dos limites entre os transtornos e da fluidez dos sintomas ao longo da vida e como estes se encaixam em mais de um diagnóstico (APA, 2014). Todavia, pode-se pensar que por parte do sujeito existem diversas mudanças ao longo da vida. Neste movimento em que o diagnóstico se torna uma marca identitária com a qual o sujeito se identifica e se descreve a partir de, os sujeitos buscam por novos diagnósticos de acordo com essa volatilidade de si, entendendo que se encaixam em uma nova nomeação mais sintonizados com a percepção atual de si.

6.8. A relação com os medicamentos

A psicopatologização está intrinsecamente ligada com o da medicalização, e isto se reflete na fala dos entrevistados, dos quais todos tomam ou já tomaram medicamentos. Entretanto, a relação com os medicamentos é diferente para cada uma delas.

P. passou por diferentes medicações e ao final também buscou alternativas não medicamentosas para aliviar seu sofrimento, o que vai de encontro com que Roudinesco (2000) nomeia como “labirinto de medicinas paralelas”. Ela iniciou com a medicação para depressão e diz *“Eu fui medicada... eu sempre fui bem certinha, sempre pedindo tratamento, fazendo terapia... procurava ajuda... gostava de ter ajuda, não me negava nada”*. Seus

remédios mudaram de acordo com as mudanças de diagnóstico (depressão, bipolaridade, TDAH), até chegar no borderline que *“Não existe um remédio para a border, né? Existem... coisas que... você pode medicar quando vem... e vai. Eu tenho chance até... de ficar sem nenhum remédio em algum momento. Vai desenvolvendo as habilidades e tal, sabe?”*. Nesse sentido, ela coloca que também buscou alternativas da hipermedicalização, fenômeno que também é apontado por M.N.:

(...) em vez de eu ir lá tomar um Rivotril... porque é muito comum que os profissionais mediquem... ou que mediquem além da conta (...) vai lá e coloca a cabeça no balde de gelo (...) pula corda. Ou fazer um exercício muito, muito forte por 15 minutos. Faz o mesmo efeito que a medicação (P.)

Eu acho que talvez um pouco no sistema público eu já escutei um pouco essas histórias (...) Mas é tipo, você senta lá e eles te dão uma receita (M.N.)

O relato de M.N. vai de encontro ao colocado por Amarante e Pimentel (2020) de um funcionamento ambulatorial dos CAPS com intensa dispensação de medicamentos e da ida dos usuários justamente para buscá-los. A entrevistada também coloca sobre seu medo de que o remédio alterasse sua personalidade, em ressonância do imaginário social de que a tornaria um “zumbi”, provavelmente influenciado pelo imaginário da loucura e do tratamento realizado nos manicômios.

No começo eu acho que era um pouco placebo, né? Porque o remédio demora um pouco pra fazer efeito. (...) Aí eu até perguntei pra ela, vai mudar a minha personalidade?" Ela falou, não. Ela falou, nem tem remédio que faz isso. (...) Então eram essas um pouco as minhas angústias, que eu sinceramente acho que são angústias de uma pessoa que não sabia, falta de conhecimento, falta de acesso à informação mesmo. Porque se eu soubesse, olha, é um remédio, que vai te ajudar, que pode ter alguns efeitos colaterais sim, mas não vai mudar a pessoa que você é. Por que eu criei essa coisa no meu imaginário? Porque eu já tinha escutado pessoas disseminando essa desinformação, sabe? Ai, não, porque o remédio vai te deixar uma zumbi, não sei o que, sabe? Esse tipo de coisa.” (M.N.)

É interessante notar a observação de que no começo do tratamento medicamentoso ela pensou que poderia ser placebo, de uma melhora dos sintomas mesmo sem o efeito do medicamento. Atualmente está no processo de desmame e sente que o tratamento funcionou:

(...) todos os sintomas desapareceram (...) Tenho, vez ou outra, uma angústia. Eu acho que é importante separar assim um pouco. Eu não me sinto mais ansiosa, porque a minha ansiedade é muito sintomática. (...) E só quando parei de ser tão ansiosa, eu percebi o quanto que isso estava na minha vida, assim, sabe? Eu estava muito adaptada a viver constantemente ansiosa. E só quando transbordou um pouquinho, que eu falei, eu não aguento mais”. (M.N.)

Ela complementa que *“O remédio é uma solução pontual pros sintomas, mas não pra raiz do problema, entendeu?”*. Assim, coloca a importância dos outros tipos de tratamentos recomendados por sua médica e aderidos por ela ao longo do processo, como terapia, boa

alimentação e realização de atividade física. Percebe-se que os medicamentos combinados com outros tipos de tratamento, não apenas de um tamponamento dos sintomas sem questionar o que pretendem expressar, pode ser uma tratamento efetivo no sentido de permitir que a entrevistada saísse do que nomeia como “ataque de pânico” de não conseguir sair de casa para um abaixamento dos sintomas de ansiedade e diferenciação da angústia.

O relato de R.Q. vai de encontro com os estudos, principalmente teorizados por Neves et al. (2022) acerca da noção de *enhancement*, no sentido dos psicofármacos serem utilizados para alcançar a nova norma neoliberal, colocando a respeito de voltar para a produtividade que tinha, da utilização dos remédios para que o transtorno não a “atrapalhe”.

E a forma de eu voltar para um lugar de eficiência neurotípica, vamos dizer, e de constância neurotípica seria pelos medicamentos. Eu não queria. mesmo sem o diagnóstico, conversando com ela. (...) Eu receber esta medicação pra voltar pra produtividade que eu tinha. (...) Eu acho que eu nunca tive antes de forma neurotípica, mas tive de forma que não me atrapalhava. E a ideia de tomar medicação pra abaixar o tom dessa sensibilidade me era assustadora.. (R.Q.)

M.L. possui uma trajetória diferente com os medicamentos, visto que seu primeiro contato com um psicofármaco foi pelo psiquiatra pai de sua amiga, em uma atuação para além das fronteiras do consultório. Ela também relata que após iniciar o uso o utilizava sempre que sentia que ia ter um ataque, ou seja, antes mesmo de tê-lo, em um movimento de evitação da angústia antes mesmo que ela se manifeste:

(...) uma amiga que o pai é psiquiatra, me deu um frontal. E aí eu, tipo, tomava *super* pouco e realmente me ajudou, tipo, a entender e a compreender o que era o ataque de pânico e o que era o que eu tava sentindo aquilo. Porque eu pensava que eu tava morrendo. Acho que eu tava morrendo. (...) Era bem tranquilo. Tipo, dois descomprimidos que duravam um ano, assim. Eu dava, tipo, uma mordidinha, se eu sentia que ia ter um ataque de pânico, eu ficava bem, dava tudo certo.” (M.L.)

Quando M.L. passou a frequentar outro psiquiatra:

Ele me deu um antidepressivo. Eu não me lembro dele ter falado, tipo, acho que você tem depressão. (...) Ele me falou que “Eu quero testar um negócio com você. É... Vou fazer uma receita de um antidepressivo. Que a gente vai ajustando. Que é super fraquinho. Não sei o quê”. Aí eu saí em choque do consultório. Fiquei em estado de planta durante uma noite. Dois dias. Comprei remédio em estado de planta. Aí comecei a tomar o remédio. E foi bom. Até, na verdade, tava mais relaxada.” (M.L.)

Ainda, M.L. relata que além da depressão ela possui uma questão com o sono, e por isso já se automeDICAVA e passou por diversos medicamentos ao longos dos anos:

Eu já me auto-medicava com Dramin, isso parecia dar certo.(...) Comecei a me medicar em 2019. (...) pra resumir sinceramente, foram 10 trocas de remédio de sono. Fudeu o meu cognitivo. Eu fico puta com o (nome do psiquiatra) por causa

disso. Eu fico puta comigo por causa disso. Eu não lembro de muita coisa. Eu mexo no celular, encontro mensagens, fotos, músicas e textos que eu nunca escrevi, mas era eu. (...) Mas nesse meio tempo desses dez medicamentos, eu troquei... A gente ficou em três famílias... Eu troquei uma... Duas... Quatro ou cinco.. Antidepressivo. Aí tem estabilizador de humor. Foram dois. Aí teve... Foram dois? Ou foram dois ou foram três. Aí teve anticonvulsivante... Que era pra aumentar o efeito do antidepressivo... Não muito certo. (...) Mas a gente vai mudar. eu já deveria ter mudado. Esse ano eu vou abaixar o antidepressivo. E aumentar meu estabilizador de humor, porque aparentemente eu sou, posso ser uma hipomaníaca. Vamos testar isso.” (M.L.)

Percebe-se o mesmo movimento que observou-se na revisão bibliográfica: com maior informação e acesso aos fármacos da indústria, os indivíduos podem se automedicar, como no caso foi descrito com o Dramin, como também a realizar uma troca ou junção intensa de diferentes medicamentos. Ainda, observa-se o que foi trazido por Silva Junior (2021) da inversão da técnica da psiquiatria, na qual é o efeito do remédio que determina qual é a nomeação patológica correta. O médico diz “vamos testar isso”, no sentido de aumentar os estabilizadores de humor e diminuir os antidepressivos para avaliar se está correta a mudança de diagnóstico de depressão para bipolaridade.

VII. CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou estudar a psicopatologização contemporânea a partir de perspectivas psicanalíticas, se aprofundando no lugar social da psiquiatria e na busca do sujeito pelo diagnóstico. Para isso, realizou-se uma contextualização da psicopatologia e psiquiatria até os manuais diagnósticos contemporâneos e fenômenos da psicopatologização e medicalização. Em seguida, aprofundou-se nas perspectivas psicanalíticas acerca do sintoma, mal-estar e desamparo, o contemporâneo e o lugar social da psiquiatria e da busca do sujeito pelo diagnóstico. Foram feitas entrevistas para se aprofundar no lugar que a nomeação diagnóstica ocupa para o sujeito. É importante destacar que existem sofrimentos extremamente válidos dentro da busca por um diagnóstico, e reconhece-se a importância destas nomeações e medicamentos, como destacado pelas participantes da busca pelo psiquiatra quando sua angústia e sofrimento se tornou intolerável. Entretanto, é necessário questionar este cenário atual de epidemia diagnóstica e medicamentosa, compreendendo o porquê de sua existência e qual lugar da psiquiatria e do sujeito no meio deste funcionamento.

A psicopatologia estuda os transtornos mentais e o que é considerado normal e patológico, influenciando na concepção de saúde e conseqüentemente na vida das pessoas. Apesar de ser uma ciência autônoma, se fundamentou por meio da psiquiatria, domínio que continua atualmente por meio dos manuais diagnósticos. A psiquiatria, por sua vez, é desde seu início responsável pela gestão entre os conflitos psíquicos e sociais, exercendo uma função biopolítica de legitimação do controle daqueles que fogem das normas sociais. A partir do século XIX, buscando se aproximar da medicina, inicia a busca por fundamentação biológica e uma atuação ampliada para “medicina do não patológico”. Esse movimento se consolidou no século XX com o avanço das neurociências e psicofarmacologia e culminou na elaboração dos manuais na década de 1950. Enquanto os dois primeiros DSM ainda eram influenciados pela psicanálise e não possuíam distinção evidente entre normal e patológico, o DSM III (1980) marcou a passagem para a psicopatologia contemporânea, fundamentado no paradigma biológico, afastando-se da psicanálise e de outras abordagens psicossociais, baseando-se na classificação de sintomas em uma tentativa de se tornar uniforme, válido, padronizado e atóxico, acima das discussões na área da psicopatologia.

A partir dessa terceira edição, a psiquiatria se afirma como ciência médica e as classificações se popularizam e passam a ser utilizadas em políticas e sistemas de saúde pública e privada, estabelecendo a intervenção psiquiátrica e medicamentosa como referência

primordial. Ainda, passou a definir a fronteira entre normal e o patológico sem explicitar os critérios para tal, a partir de um modelo operacional-pragmático de correlatos orgânicos e sintomáticos. Deste modo, suprimiu a complexidade e subjetividade dos casos ao mesmo tempo que não assume mais suas implicações filosóficas, éticas e epistemológicas, aumentando seu poder biopolítico e de normatização. Apesar dessa visão ser criticada mesmo dentro da psiquiatria por sua instabilidade diagnóstica, crise da validade biológica, tratamento por meio dos sintomas e venda para a indústria farmacêutica. esse modelo se consolidou e culminou no DSM-V (2013), que apesar de avanços, classifica cada vez mais questões e sintomas como patológicos. Em 60 anos, o número de diagnósticos triplicou.

Neste contexto, observam-se fenômenos da psicopatologização e medicalização, nos quais questões existenciais e sociais são transformadas em patológicas, passíveis de intervenção médica e medicamentosa. Assim, observa-se atualmente uma epidemia de diagnósticos, uma busca dos sujeitos por essa nomeação e um consumo exacerbado de grande parte da população dos medicamentos, sendo que alguns fatores que contribuem para este cenário são: 1) Ampliação quantitativa e qualitativa do número de diagnósticos, que passam a englobar cada vez mais sintomas classificados como patológicos; 2) Flexibilização dos critérios diagnósticos de inclusão na categoria, por exemplo da diminuição do tempo necessário dos sintomas para diagnosticar; 3) A entrada dos manuais nos sistemas de saúde, sendo necessário o diagnóstico para acessá-los ou para receber benefícios e assistências sociais; 4) O vínculo da psiquiatria com a indústria farmacêutica e a ampliação do tratamento medicamentoso, sendo os diagnósticos utilizados por exemplo para conseguir substâncias que aumentam a capacidade produtiva e 5) a popularização das nomeações psiquiátricas.

Em retroalimentação da psicopatologização, a popularização dos diagnósticos se torna um fator importante para compreender a maior busca dos sujeitos por estes. Por conta de classificar qualquer sintoma e mal-estar, cada vez mais pessoas se encaixam nas classificações. Em relação com a indústria farmacêutica e com o marketing, a divulgação dos diagnósticos e prescrição de medicamentos aumenta a identificação dos sujeitos com esse discurso. Esse cenário é extremamente amplificado por meio das redes sociais, em uma divulgação de sintomas e de ferramentas para se diagnosticar. Essa hipótese foi confirmada tanto pela revisão bibliográfica quanto pelas entrevistas: ao pesquisarem sobre os transtornos, mais conteúdo aparece em suas redes, em vídeos que descrevem sintomas com os quais, por englobarem comportamentos cotidianos e existenciais, todos se identificam. As nomeações

psiquiátricas se tornam tão populares que as entrevistadas já conheciam o nome de seu diagnóstico antes de ir ao psiquiatra, cenário que pode influenciar que os sujeitos já cheguem se descrevendo por meio de sintomas característicos da patologia que creem ser a sua e recebam do médico a confirmação de sua crença, como colocado nos estudos.

Outro fator a ser destacado é a identificação grupal. Cada vez mais presentes na sociedade, as entrevistadas relatam conhecerem diversas pessoas diagnosticadas, sendo que amigos ou redes sociais foram responsáveis pela oferta da nomeação. Se por um lado essa identificação sintomática promove a formação de redes de apoio, trazendo maior validação e credibilidade de seu sofrimento, por outro influencia o autodiagnóstico ou que uns diagnostiquem aos outros. Portanto, o sujeito se identifica e passa a pertencer à comunidade que também possui o diagnóstico, de modo que forma uma identidade por meio deste: “Se possuir uma doença hoje é pertencer a “normalidade”, o excluído é aquele que sofre uma condição sem nome” (Bocchi, 2018, p.16).

A partir deste contexto, permite-se entender o questionamento colocado no início da pesquisa acerca da mudança da estigmatização para busca de ser diagnosticado. Por ser popularizado e definido biologicamente, há uma re-patologização generalizada em que considera-se que ter um transtorno é “normal”, uma naturalização de modo que se tornam “(...) uma condição "natural" do ser humano, resultante de discursos orgânicos e, portanto, em última instância, desvinculados do contexto histórico em comum, bem como da historicidade de cada um” (Silva Junior, 2021, p.43). Assim, não há mais uma carga moral que a acompanha, influenciado também pela mudança do termo “doença” para “transtorno”. Forma-se a concepção de que a pessoa não é louca, mas sim diagnosticada (Giles e Newbold, 2011): A noção de “loucura” é colocada nas entrevistas em contraposição ao diagnóstico, sendo a primeira uma experiência solitária e a segunda compartilhada, com a qual outros se identificam. Com isso, revestido de uma autoridade científica, os diagnósticos adquirem a posição de autenticar o sofrimento psíquico, nomear o mal-estar antes anônimo e suprimir sintomas, justificando o sentimento de anormalidade em relação aos outros a partir de uma explicação biológica e trazendo uma desresponsabilização e desculpabilização do sujeito que promove tranquilidade e menor mal-estar em si mesmo, nas instituições e nas famílias.

Por um lado, as participantes relatam que o estigma diminuiu por conhecerem pessoas diagnosticadas, em uma inclusão social a partir da nomeação. Por outro, ainda existem estigmas por parte da família, de diagnósticos menos popularizados ou do sujeito não falar

sobre por medo da consequente estigmatização. Do autodiagnóstico, colocam que esta prática possibilita contrabalancear o poder médico, já que o sujeito decide o que considera patológico, mas pesquisas explicitam que existem riscos de informações e diagnósticos incorretos, que aumentam por conta do sujeito basear sua identidade em uma nomeação com critérios e categorias extremamente voláteis. Acerca dessa volatilidade, as próprias participantes estão inclusas ou relatam conhecer pessoas que possuem mais de um diagnóstico ou mudaram ao longo dos anos, podendo-se entender que o diagnóstico como parte da identidade faz com que os sujeitos busquem por uma nomeação que tenha maior consonância com sua nova visão de si.

A perspectiva psicanalítica vai no caminho contrário da patologização e da cura pela supressão de sintomas, entendendo que estes são o modo do sujeito se expressar. Assim, orienta-se para um tratamento no qual o sujeito não busque se adequar mas lidar com o conflito, se responsabilizando por seus sintomas e angústias e questionando o modo social no qual são produzidos. Nessa visão, a psiquiatria codifica e regula qualquer tipo de mal-estar, sendo que o diagnóstico descreve biologicamente uma disfunção, tampona os sintomas e possibilita uma desresponsabilização do sujeito sem questionar o que seu sofrimento e seu sintoma expressa. Ainda, há uma inversão técnica em que a psiquiatria fornece a solução medicamentosa e cria nomeações patológicas que justificam seu uso, criando a demanda para sua existência. É válido destacar que enquanto as reformas psiquiátricas buscaram expandir as intervenções no campo da saúde mental, a hegemonia da psiquiatria ainda está presente por meio dos manuais e seu referencial diagnóstico e medicamentoso.

Todas as entrevistadas são medicadas, sendo que a inversão técnica aparece quando o psiquiatra determina se o diagnóstico está correto baseado no funcionamento dos medicamentos. Elas descrevem situações como automedicação de forma a prevenir o sentimento de angústia, e desculpabilização de si a partir do diagnóstico, entendendo a patologia como algo estrangeiro ao Eu. Por outro lado, reconhecem a hipermedicalização, buscam tratamentos além do psiquiátrico e a necessidade de entender os sintomas como algo de seu próprio funcionamento que deve ser explorado, sem apenas tamponá-los. Ao mesmo tempo que as entrevistadas colocam uma validação do sofrimento e maior busca por ajuda e ferramentas por meio do diagnóstico, estudos argumentam que pode haver um reforço do sintoma, já que existe um ganho secundário e satisfação por meio deste, um apagamento e

estagnação do sujeito no adoecimento, o não desejar por ter seu vazio preenchido e desresponsabilização de modo que não se apropria de seu sofrimento.

Com isso, é necessário entender a quem este tipo de intervenção beneficia e por que seu funcionamento se dá justamente no período contemporâneo. O contemporâneo é marcado pelo enfraquecimento das instituições, crise das políticas e do modelo de bem-estar social, em uma sociedade neoliberal na qual há uma busca incessante pela performance, consumo e prazer, formando um ideal inalcançável. Visto o desamparo constitutivo e o mal-estar da formação da civilização, a própria noção de saúde complementa este ideal impossível: a cultura do bem-estar, a imagem do corpo e a performance se tornam produtoras de mal-estar, em uma busca dos ideais de perfeição e de uma versão melhor de nós mesmos. Nesse sentido, o contemporâneo é marcado por uma mudança drástica nos modos de desamparo e mal-estar, baseada na busca por este novo ideal no qual o sujeito inescapavelmente fracassa.

Se o sujeito se constitui a partir da linguagem, socialização e processos de identificação, ele atua e se orienta a partir desses ideais, os internalizando e alinhando seus desejos à ordem socialmente construída. Baseado no valor do individualismo e sem a segurança que justificava o mal-estar moderno, o sujeito se culpabiliza e é culpabilizado por não alcançar a norma, se tornando responsável por sua própria sobrevivência e constituição. Ainda, com a perda dos referenciais antigos, restam perdidos e desamparados, reinventando-se a partir de si mesmos sem funções simbolizantes para se ancorar. Assim, em uma falta de garantias, sofre imobilizado e não desejante, sem temporalizar ou simbolizar o traumático, na vivência de um eterno presente e da repetição compulsiva da dor, mais pela insegurança e exigência do prazer do que pela renúncia, em uma liberdade para gozar seus desejos sem referenciais sólidos para tal (Birman, 2023).

Qual seria o lugar da psiquiatria neste contexto? Em vista do sujeito desamparado, que sofre e é responsabilizado individualmente pela gestão desse sofrimento, a psiquiatria é uma resposta biológica para as novas formas de mal-estar, intimamente ligada com a indústria farmacêutica e alinhada com os ideais da ordem social desejada, em uma gestão neoliberal do sofrimento psíquico (Neves et al., 2022). Englobando todas as formas de mal-estar a partir da classificação de sintomas, qualquer cidadão se encaixa em um ou mais diagnósticos. Individualizado, o sujeito busca nos diagnósticos um amparo, uma forma de identidade e conhecimento de si, sendo que os medicamentos permitem uma tranquilização e regulação a partir de si próprio, sem tempo para questionar o que o faz sofrer.

Em uma sociedade com laços sociais frágeis, o diagnóstico possibilita a identificação e apoio do grupo. Além de, em conjunto com o tratamento medicamentoso, permitir que os sintomas não apareçam enquanto mensagem cifrada do desejo e que o sujeito não se culpabilize por não alcançar este eu ideal, já que há uma causa biológica que o justifica e não o define moralmente. Com isso, a psiquiatria fornece os instrumentos para tornar o sujeito um ser efetivo nessa sociedade (Birman, 1999), permitindo que se adeque aos ideais culturais e se insira novamente na performance social. Uma entrevistada relata o reconhecimento desta individualização e biologização em relação com a gestão neoliberal, mas ao mesmo tempo coloca que o diagnóstico possibilitou se informar e adquirir uma visão cultural e política sobre, não mais culpabilizando a si mas o modelo no qual os sujeitos estão submetidos. A questão dos medicamentos na performance aparece no sentido de avaliar se deveria tomá-los se houvesse necessidade de adaptação e de retorno a uma antiga performance acadêmica.

Deste modo, tudo torna-se passível de intervenção psiquiátrica e medicamentosa e ocorre, em retroalimentação, uma popularização e aumento da identificação e adesão dos sujeitos com esse discurso e tratamento. Os sujeitos passam a organizar sua queixa, perceber e a expressar sua angústia a partir dos diagnósticos (Legnani, 2012), culminando em autodiagnósticos ou busca por sua confirmação. Assim, a nomeação diagnóstica se torna um significante por meio do qual o sujeito nomeia seu mal-estar e se sente reconhecido e pertencido na identificação com os demais diagnosticados, lhe fornecendo um lugar social (Hacking, 2006). A psiquiatria se torna responsável por criar roteiros identificatórios por meio dos quais o sujeito forma uma identidade, sendo que uma das entrevistadas relata uma experiência dolorosa para abrir mão dessa identidade sustentada e ampliada pelo diagnóstico. Assim, o diagnóstico popularizado e biologizante permite que o sujeito não encontre o desamparo e a angústia, eliminando tanto seu próprio mal-estar quanto dos outros a sua volta, sem questionar o que este expressa ou o modelo no qual ele se forma. Com isso, permite-se que o sujeito se insira na sociedade performática e seu narcisismo continua intacto, de modo que a falta e o não alcance do ideal é vista como exterior ao Eu e justificada biologicamente frente ao outro, sem que este se responsabilize.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Especialistas alertam para ‘epidemia de diagnósticos’ de TDAH entre crianças.** Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/11/27/especialistas-alertam-para-2018epidemia-de-diagnosticos2019-de-tdah-entre-criancas#:~:text=Especialistas%20alertam%20para%20'epidemia%20de%20diagn%C3%B3sticos%20de%20TDAH%20entre%20crian%C3%A7as,-Compartilhe%20este%20conte%C3%BAdo&text=Especialistas%20cobraram%20nesta%20segunda%2Dfeira,TDAH\)%20entre%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes](https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/11/27/especialistas-alertam-para-2018epidemia-de-diagnosticos2019-de-tdah-entre-criancas#:~:text=Especialistas%20alertam%20para%20'epidemia%20de%20diagn%C3%B3sticos%20de%20TDAH%20entre%20crian%C3%A7as,-Compartilhe%20este%20conte%C3%BAdo&text=Especialistas%20cobraram%20nesta%20segunda%2Dfeira,TDAH)%20entre%20crian%C3%A7as%20e%20adolescentes). Acesso em: 20 mar 2024.

AGUIAR, A.A. **Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume dumará. 2004.

AGUIAR, F. Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise. **Jornal de psicanálise**, v. 39, n. 70. São Paulo, 2006, p. 105-131.

ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia?. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 40, p. e180896, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 40-50. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2024.

AMORIM, G.M. Doenças psicológicas e os benefícios do INSS. **JUSBRASIL**, 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/doencas-psicologicas-e-os-beneficios-do-inss/1835560372>. Acesso em: 21 mar 2024.

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, p. 70-77, 2010.

BAUMAN, Z. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria.** Trad. Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BESCHIZZA, A. Transtorno Mental BPC: Saiba se você pode receber?. **JUSBRASIL**, 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/transtorno-mental-bpc-saiba-se-voce-pode-receber/1838265357#:~:text=Para%20ter%20acesso%20ao%20BPC,as%20atividades%20da%20vida%20diária>. Acesso em: 21 mar 2024.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação;** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 1999.

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

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade** (1946). 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2023.

BOCCHI, J. C. A psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos?. DOXA: **Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, v. 20, n. 1, p. 97-109, 2018.

CAMPOS, É. B. V. Delineamento de pesquisa no campo psicanalítico: Uma proposição sintética. **Psicologia Clínica**, v. 33, n. 3, p. 487-505, 2021.

CAMPOS, É. B. V.; DA SILVA, A. N. O desamparo como categoria afetiva fundamental do mal-estar na atualidade: um ensaio psicanalítico. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 19, n. 1, p. 67-87, 2020.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

CASTELLANI, M. M. X. **Uma escrita psicanalítica da experiência do diagnóstico médico e seus tempos subjetivos: revelação, identificação e nomeação**. 2019. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-24092020-200814/publico/castellani_do.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

COELHO, Leticia; NEVES, Tiago. Sofrimento psíquico no neoliberalismo e a dimensão política do diagnóstico em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220850pt, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha “não à medicalização da vida: Medicalização da educação”**. Brasília, 2012. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 19 mar 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação**. Reimpressão da 1 ed. São Paulo, 2015. Disponível em: site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS promoverá live sobre a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2971-27-04-live-transtornos-mentais-e-adoecimento-no-ambiente-de-trabalho-como-enfrentar#:~:text=Dados%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20mental%20ao%20longo%20da%20vida>. Acesso em: 20 mar 2024.

COSTA, E. R.; MELLO, M. M. Desdobramentos do desamparo na contemporaneidade. **Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos**. 2016.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 49-59, 2008.

DA SILVA TRAVAGLIA, A. A. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. **Psicologia Revista**, v.23, n.1, p. 31-49, 2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DE MENEZES, J. E. X.; DOS SANTOS, D. N. Tensões entre diagnóstico psiquiátrico e construções identitárias. **Revista Psicologia e Saúde**, 2012.

DE OLIVEIRA, A. A. A.; RESSEL, C. C. F. P.; JUSTO, J. S.. Desamparo psíquico na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 21-32, 2014.

DE RESENDE, M. S.; PONTES, S. P.; CALAZANS, R. O DSM-V e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em revista**, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015.

DIAS, M. G. L. V. O sintoma: de Freud a Lacan. **Psicologia em estudo**, v. 11, p. 399-405, 2006.

DÖR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1991

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. Boitempo editorial, 2015.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, p. 611-626, 2011.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011.

DELBONI, C. Adolescentes usam redes sociais para autodiagnóstico de transtornos mentais. **ESTADÃO**, 23 out 2023. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/emails/carolina-delboni/adolescentes-usam-redes-sociais-para-autodiagnostico-de-transtornos-mentais/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, v. 3, p. 65-86, 2000.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006.

FRANCES, A. **Voltando ao normal: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle**. Versal Editores, 1a ed. Rio de Janeiro, 2016.

FRANCISCO, V. B. As 8 doenças psiquiátricas que mais aposentam. **JUSBRASIL**, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/as-8-doencas-psiquiatricas-que-mais-aposentam/835420953>. Acesso em: 21 mar 2024.

FREITAS, C. D. R.; REUTER, B. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200172, 2021.

FREUD, S. A dissecação da personalidade psíquica (1933). In: Obras completas, volume 18: **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos** (1930-1936). Tradução: Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 192-223.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: Obras completas, volume 17: **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos** (1926-1929). Tradução: Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 13-123.

FREUD, S. O inconsciente e a consciência - a realidade. In: Obras completas, volume 4: **A interpretação dos sonhos** (1900). Tradução: Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, p. 663-675.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: Obras completas, volume 18: **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos** (1930-1936). Tradução: Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 13-123.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: Obras completas, volume 15: **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos** (1920-1923). Tradução: Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 13-113.

FREUD, S. Totem e tabu (1912-1913). In: Obras completas, volume 11: **Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos** (1912-1914). Tradução: Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p. 13-244.

GARCIA JR, C. A. S.; PEREIRA, L. C. D. V. Proliferação diagnóstica e a problemática do risco no DSM-5: o caso da síndrome dos sintomas psicóticos atenuados. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 12, n. 33, p. 125-142, 2020.

GILES, D. C.; NEWBOLD, J. Self-and other-diagnosis in user-led mental health online communities. **Qualitative health research**, v. 21, n. 3, p. 419-428, 2011.

HACKING, I. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In: CAPONI, S.; RUSSO, M. (orgs). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo, 2006, p. 305-320.

HACKING, I. **Sobre a taxonomia dos transtornos mentais**. 2014.

JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO PARANÁ. **Autodiagnóstico pela internet: quais os riscos?**, 2022. Disponível em: <https://institutodepsiquiatriapr.com.br/blog/autodiagnostico-pela-internet-quais-os-riscos/>. Acesso em: 22 mar 2024.

KAMERS, M. A falsa epidemia do TDAH e os impasses no uso da metodologia DSM na infância. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 516-527, 2016.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. Vocabulário da psicanálise. In: **Vocabulário da psicanálise**. Trad. Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEGNANI, V. N. Efeitos imaginários do diagnóstico de TDA/H na subjetividade da criança. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, p. 307-322, 2012.

MACHADO, L. V.; FERREIRA, R. R. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da "epidemia de depressão": respostas possíveis. **Psicologia em Estudo**, v. 19, p. 135-144, 2014.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 16, n. 1, p. 73-90, 2019.

MICHAELIS. **Senso**. 2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/senso/#:~:text=Dicionário%20Brasileiro%20da%20L%C3%ADngua%20Portuguesa&text=EXPRESSÕES%20Senso%20comum%20%2C%20Filos%20%3A%20conjunto,grandes%20questionamento%20nem%20reflexões%3B%20consenso> Acesso em: 30 mar. 2024.

MEZAN, R. Psicanálise e pós-graduação: Notas, exemplos, reflexões. **Psicanálise e Universidade**, 14, 121-162. 2001.

MINERBO, Marion. Ser e sofrer, hoje. **Ide**, v. 35, n. 55, p. 31-42, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que significa ter saúde?**. Ministério da saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude#:~:text=Seguindo%20essa%20linha%20mais%20abrangente,com%20a%20definição%20de%20saúde>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MORAES, F. C. F. S.; MACEDO, M. M. K. A noção de psicopatologia: desdobramentos em um campo de heterogeneidades. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 21, p. 83-93, 2018.

MORETTO, M, L. T. A Presença do Pensamento Freudiano no Campo da Saúde. In: KEHL, Maria Rita et al.; KUPERMANN, D. (org). **Por que Freud hoje?** 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2017, 191-214.

NEVES, A. et al. A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 1. ed; 3. reimp., 2022, p. 125-175.

PACHECO, M. V. P. C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, p. 152-157, 2003.

PEREIRA, A. de A. et al. Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a formação médica do século XXI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, p. 383-406, 2022.

PEREIRA, M. E. C. Formulando uma psicopatologia fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 1, p. 60-76, 1998.

PIMENTEL, A.P.; AMARANTE, P.D.C. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. Bakhtiniana: **Revista de Estudos do Discurso**, 2020.

- PLON, M. A face oculta da análise leiga. *Ágora*, v. 2, n. 1, p. 91-108, 1999.
- POMBO, M. F. Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 69, n. 3, p. 5-20, 2017.
- PORTAL UFMG. **‘A epidemia é de diagnósticos, não de transtornos mentais’, diz especialista da Unicamp**. 2017.
- REVEL, J; FOUCAULT, M. Conceitos essenciais. Trad. Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos (SP): **Claraluz**, 2005.
- RIBEIRO, A. S. et al. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 32, p. 46-56, 2020.
- ROSE, N. **Our psychiatric future**. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2018.
- ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** (1944). Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed. 2000, p.13 - 54
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SAFATLE, V. **Lacan**. São Paulo. Publifolha (Folhaexplica). 2.ed; 2 reimp. p. 7-22. 2009
- SALGADO, E.; REZENDE, M.; REIS, F. **O autodiagnóstico dos transtornos psiquiátricos nas redes sociais**. Curso de Psicologia - Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA). Anápolis, 2021.
- SERPA JUNIOR, O. D. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4675-4684, 2011.
- SEVERO, A K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de psicologia (Natal)*, v. 14, p. 59-67, 2009.
- SHRESTHA, A. Echo: the romanticization of mental illness on tumblr. *The Undergraduate Research Journal Of Psychology - UCLA*, 5. 2018, p. 69-80.
- SILVA, A. C.; RUDGE, A. M. Construindo a noção de sintoma: articulações entre psicanálise e pragmática. *Psicologia USP*, v. 28, p. 224-229, 2017.
- SILVA JUNIOR, N. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão para a psicanálise. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N; DUNKER, C. (Org). **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 1. ed; 4. reimp., 2021, p. 35-58.
- SOUZA, L. B. de. **Entre identificação e nomeação: Efeitos subjetivos da classificação psiquiátrica**. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) - Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/99075>. Acesso em: 05 mai 2024.
- TURRIANI, A. et al. O caso clínico como caso social. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N; DUNKER, C. (Org). **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 1. ed; 4. reimp., 2021, p. 59-80.

VON SOHSTEN, P; DE MEDEIROS, C. P. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. **Reverso**, v. 38, n. 72, p. 59-65, 2016.

ANEXOS

ANEXO A: Questões para a segunda parte das entrevistas semi-dirigidas

- Conte um pouco, a partir da sua experiência, como foi o processo de obter o diagnóstico?
- Você buscou o diagnóstico ou ele foi dado por algum médico/psicólogo? Se buscou, como foi esse processo? O que o(a) levou a buscá-lo? Procurou confirmação de médicos e/ou psiquiatras?
- Como entrou em contato com o nome do diagnóstico? Já o conhecia ou ficou sabendo por meio de algum conhecido, médico e/ou redes sociais?
- Você possui amigos ou conhecidos com este ou outros diagnósticos?
- Você percebeu alguma influência no processo de buscar o diagnóstico?
- Como foi o processo depois de receber o diagnóstico? Como você se sentiu? Houve mudanças na relação consigo mesmo, na relação com os outros ou nos lugares em que frequenta?
- Você se identificou com o diagnóstico? Fez sentido de acordo com o que pensava? Houve alguma mudança de diagnósticos depois e/ou continuou o mesmo?
- Você toma algum tipo de medicamento? Qual? Se sente diferente depois de tomá-lo?
- Baseado na sua experiência, qual é a sua percepção a respeito dos diagnósticos psiquiátricos nos dias atuais?

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O(A) Sr(a). está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS DA PSICOPATOLOGIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA: O LUGAR SOCIAL DA PSIQUIATRIA E A BUSCA DO SUJEITO PELO DIAGNÓSTICO, sob responsabilidade de Beatriz Fantin Trighetas sob a orientação do professor Ricardo Radin Bueno. O motivo dessa pesquisa se dá em virtude do crescente número de diagnósticos na contemporaneidade e do fenômeno da psicopatologização, buscando-se analisar o processo envolvido na busca do sujeito pelo diagnóstico e o lugar subjetivo que este ocupa.

Para esta pesquisa, será adotado o seguinte procedimento:

Serão realizadas três etapas: I - Divulgação da pesquisa a partir de conhecidos e nas redes sociais, com a finalidade de realizar um levantamento das pessoas que apresentam interesse em participar da pesquisa, estabelecendo-se uma amostra intencional; II - Entrevista semi-estruturada a partir de um primeiro momento em que o entrevistado relatará sua história de vida e em seguida um breve questionário e discussão a respeito do processo de obter o diagnóstico e das mudanças consigo e com o mundo a partir deste. A entrevista será gravada em áudio para uma análise posterior; III - Análise do discurso da entrevista em relação com a bibliografia levantada como base teórica. Para a realização dessa pesquisa, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para aceitar ou recusar a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer momento.

Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora, que tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo. A pesquisadora se compromete em resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão. O nome do participante e de qualquer um dos citados ao longo da entrevista não serão divulgados e os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. As informações coletadas serão gravadas e armazenadas e posteriormente tratadas por meio da transcrição e análise da entrevista.

Este estudo apresenta possível risco de trazer à tona desconfortos devido ao contato com conteúdos sensíveis devidos à temática trabalhada. O estudo proporciona benefícios de um lugar de escuta e possível momento de reflexão e elaboração dos conteúdos para o participante. Caso sejam conteúdos de difícil contato para algum dos participantes, a pesquisadora poderá realizar escuta diferenciada da situação de pesquisa, de modo a acolhê-la. Os dados serão coletados em modalidade presencial ou *online*, a depender da disponibilidade do participante. Em caso de opção pelo encontro presencial, este ocorrerá na Clínica Ana Maria Poppovic PUC-SP.

Participando da pesquisa, você ajudará na produção de conhecimento científico a respeito do processo de busca pelo diagnóstico e o lugar que este ocupa para o sujeito. O(A) participante terá direito de atendimento psicológico mediante agendamento na Clínica Ana Maria Poppovic (PUC/SP) que presta serviços gratuitos à comunidade local (no endereço Rua Almirante Pereira Guimarães, 150 - Pacaembu, São Paulo - SP, 01250-000) e/ou qualquer um que precise de atendimento psicológico. A possibilidade de atendimento psicológico na clínica se mantém tanto para casos de desistência (interrupção da pesquisa) ou encerramento, e a garantia de atendimento também se aplica para casos de possíveis danos gerados pela pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (à) senhor(a). Os dados utilizados são arquivados com o pesquisador responsável por um período de 05 (cinco) anos e, após este período, serão destruídos. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, conforme a legislação brasileira (Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.


Essa pesquisa está de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, caracterizado por ser órgão multidisciplinar, independente no exercício das suas funções e investido de múnus público, com finalidade de salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos de pesquisa, bem como de contribuir para uma contínua preocupação e evolução dos padrões éticos na pesquisa. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas

pelo pesquisador através do e-mail beatrizfantin02@gmail.com, e pelo orientador Prof. Ricardo Radin Bueno (CRP 06/95979) através do email ricardoradin@gmail.com ou na Secretaria do CEP-PUC/SP Monte Alegre, que está localizada no térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello (Prédio Novo), na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 - Perdizes - São Paulo - SP - CEP: 05015-001 Tel./FAX: (11) 3670-8466 | e-mail: cometica@pucsp.br. Horário de atendimento do CEP ao Público: Das 11h00 às 13h00 de 2a a 4a feira e das 15h30 às 17h00 de 5a e 6a feira.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

São Paulo, ____ de ____ de 2024

_____ Assinatura do(a) participante



_____ Assinatura do pesquisador R.G. 39.287.909-8