

Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos

Psychoanalysis and mental health, a critical view into contemporary psychopathology and the diagnosis issue

*Aline Alves da Silva Travaglia**

Resumo

A questão central do presente trabalho será compreender como os sujeitos são tratados e como a criança é falada, localizada, lida e situada a partir do diagnóstico, tanto em nome do Outro, numa formação discursiva difusa, imaginária, quanto nas palavras dos outros que demandam tratamento para a criança. Empreender uma análise a partir do diagnóstico como eixo norteador, nos permite enxergar como o saber médico-científico se articula na contemporaneidade com suas relações de poder; assim como as relações com o mercado que difundem e sustentam o discurso hegemônico sobre saúde mental.

Palavras-chave: *psicanálise; saúde mental; diagnóstico; psicopatologia.*

Abstract

The core issue of this work is to understand how subjects are treated, and how the child is spoken to, localized, read to, and situated from the diagnosis, both on behalf of the Other, in a diffuse discursive and imaginary upbringing, and on the words of others who demand treatment for the child. Undertaking an analysis from the diagnosis as bearings axis allows us to see how the medical-scientific knowledge is articulated in contemporary times with its power relations, as well as the relationships with the market that spread and sustain the hegemonic discourse about mental health.

Keywords: *psychoanalysis; mental health; diagnosis; psychopathology.*

* Mestranda no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Esse artigo é uma reelaboração a partir da dissertação da autora. E-mail: alinetravaglia@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Consideramos, junto a Jerusalinsky (2011, p.9), que “o discurso social ecoa de um modo singular em cada criança provocando sintomas nos quais estão presentes, ao mesmo tempo, os conflitos individuais e os dramas coletivos”.

Nossa hipótese é que, a partir do sofrimento psíquico e de um mal-estar inominável, são os diagnósticos que se proliferam e as palavras do vocabulário psiquiátrico que constituem o conjunto de signos e fazem falar. Desta forma, nosso objetivo é traçar como essa formação discursiva sobre saúde mental da criança gera um efeito de adoecimento da infância.

Para tanto procederemos analisando a referência de saúde mental pública proposta pela OMS; a organização diagnóstica colocada no DSM-V e como estas perspectivas se coadunam com o mercado de psicofármacos.

O EFEITO DE ADOECIMENTO E A INFÂNCIA

A psicanálise, em seu trabalho clínico, trata dos sujeitos em suas singularidades, porém, esta formação singular é perpassada pelas marcas da cultura, de uma complexa organização social, da qual o sujeito é fruto. Essas marcas da cultura não podem ser esquecidas enquanto tais, às custas de levar a prática clínica a um ensimesmamento, negligenciando o contexto social e político no qual se insere, tanto o trabalho clínico, quanto o sujeito do qual se trata. Logo, consideramos que o sujeito é o efeito da interseção entre o discurso social e a cadeia significante. (Jerusalinsky, 2011)

A psicanálise, atenta ao efeito de adoecimento, principalmente num trabalho em instituição de saúde mental, precisa se munir com uma compreensão dos fenômenos psíquicos ampliando as ferramentas do *setting* convencional, sem perder em rigor tanto da ética de uma práxis quanto da referência conceitual e teórica, uma compreensão que vise o inconsciente como uma instância que se entrelaça com os pontos da dinâmica social. Identificamos que no trabalho ligado à saúde pública, ou na saúde mental numa visão coletiva, seja hospital, ambulatório ou CAPS, se marcam os contornos de algo que poderíamos chamar de *sintoma social*. Tal termo e a

aplicabilidade da noção de sintoma ao campo social são controversos. Sem aprofundar no debate apenas apontamos o que parecem ser os indícios de uma formação que emerge massificadamente nos sujeitos e que remonta a certa organização da cultura, da ideologia e do contexto social com determinantes históricos nos tempos atuais do capitalismo avançado. Neste estatuto que estaria o que denominamos *efeito de adoecimento*.

Compreendemos que o discurso social da atualidade sobre psicopatologia e saúde mental, referido em grande parte ao DSM-V, ao colocar o mal-estar, o incômodo, o sofrimento psíquico em termos de transtorno, déficit ou distúrbio; ganha o potencial de se espriar num domínio de todos os fenômenos da vida humana. Tudo se torna passível de intervenção psiquiátrica e medicamentosa na atualidade, cada comportamento ou afeto pode ser medicalizado, além de que a compreensão de tratamento se colocar num viés de correção e adequação dos comportamentos.

Consideramos esse fenômeno de ampliação do poder de intervenção medical como gerador de um *efeito de adoecimento*. Pois, numa retroalimentação, 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. Há, então, uma fabricação, uma construção coletiva de uma constante suspeita e investigação ao redor do que se denomina transtorno mental.

O que se torna preocupação de pais, pedagogos, psicólogos e psiquiatras em relação às crianças é emblema desse movimento de suspeita e investigação, não por acaso a infância se tornou alvo privilegiado do poder psiquiátrico. Os comportamentos infantis se tornam os signos diante dos quais os especialistas e familiares se debruçam procurando o cerne de uma patologia. A superfície das ações e comportamentos é, então, onde se fixa a leitura diagnóstica.

É dar a ver para não ver, gerando uma forma sutil de repressão, com o ocultamento do sentido da história do sujeito e das condições político-econômico-sociais e libidinais que determinam a subjetividade. (Volnovich, 1993, p. 32)

Numa formação dialética, porta-se um sofrimento que parece muito próprio, muito particular, muito íntimo a cada um, mas no mesmo ensejo as formas de sofrer e de nomear o padecimento se comportam de maneira epidêmica, existem as doenças da moda, agindo como uma forma de sofrimento *prêt-à-porter*¹.

Vestindo-se com nomenclatura diagnóstica, sustenta-se um laço social, uma forma de apelo ao Outro, uma forma de endereçamento, mas que não será ouvida no mesmo campo de saber que as constrói, retornando e insistindo como intratável.

Entendemos então que há uma espécie de ‘*convocatórias medicalizantes*’ na atualidade, ampliando seus efeitos de adoecimento, e que, com isso “acabam anulando a possibilidade de surgimento de um sujeito do desejo” pois, este discurso médico-científico, por tomar lugar de Outro no imaginário social, é apreendido como aquele Outro que “abandona sua convocatória desejante.” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 173)

Consideramos, então, que é atentando a esses fatores políticos e sociais do capitalismo contemporâneo, que incidem, formatando a compreensão de saúde mental e dando a referência em psicopatologia, que o exercício da clínica psicanalítica deve se fazer. A criança-problema ou a criança com transtorno que nos é trazida para tratamento é efeito de um discurso social, que também articulado aos fantasmas familiares e ao sofrimento singular de um sujeito, se organiza como demanda de tratamento.

A criança que fala é, antes disso, falada por seus familiares, que, por sua vez se localizam e são falados num determinado contexto social; os sujeitos, assim como não engendram a si mesmos, não falam de suas vidas a partir de referências totalmente particulares, individuais ou restritas aos círculos de convívio mais próximo. O sintoma, a angústia, a fantasia ou fantasma, se engendram e estão permanentemente referidos ao campo do Outro, um campo muito mais amplo. “o sujeito só é sujeito por ser assujeitado ao campo do Outro, o sujeito provém de seu assujeitamento sincrônico a esse campo do Outro.” (Lacan, 2008, p. 184)

1 *Prêt-à-porter* é um termo francês cuja tradução seria pronto para usar. Tal termo começa a ter uso corrente para opor as roupas que eram feitas sob medida às roupas que começavam a ser feitas baseadas em medidas padrão, para serem produzidas e vendidas em larga escala.

Em síntese, o que Lacan nos permite entender é que, enquanto seres que falamos somos todos *divididos*: por um lado somos falados, marcados pelas palavras destes Outros importantes para nós – memória que constitui o que Freud denominou nosso inconsciente – é a partir deste lugar que nos chega nossa enunciação. Por outro lado, falamos nossas próprias palavras, passamos a nos apropriar delas, fazemos enunciados e recalamos – isto é, enviamos para o inconsciente –, esta alienação no Outro que outrora vivenciamos. (Bernardino, 2006, pp. 29-30)

Portanto, alienado ao vocabulário médico, o sujeito busca se expressar através dos signos que colhe neste Outro, trazendo ao analista, inicialmente, este discurso formatado pela ciência, pela mídia e pelas instituições que o veiculam. Mas, nos interstícios desses enunciados formatados, com o qual o ego se identifica, faz-se também ouvir por trás o sujeito da enunciação. Consideramos também que é pertinente compreender como a própria forma de atendimento em saúde mental leva à cronificação, pois, uma demanda que não seja organizada ou em caráter de urgência muitas vezes é negligenciada e mantida numa longa fila de espera, como consequência disso que demarcamos que o próprio sistema implica que o sujeito organize sua queixa através do discurso médico.

Apontamos, então, que o discurso instituído, hegemônico, sobre psicopatologia e saúde mental, constrange os sujeitos a considerarem a si, a seus semelhantes e as crianças, como potências portadores de distúrbios psíquicos. É sob esses signos, hegemonicamente reconhecíveis que é possível para os sujeitos, em grande parte dos casos, apresentar seu sofrimento e falar de si. Estabelece-se uma linguagem médica para recobrir o campo da experiência do mal-estar e do sofrimento psíquico, e, com essa camuflagem, resta o sujeito.

O discurso instituído procura ser o mestre do significante, procura impor uma língua ao falante, esquecendo-se de que há muito mais coisas na língua do que aquilo que a linguagem sabe sobre ela. Partindo-se do discurso instituído, resiste-se ao saber inconsciente, impedindo-se a investigação da história singular do *parlêtre* que conduziria ao sem sentido, à inexistência de um significante que definisse o seu desejo [...]. (Pinto, 2008, p. 28)

Desta forma, nesta primeira parte serão tratados alguns pontos do discurso sobre psicopatologia e saúde mental, onde consideramos significativas e paradigmáticas suas concepções e seus efeitos. O objetivo é compreender como se organizam as ditas referências em psicopatologia e saúde mental assim como seu efeito discursivo para os sujeitos. Para tanto partiremos de uma referência mais global da OMS. E seguiremos com uma crítica mais restrita ao DSM-V, posteriormente focando com uma análise mais específica dos diagnósticos no TDAH. Concluiremos elaborando como a construção da queixa sobre a criança é formada por esse outro e se sustenta sempre numa dialética entre desejo e demanda, entre sujeito e Outro.

A OMS E SEU REFERENCIAL DE SAÚDE MENTAL

Entendemos que os documentos emitidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de diretrizes que visam à convergência das políticas para saúde em nível mundial, falam também do espírito de uma época. Como um referencial universal, mais do que atravessar a forma de cuidado em saúde mental, as diretrizes incorporam o que se tornou o imperativo e o ideal de um tempo histórico, e após incorporar em seu discurso, documentos oficiais e diretrizes, esses princípios retornam à prática ordenando a atuação. Por mais que os usuários ou os funcionários não acompanhem, ou se quer conheçam a posição da OMS, suas formas de compreender saúde e a concepção do tratamento estão tingidos pelo que circula como ideal de saúde mental. Analisaremos então o seguinte trecho que nos é fornecido como definição de saúde mental, emitido pela OMS em outubro de 2011:

Definimos saúde mental como um estado de bem-estar que permite a cada um realizar seu potencial, enfrentar às dificuldades normais da vida, trabalhar com sucesso, de maneira produtiva e na medida de dar uma contribuição à comunidade. [...] Para definir a saúde, a OMS sublinha dentro da sua constituição à dimensão positiva da saúde mental: 'A saúde é um estado de completo bem-estar psíquico, mental e social e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade' (OMS, 2011, tradução nossa)²

2 "On définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de

Diante do descrito caberiam muitas questões. Os termos em que se define saúde mental são escorregadios, amplamente criticáveis, e, longe de pensarmos em termos melhores o que apontamos é a impossibilidade de uma descrição e de critérios pertinentes em nível macro e externo aos sujeitos que sofrem; procedemos então, compreendendo que, mais do que falar de saúde mental dos sujeitos, esses termos apontam para uma visão de mundo que em última instância estão embasando um viés político de compreensão social. Elegemos para análise uma parte desta descrição que nos salta aos olhos, e o que preferimos destacar é o seguinte trecho: “A saúde é um estado de completo bem estar psíquico, mental e social e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade”.

Compreendemos que a ausência dos sintomas de doenças ou enfermidades não poderia realmente configurar evidência de saúde psíquica. A psiquiatria clássica operou pela supressão dos sintomas e esta ainda é uma prática corrente na atualidade, pertencendo a toda uma ideia de terapêutica e cura, que pode até não evidenciar a correção dos sintomas como objetivo, mas

No entanto, a verdade oculta por trás disto é que se fala de transtorno em patologia mental porque no horizonte emerge a ideia de saúde mental como um bem a alcançar mediante uma concepção claramente corretiva do patológico (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 58)

Esclarecida nossa compreensão da segunda parte da frase atentemos à primeira parte, onde se diz que a saúde é um estado de completo bem-estar, ao que lemos: Não basta estarem ausentes os signos de enfermidade para que a pessoa seja considerada saudável, é preciso que, além disso, ela esteja numa condição sublime, de uma quase plenitude harmônica. Esta ideia nos remete diretamente ao texto “O mal-estar na civilização” (Freud, 2010b) onde Freud argumenta que o mal-estar dos indivíduos é inerente ao próprio processo civilizatório, não restando quase nenhuma possibilidade

manière productive et d’être en mesure d’apporter une contribution à la communauté. [...] Pour définir la santé, l’OMS souligne dans sa constitution la dimension positive de la santé mentale: ‘La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité.’”

de completo bem-estar social, conciliando os indivíduos com o grupo. Logo, a ideia de completo bem-estar social é um idealismo que só se sustentaria à custa de profunda alienação.

Não só o completo bem-estar social nos soa estranho como a ideia de completo bem-estar psíquico e mental também parece algo inatingível, para pensar esses termos não podemos nos furtar a comparar tal ideal de saúde com o que Freud outrora chamou de “princípio de nirvana”.

Freud (Freud, 2010a, p. 228), no texto intitulado “além do princípio de prazer”, usa o termo *princípio de nirvana* para se referir à tendência do organismo a manter o mais baixo possível o nível de tensão. E reitera dizendo que essa é uma das mais fortes provas da existência da pulsão de morte. A eliminação ou diminuição da tensão se confunde então com a eliminação da própria vida, ao que se pode concluir que o movimento e o desequilíbrio, a desarmonia e a tensão, são questões com as quais tudo que vive deve se haver, não restando a possibilidade de eliminar totalmente esses incômodos, pois, com isso, se elimina a própria vida.

O *princípio de nirvana*, então, representa a ideia de um aniquilamento ou extinção do desejo humano, tendendo a levar o aparelho psíquico a um estado de quietude e felicidade perfeitas, porém inatingíveis, seria correspondente a uma tendência a retornar a um estado inanimado, um estado homeostático, no qual ocorreria a supressão ou apaziguamento das excitações interna e externa, ou seja, tenderiam a chegar em um estado inorgânico ou uma propensão à inércia.

Em “O mal-estar na civilização” (Freud, 2010b) Freud aponta que quando consegue se liquidar as pulsões e abandonar todo nível de atividade, sacrificando a vida, chega-se apenas à *felicidade da quietude*. E parece ser a este estado de graça e mortificação, ascese e passividade, que a ideia de saúde como completo bem-estar aponta. É fácil notar que um comportamento subversivo ou indignado, rebelde ou revoltoso, por exemplo, pode recair fora do que é considerado saúde psíquica segundo esse referencial. O que começamos a vislumbrar é que, talvez, o que se coloca como descrição de saúde mental é a formatação de um indivíduo perfeito para

manter reproduzir a ordem vigente. Num certo grau de satisfação, desfrute e passividade que não coloque em questão seu mal-estar, se adaptando e consumindo as benesses que o capitalismo tem a oferecer.

Neste interim, Laurent (1995) denomina tal concepção de saúde como Silêncio dos órgãos e Tenório (2001) aponta como a psicanálise trabalha na contramão disto “positivando a ruídosidade dos sintomas”. O que interessa ao analista é “A emergência do inconsciente, é a permanência insistente dessa desordem transgressiva do desejo no corpo adaptável de qualquer indivíduo.” (Vorcaro A. , 2004a, p. 66)

“O sujeito não pode evitar ou deter a pulsão, não escolhe nem assume a pulsão. Por isso, o sujeito é dividido, não só pelo significante, mas também pela pulsão: algo não completamente inscrito ou escrito, que é a forma específica de satisfação encontrada pelo sujeito na pulsão.” (Vorcaro A. M., 1999, p. 58)

Pelo fato do sujeito ser dividido, tanto pela operação da linguagem quanto pelo movimento pulsional que sua existência não se refreia nem segue indefinidamente no ritmo do princípio de prazer, por mais que se tente instalar uma cadência perfeita.

Como Lacan descreve:

Pois, segundo as leis do princípio do prazer, o significante projeta nesse para além a equalização, a homeostase, a tendência ao investimento uniforme do sistema do eu como tal-fazendo-o-faltar. A função do princípio do prazer é, com efeito, conduzir o sujeito de significante em significante, colocando quantos significantes forem necessários para manter o mais baixo possível o nível de tensão que regular o do funcionamento do aparelho psíquico. (Lacan, 2008, p. 145)

Por mais que se enxertem significantes na cadeia, remetendo as pessoas sempre a um novo diagnóstico; medicamento; a uma nova moda; a outra informação inútil, mas importantíssima; a outra propaganda; filme; vídeo; foto; tragédia midiática ou *gadget*. Todos, todos esses significantes uma hora perdem sua eficácia que mantêm a anestesia, e o regime de “manter mais baixo possível o nível de tensão” se mostra fracassado para

o sujeito quando algo o inquieta mostrando sua divisão no movimento pulsional e a promessa da existência de um bem-estar, de um estado harmônico, parece não se cumprir.

Promover a saúde mental é uma das bandeiras da cruzada moderna, e não pode ser de forma inocente que lemos isso, cremos que, por trás deste estandarte há um imperativo da ordem, que, compreendendo saúde mental de uma determinada forma, visa silenciar o mal-estar de cada sujeito e o que esse mal-estar tem a dizer, não só na subjetividade de cada um, mas também da ordenação social. Nisso que a psicanálise pode se inserir numa função de escuta que colhe as inquietações das falas dos sujeitos até no que eles próprios já se renunciaram a delatar. “Enquanto o homem sofrer, ainda poderá realizar alguma coisa” (Freud, 1918, citado por Vidal, 2001, p. 64) Parece ser essa capacidade de realizar algo que vem sendo minada quando se pensa em eliminar o sofrimento sem se questionar o que ele pretende expressar, ao tentar colocar como indício de saúde o pleno bem-estar social, a adaptação ao meio.

O silêncio do analista é uma função ativa, e “O seu discurso não tem função silenciadora, mas sim função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito” (Moretto, 2001, pp. 69-70). Na associação livre a que induz e na atenção flutuante com que trabalha, algo se opera para trazer à tona as produções singulares do sujeito em sua divisão. Contraposto ao que veremos mais a frente como proliferação de diagnósticos, a proliferação da fala de um sujeito é o que permite, primeiro a visada de um sentido de seu sofrimento e posteriormente a construção de um saber sobre o inconsciente, saber implicado e engajado, que em sua construção fomenta uma via ética para lidar com o Outro. Nesta via que o analista opera e, se tratando da infância, é necessário compreender como que um referencial de saúde mental parece conceber a “criança saudável” como aquela que poderá ser o adulto que o sistema pede, passivo e produtivo, concentrado. Como veremos mais adiante o diagnóstico de TDAH parece incidir sobre os “desvios de conduta” que seriam grandes empecilhos à adaptação dos sujeitos ao mercado e à dinâmica capitalista ao mesmo tempo em que,

paradoxalmente, algumas características deste dito transtorno são visadas como habilidades. Compreendemos então que o discurso do capitalista coloca de forma utilitarista a saúde e as expressões dos sujeitos.

A REFERÊNCIA EM PSICOPATOLOGIA CONTEMPORÂNEA, O DSM IV

Consideramos com Foucault (2006) que a psiquiatria se torna ciência ao encarar o louco como doente mental, e que opera como uma ferramenta de domínio político, controle dos corpos e do contingente populacional que não se adequam ao sistema. Tal “ciência” se constrói apoiando-se em algumas ferramentas para legitimação de seu método; outrora foi a rude medição dos crânios para distinguir assassinos de pessoas “normais”, posteriormente, com o avanço tecnológico, procura-se por referências nas zonas cerebrais que atestassem a prova da degenerescência, por trás desta busca por critérios físicos, fisiológicos ou anatômicos corre o trabalho estatístico, que, com grande desenvoltura alinhava os dados.

A análise estatística ganhou tamanho destaque e se prestou de forma tão adequada ao intuito desta ciência que veio a primeiro plano, de forma a prescindir do estudo de etiologia que animava a psiquiatria clássica. Afugentado pelo desejo de neutralidade, o diagnóstico procura se referendar na superfície dos sintomas que são lidos como signos, distante de qualquer referência teórica, a sistematização estatística é o que passa a organizar a compreensão do sofrimento psíquico.

O DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) que se pretende referência em psicopatologia contemporânea, é um compêndio “ateórico” de distúrbios e transtornos. O DSM-V vigora no regime do que poderíamos chamar de “taxonomia moderna”, numa formação descritiva, próximo de como as ciências naturais organizavam o saber:

a psiquiatria contemporânea se autoconferiu a missão de divulgar novas nomenclaturas – às quais os meios de difusão aderem fervorosamente –, gerando um panóptico de títulos diagnósticos que quase sempre reportam ao caráter neuroquímico da afecção. (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 6)

Esse modo de organização produz uma expansão das nomenclaturas para que no processo de categorização se possa incluir a todos os seres de forma ordenada, de maneira que nada escape a ter sua categoria prescrita no código, nas ciências naturais essa forma alcançou certo esgotamento, tal que, se essa forma subsiste no âmbito da psiquiatria, não é fruto do acaso. Consideramos aqui que o DSM-V se faz como uma taxonomia moderna a serviço do mercado³. Taxonomia que gera uma toxicomania, se pudermos nos valer do trocadilho, pois para cada transtorno descrito pode haver uma ou mais prescrições medicamentosas, alimentando assim o consumo de psicofármacos.

Com pretensões de neutralidade se produzem as identificações, descrições, nomenclatura e classificação de transtornos que ganham uso cada vez mais cotidiano, tais nomenclaturas:

abordam o âmbito da psiquiatria para se tornar moeda de uso corrente nas escolas, nos hospitais, nos tribunais, nas famílias, receita com as quais se pretende resolver nossas vidas. (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 6)

Não podemos compreender de forma rasa os resultados de um compêndio que se pretende neutro e ateuórico, não é apenas questão de denunciar e dizer que a neutralidade científica é um engodo e que há uma base de pensamento por trás da organização do DSM. Sua força não é a de uma coesão que precisa ser desmontada e desmascarada, mas sua força é ideológica, ele se presta como ferramenta maleável para estar nas mãos de quem pretende dominar usando os artifícios desta forma de saber.

Sua dita neutralidade lhe abre caminhos que não seriam abertos de outra forma, pois, com trajes discretos, o DSM pode entrar em qualquer ambiente sem maior alarme; nos governos, tribunais, instituições, mídia,

3 Vale citar “Segundo Borges, ‘não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural’. Talvez seja este o momento e a oportunidade de completar esta conclusão acrescentando: Não há classificação que não seja arbitrária, conjuntural e interesseira. Com efeito, há aqueles que se dedicam a fazer crer que dispõem de recursos para ser pôr a salvo da inconsistência classificatória. Postulam-se como cientistas puros e duros, campeões de um empirismo que garante cientificidade, quando a única coisa de que, sem dúvida, se asseguram, é do benefício econômico ligado à indústria de psicofármacos, cuja magnitude em escala mundial é comparável à indústria armamentista e ao tráfico de drogas.” (Jerusalinsky & Fendrik, O livro negro da psicopatologia contemporânea, 2011, p. 27)

igreja, escolas; muitos são os que aceitam, total ou parcialmente, o que esse ser discreto tem a oferecer. Pode-se usar livremente sua nomenclatura sem compromisso ou desconfiança em relação às discrepâncias teóricas, por não se opor nem argumentar sobre qualquer pressuposto teórico ele promete não ferir nem macular os princípios de quem o adota, sendo apenas um manual, um intermediador de relações, ele diz: “eu sou inocente”, e assim multiplica a sua entrada nos espaços públicos e privados como mais uma ferramenta de manutenção da ordem e da moral vigentes.

Se suas consequências sociais são complexas, seus efeitos sobre a forma de compreender o sofrimento são terríveis, busca-se o real do corpo através de um saber reduzido ao organismo. Mas o real que busca é aquele que gostariam que, através da nomeação diagnóstica, cessasse de se escrever; gostariam que o diagnóstico fosse a escrita final, que calasse esse real do corpo. Os significantes evocados nos sintomas são lidos na rigidez de signos. Nisso é esclarecedor compreender que “De significante a signo, não é a mesma definição: o signo representa algo para alguém, o significante representa um sujeito para outro significante.” (Soler, 2012, p. 167) e mais adiante incrementa: “O signo é o significante tornado objeto” (Soler, 2012, p. 172)

Objetalizar e objetificar, transformando em objeto e pretendendo uma visão objetiva sobre o sofrimento mental, sobre o mal-estar; estas são as operações a que o DSM constrange. Os sintomas e manifestações não podem ser reconhecidos como expressões de um sujeito, como emergências de algo que resta submerso e que pode mostrar sua verdade aos poucos, que remetem a algo além do que é visto como imediato, os sintomas precisam se cristalizarem em signos e lidos pela operação abreviada do diagnóstico, pois quando se permitir que o paciente fale um pouco mais e o sintoma imediato se destrinche numa multiplicidade de outras faces, as nomenclaturas do DSM colapsam sobre si mesmas, pelo simples fato que mais e mais categorias podem ser aplicadas quanto mais o sujeito falar de seu sofrimento; e não há um recurso no Manual para abordar a profundidade a que a queixa remete.

Usa-se o DSM como uma linguagem unificada, uma referência empírica, pragmática e atórica, porém a forma como consegue-se tal consenso

e unificação é as custas de recortar o sujeito para ficar do tamanho que a nomenclatura permite, assim como no mito do leito de Procusto⁴. Tal unificação da linguagem psiquiátrica é visada com o objetivo de gerar melhor comunicabilidade entre os profissionais:

A expressão ‘Torre de Babel’ repete-se várias vezes e se refere à necessidade de uma linguagem compartilhada e compartilhável entre os psiquiatras que não se põe de acordo. (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 180)

Quanto a essa tentativa da unificação de uma linguagem para gerar comunicabilidade, nos valem de dois conceitos caros à psicanálise que também falam de seu posicionamento ético diante de tal questão: primeiramente que a linguagem não comunica, secundamente que não há metalinguagem. Respectivamente isso implica que não é por esclarecimentos através de uma linguagem em comum que se vai conseguir tratar o sofrimento, pois não é a falta de comunicabilidade que obstaculiza o processo; e por maior que seja o esforço que se empregue não há possibilidades de se formular um código perfeito que sirva para tratar sem equívocos e externamente o sofrimento mental.

Ou seja, um código comum para o sofrimento psíquico não é operante para se referir os sujeitos, pois o simbólico não dá conta de recobrir o real, contornar a pulsão ou fornecer a fórmula final de como lidar com o outro.

Os partidários do DSM costumam dizer que o que se classifica com esse código não é o indivíduo, mas o transtorno do qual ele sofre, pois bem, que seja, mas dado que o sujeito fala de si através de seu sofrimento, como compreende a psicanálise, 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.

Vários profissionais testemunham sua oposição ao DSM, não tolerando sua presença perseverante e discreta nos meios de saúde e na sociedade como um todo. “A partir de meu campo, que é a clínica dos problemas do desenvolvimento infantil, posso testemunhar não apenas sua

4 Personagem mitológico que deitava suas vítimas num leito, aqueles que excediam o tamanho do leito lhe cortava os pés, aquele que eram menores que o leito seriam esticados.

inoperância, mas também as obscuras consequências de sua proliferação na cultura” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 165) Afrontar essa invasiva é um dos pontos que elencamos como papel ativo de um profissional crítico que visualiza suas consequências danosas no campo da saúde e na cultura.

A PROFUSÃO DE DIAGNÓSTICOS

O que reconhecemos como uma profusão de diagnósticos está intimamente ligado à expansão da indústria farmacêutica de forma que podemos colocar, numa relação de inversão, que é a produção dos medicamentos, a indústria e sua busca por lucros, que determina a fabricação de diagnósticos e também o efeito de adoecimento, o controle e leitura de comportamentos através da lente da psicopatologia. “O trabalho da ciência de sitiar outras racionalidades se acentuou” (Sauret, 2006, p. 30) Ligado intimamente ao *efeito de adoecimento* há essa *profusão de diagnósticos*, com as duas faces da mesma moeda. O caso emblemático que podemos tratar como paradigma da proliferação diagnóstica é o Transtorno de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Vemos atualmente que tanto médicos quanto leigos, e principalmente a força maior da mídia, profere diagnósticos a todo tempo. São diversas e numerosas psicopatologias para cada comportamento de uma criança, alguns, por diversas contingências do nosso tempo histórico, se fazem mais frequentes. O maior dos exemplos referidos ao campo da infância é o diagnóstico de TDAH que com o auxílio da indústria farmacológica se alastrou pelas escolas gerando uma massificação desse diagnóstico.

O ideal de saúde como a “quietude perfeita” e a compreensão de psicopatologia no nível dos comportamentos e transtornos, se conjuga com uma solução medicamentosa, o metilfenidato, vendido correntemente com o nome de Ritalina® ou Concerta®. A afirmação de um diagnóstico de TDAH se refere, na maioria dos casos, mais a uma questão institucional de desadaptação escolar, impulsividade e desobediência, que tenta ser imputado como consequência de um estado psíquico da criança, dado que:

A detecção de um transtorno não é apenas obra de especialistas, mas de leigos e grupos sociais de poder que exigem diagnósticos e tratamentos rápidos sobre cuja confiabilidade ninguém se detém a refletir. O Manual de Psiquiatria em suas últimas versões é, nem mais nem menos, um tratado behaviorista de patologização mental da vida privada (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 32)

“As crianças costumam ser diagnosticadas com TDAH, por exemplo, quando entram em conflito com as expectativas ou demandas de seus professores ou pais” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 250). A escola produz TDAH, esse diagnóstico então, é de desadaptação aos sistemas de produção e ensino, além da expectativa frustrada dos pais em relação aos filhos também afugentar os argumentos para a indicação desse diagnóstico. Diz-se atualmente que as crianças estão cada vez mais intolerantes à frustração, mas, ao que nos parece, os pais também não toleram qualquer frustração de suas expectativas ou ideais em relação aos filhos, o TDAH parece ser a expressão contemporânea de intolerância do adulto diante de qualquer alteração da ordem, além de expor a grande inabilidade para estabelecer limites, fronteiras e diálogos. Assim, o que atesta grande incapacidade na ordem da transmissão, mas que também não se restringe às incapacidades de cada um, mas também às impossibilidades, de educar, de governar, e assim, esses restos do processo civilizatório são elevados ao nível do patológico. Uma falha da ordem da transmissão se converte num imperativo da transmissão da ordem, pela força dos neuroquímicos.

Neste mesmo sentido podemos dizer que o “TDAH possivelmente não reflete, pois, um déficit de atenção das crianças, mas a falta de atenção às suas necessidades por parte dos adultos.” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 253). O medicamento metilfenidato inibe o comportamento exploratório, marca da curiosidade infantil, suas expressões criativas; moldado e incrementando os comportamentos obsessivo-compulsivos (Jerusalinsky & Fendrik, 2011). Há então um entorpecimento da espontaneidade com a produção de docilidade e conformidade. A criança ativa, espontânea, inquieta, desinteressada pela passividade à qual ela é assujeitada no meio

escolar; esta criança é vista como doente, portadora de um transtorno por transtornar a ordem estabelecida nas instituições e nas expectativas dos pais.

Apenas a título de elucidação, a Anvisa (2013) nos fornece os dados que o consumo de metilfenidato aumentou 75% entre os anos de 2009 e 2011 no Brasil. Com isso constatamos que:

A ligeireza (e imprecisão) com que as pessoas são transformadas em anormais é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado. (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 6)

Baseado nesses dados, podemos afirmar que os profissionais da saúde, operando com o DSM, viesados por uma referência de saúde que é adaptativa e silenciadora, aliados a tratamentos medicamentosos, trabalham para uma “ideologia disfarçada de ciência que psicologizou e medicalizou a vida cotidiana” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 6) Nesse interim que devemos compreender como se dá uma prática profissional que, provisoriamente acata algo que é imperativo na prática institucional, mas que não se adapta ao modelo, não deixa de se inquietar e problematizar o uso e os efeitos de uma ferramenta como o DSM.

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. E impede, em certa medida, a produção de soluções pelo próprio sujeito para o enigma de seu sofrimento, na realidade, a própria sustentação do sofrimento e do mal-estar como um enigma é sabotada quando se aplica um código que categoriza as expressões do psiquismo eliminando o sujeito.

Finalizamos lançando a ideia de que o discurso dominante e a nomenclatura diagnóstica vêm a calhar para o sujeito que sofre, lhe servindo provisoriamente para se apresentar e falar de si. Mas, como resta algo de inominável que resiste, a aderência ao diagnóstico não se sustenta e algo emerge enquanto enigma, recolocando a questão do sofrimento. Nesse instante que

a escuta analítica pode operar acolhendo o que tentou ser extirpado pelo discurso científico, ou seja, a emergência do sujeito do inconsciente em sua singularidade e pura diferença, oposto à homogeneização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2013). *Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato*. Recuperado em 12 de maio, 2013, do http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/busca!/ut/p/c5/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3jvQA9PdwMDIov_EAsXAoTkCAPS29nfdDQ6B8pFm8AQ7gaADS7ezu6GF7gPlkmzk5G3i6m_qZmQb6Gxj4Q3XjlDcixm48puPXHQ7yK37bQfJ4_ObnkZbqlQGxoaYZBLAGc5fbW/?1dmy&urile=wcm%3apath%3a//Anvisa%20Portal/Anvisa/Sala%20de%20Imprensa/Assunto%20de%20Interesse/Noticias/Estudo%20aponta%20%20tendencia%20de%20crescimento%20no%20consumo%20de%20metilfenidato.
- Bernardino, L. M. (2006). A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: L. M. Bernadino, *O que a psicanálise pode nos ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins fontes.
- Freud, S. (2010a). Além do princípio de prazer. In: S. Freud, *Obras completas* (Vol. 14). São Paulo: Companhia da Letras.
- _____(2010b). O mal-estar na civilização. In: S. Freud, *Obras completas* (Vol. 18). São Paulo: Companhia das Letras.
- Jerusalinsky, A. (2011). *Para compreender a criança: chaves psicanalíticas*. São Paulo: Instituto Langage.
- Jerusalinsky, A., & Fendrik, S. (2011). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera.
- Lacan, J. (2008). *Seminário: livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____(2008). *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2 ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organization Mondiale de la Santé. (2011). *10 faits sur la santé mentale*. Recuperado em 30 de abril, 2011, do http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/.
- Pinto, J. M. (2008). *Psicanálise, feminino, singular*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Sauret, M.-J. (2006). Psicanálise, psicoterapias, ainda... In: S. Alberti, & A. C. Figueiredo, *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Soler, C. (2012). *O inconsciente: que é isso?* São Paulo: Annablume.
- Vidal, M. C. (2001). *Quando chega ao final a análise com uma criança?* Salvador: Ágalma.
- Volnovich, J. (1993). *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Vorcaro, A. (2004a). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vorcaro, A. M. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.