

Medicalização do sofrimento na cultura terapêutica: vulnerabilidade e normalidade inalcançável

Medicalization of suffering in therapeutic culture: vulnerability and unachievable normality

Medicalización del sufrimiento en la cultura terapéutica: vulnerabilidad y normalidad inalcanzable

Mariana Ferreira Pombo | marifpombo@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Resumo

Este artigo parte do aumento recente do número de pessoas que recebem um diagnóstico psiquiátrico e tenta entender como a emergência de uma cultura terapêutica, na passagem da modernidade à contemporaneidade, contribuiu para esse crescimento. A hipótese a ser defendida é a de que as mudanças na cultura, ao determinarem transformações no entendimento da subjetividade, nas relações entre normal e patológico e nos próprios conceitos psiquiátricos, favorecem que mais pessoas se vejam como doentes. Seguindo uma intuição foucaultiana, analisamos aqui os efeitos que essas mudanças provocam na produção de saber a respeito dos indivíduos e os efeitos dos discursos produzidos sobre os sujeitos.

Palavras-chave: medicalização do sofrimento; contemporaneidade; vulnerabilidade; normalidade inalcançável; psiquiatria.

Abstract

This article bases on the recent increase in the number of people receiving a psychiatric diagnosis and tries to understand how the emergence of a therapeutic culture, in the transition from modernity to contemporaneity, contributed to this increase. Our hypothesis is that the changes in culture tend to make more people think of themselves as ill, since these changes determine modifications in the understanding of subjectivity, in the relations between normal and pathological and in the psychiatric concepts. Following a Foucault's intuition, we analyse the effects of these changes on knowledge production about the individuals and the influence of the produced speeches on the subjects.

Keywords: medicalization of suffering; contemporaneity; vulnerability; unachievable normality; psychiatry.

Resumen

Este artículo parte del reciente aumento del número de personas que reciben un diagnóstico psiquiátrico y intenta entender como la emergencia de una cultura terapéutica, en el pasaje de la modernidad a la contemporaneidad, ha contribuido para este aumento. Nuestra hipótesis es que los cambios en la cultura, por determinar transformaciones en la comprensión de la subjetividad, en las relaciones entre normal y patológico y en los propios conceptos psiquiátricos, favorecen que más personas se vean como enfermas. Siguiendo la intuición de Foucault, nosotros analizamos los efectos de esos cambios sobre la producción de saber acerca de los individuos y los efectos de los discursos producidos sobre los sujetos.

Palabras clave: medicalización del sufrimiento; contemporaneidad; vulnerabilidad; normalidad inalcanzable; psiquiatría.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores: A autora foi responsável por todas as etapas de preparação do artigo.

Declaração de conflito de interesses: Não há conflito de interesses.

Fontes de financiamento: CNPq

Considerações éticas: não há

Histórico do artigo: Submetido: 26.dez.2016 | Aceito: 02.fev.2016 | Publicado: 31.mar.2017

Apresentação anterior: não houve

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Introdução

Relatórios europeus sobre saúde mental afirmam que, em um ano, 250 pessoas em cada grupo de mil sofrem de uma doença psiquiátrica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) confirma a mesma incidência para o resto do planeta: um quarto da população mundial sofre de alguma doença mental¹.

De fato, nos últimos 30 anos, uma série de novas patologias surgiu – ou surgiram, pelo menos, novas nomenclaturas e siglas para definir antigas patologias – e, desde então, atingem cada vez mais pessoas. Depressão, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), síndrome do pânico, adições diversas (em drogas, álcool, comida, sexo, consumo), fobia social, transtorno da ansiedade generalizada (TAG), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), e por aí vai.

Entre essas doenças, a depressão aparece como a primeira colocada no ranking nos Estados Unidos², atingindo atualmente, segundo a OMS, de 5% a 10% da população mundial, ou seja, entre 300 e 600 milhões de pessoas. Só no Brasil, cerca de 17 milhões de indivíduos foram diagnosticados como deprimidos nos primeiros anos do século XXI.

Dados sobre a mudança histórica na sua prevalência (percentual de pessoas que, ao longo da vida, sofreram de depressão) e incidência (percentual de pessoas com depressão no último ano) apontam para a articulação entre depressão e cultura atual. Enquanto nas décadas de 1970 e 1980 a estimativa de prevalência da doença na população mundial era de 3%, o equivalente na época a 100 milhões de pessoas³, pesquisas recentes afirmam que só a incidência hoje já é de 6,6% ou 396 milhões de indivíduos⁴.

O aumento de mal-estares e a cada vez maior apropriação da sua classificação e cuidado pela psiquiatria podem ser entendidos de diferentes maneiras. Uma narrativa de progresso da ciência, por exemplo, interpreta positivamente o crescimento das taxas de diagnósticos psiquiátricos, como resultado do progresso do conhecimento: o percentual de pessoas em uma dada população que sofre de uma doença mental sempre foi o mesmo, mas só a psiquiatria atual foi capaz de diagnosticá-las corretamente. Isso explicaria o aumento dos diagnósticos e suporia também a diminuição do sofrimento dos indivíduos, que poderiam agora ser tratados de forma adequada.

Essa narrativa supõe, portanto, que modos de sofrer são naturais, permanentes no tempo, e que o que houve recentemente foi apenas uma mudança (positiva) de percepção sobre eles. Por ser uma narrativa de progresso, propõe justamente que a forma atual de classificação das doenças mentais é a melhor e mais verdadeira. Inversamente, diria, por exemplo, que o louco do renascimento, considerado na época como possuído por forças sobrenaturais, era na verdade um doente mental mal diagnosticado.

Além de não acreditar que uma mudança histórica implique mudanças na subjetividade dos indivíduos e no sofrimento que eles experimentam, a narrativa de progresso do conhecimento não acolhe a ideia de que os comportamentos e sofrimentos tidos como desviantes e doentios variam conforme a cultura em questão. Por esses motivos, ela não será adotada aqui, onde se parte do pressuposto de que o sujeito é histórico^{5,6}, ou seja, se constitui a partir do regime de verdade produzido pelo poder de sua época, regime que, por sua vez, muda de uma sociedade para outra.

Foucault diz que o poder transforma indivíduos em sujeitos. Como são leis de verdade que configuram as formas da normalidade e do desvio, cada sujeito pensará a sua individualidade e objetivará a si próprio de uma maneira, dependendo do saber que tiver à sua disposição. “Afim, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder”⁵.

Paul Veyne⁷ defende que a intuição inicial de Foucault é a raridade, ou seja, é entender que o que é poderia ser diferente. Em vez de acreditar na “ilusão do objeto natural”, segundo a qual os fatos humanos são óbvios, propõe historicizá-los, enxergá-los como “objetos de época”: “Não existe nenhum ‘problema eterno’ da loucura, considerada como um objeto natural que, como desafio, tivesse provocado, através dos

séculos, respostas variadas. O que em nós é matéria de loucura será matéria de qualquer outra coisa numa outra prática”⁷. Veyne dá o exemplo do antropófago, que só ganha o rótulo de canibal em um contexto em que a prática de comer partes de um ser humano é vista como bárbara.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é propor outra narrativa, crítica, que problematize a relação (não necessária) entre medicina e sofrimento psíquico, não aceite a leitura do sofrimento pelo saber científico como algo natural. Ela se diferenciara da anterior, de progresso da ciência, por defender que houve recentemente, com a mudança histórica, não só mudança da percepção sobre o sofrimento, mas sobretudo produção de novas subjetividades e modalidades de sofrimento.

Desse modo, pretende-se pensar a depressão e outras patologias contemporâneas como modalidades de sofrimento próprias de nossa cultura, formas de sofrer diferentes das que existiam em épocas anteriores à nossa. Ainda que a tristeza e outras formas de mal-estar sempre tenham existido, é apenas na sociedade atual que elas são categorizadas como tipos específicos de doença mental, com sintomas, causas e formas de tratamento particulares.

A partir daí, pretende-se, usando o vocabulário foucaultiano, problematizar as relações entre saber e poder, que estão diretamente implicados em duas dimensões^{5,6,8}: a primeira diz respeito à mudança histórica e moral determinar o que é considerado indesejável em uma cultura e, portanto, constituir novos objetos para o saber; a segunda leva em conta que o saber assim constituído fornece aos indivíduos normas para pensarem sobre si e serem pensados.

Mais concretamente, trata-se de entender aqui, por um lado, como a emergência de uma cultura terapêutica, ocorrida na passagem da modernidade à contemporaneidade, favoreceu a medicalizaçãoⁱ do sofrimento e a criação de novas categorias de doença pela psiquiatria e, por outro, como essas categorias afetam os indivíduos classificados por elas e favorecem que mais pessoas se reconheçam doentes, contribuindo para o crescimento das taxas das patologias contemporâneas.

Contemporaneidade, incerteza e vulnerabilidade

Com a crise das sociedades disciplinares, as regras que induziam a pensamentos conformistas e automatismos de conduta se enfraquecem, abrindo um grande espectro de possibilidades sobre como agir na vida e ter prazer. “O fato de um sentimento de bem-estar haver se tornado o fim e não o subproduto de um empenho para alguma finalidade comunal superior anuncia uma mudança de foco fundamental em todo o arranjo de nossa cultura”⁹. Nesse contexto, a doença mental passa por um processo de progressiva desestigmatização.

Com a disseminação do liberalismo no século XIX e, sobretudo, do neoliberalismo na década de 1980, concomitantemente à derrota do projeto socialista de promover a igualdade efetiva entre os cidadãos e à crise do Estado de Bem-Estar Social, chega ao fim a crença na reinvenção de si e do mundo pela revolução coletiva. Há a falência das instâncias de mediação, inclusive dos Estados-nação. A família deixa de ser lugar de proteção e os laços sociais se tornam mais fluidos. Estamos diante do silenciamento da alteridade, da ausência de hospitalidade e de acolhimento, que potencializam a vulnerabilidade das subjetividades¹⁰.

Se o indivíduo contemporâneo não pode mais contar com a proteção do Estado e da família, nem com a mediação e a solidariedade do outro, cabe somente a ele a realização de seus empreendimentos. Tem-se um Estado mínimo e cada indivíduo é uma microempresa. Para o sociólogo Alain Ehrenberg³, a crise das sociedades disciplinares, porém, não significa o fim de pressões sociais.

O homem soberano, semelhante a si mesmo, do qual Nietzsche anunciava a vinda, está em vias de se tornar uma realidade de massa: não há nada acima dele que possa lhe indicar o que ele deve ser, pois ele se pretende o único proprietário de si mesmo. Pluralismo moral e não conformidade a uma norma única,

i Medicalização é entendida aqui como processo pelo qual aspectos da vida subjetiva que antes não eram considerados signo de doença e alvo de intervenção médica passam a sê-lo.

*liberdade de construir suas próprias regras no lugar de vê-las se impor: o desenvolvimento de si torna-se coletivamente uma questão pessoal que a sociedade deve favorecer.*³

O autor cita uma série de mudanças sociais ocorridas no final do século passado que teriam reforçado a sensação de precariedade do indivíduo contemporâneo, como a diminuição das garantias de estabilidade das carreiras, que se tornam voláteis, e o enfraquecimento das fronteiras hierárquicas na família e das diferenças simbólicas entre gêneros e gerações. Ainda assim e embora fale de crise identitária, Ehrenberg nos alerta para que não lamentemos o fim do controle disciplinar. Não se trata de uma perda, e sim de uma multiplicação de referências – novos saberes, filosofias, religiões, mídias – com os quais o indivíduo se confronta hoje, aumentando os seus sentimentos de insegurança e fragilidade. Fica difícil para ele fabricar a si mesmo e a sua história sem poder contar com referências estáveis de apoio. Uma crise identitária então o acomete.

Para Bauman¹¹, o mal-estar próprio da pós-modernidade é provocado pelo sentimento de incerteza, que parece dizer respeito à falta de solidez que caracteriza tanto as estruturas sociais como os projetos de vida individuais e os laços sociais e afetivos. Na modernidade, o processo de construção de identidade por cada indivíduo era gradual e definitivo, porque já havia um esquema concluído da identidade antes mesmo de ela começar a ser erigida. A vida era planejada a partir de um conjunto finito e rígido de possibilidades, e mudava pouco. Atualmente, porém, a identidade de cada indivíduo parece estar em constante reconstrução e os projetos de vida não se ancoram mais em terreno estável.

O sentimento dominante, agora, é a sensação de um novo tipo de incerteza, não limitada à própria sorte e aos dons de uma pessoa, mas igualmente a respeito da futura configuração do mundo, a maneira correta de viver nele e os critérios pelos quais julgar os acertos e erros da maneira de viver. (...) O mundo pós-moderno está se preparando para a vida sob uma condição de incerteza que é permanente e irreduzível¹¹.

O argumento comum dos autores é, portanto, o de que o crescimento do individualismo e o aumento do horizonte de ação e de escolhas dos indivíduos, possibilitados pelo enfraquecimento da função prescritiva das referências modernas, tiveram como contrapartida a emergência de um sentimento de fragilidade e de insegurança.

A produção dessa fragilidade também está relacionada às novas exigências que são feitas ao indivíduo contemporâneo, como as de autonomia, iniciativa, autenticidade e performance. Sem modelos estáveis que lhe indiquem como ser e se comportar e o que desejar, por um lado, e pressionado a agir de maneira autônoma e a buscar de modo autêntico o bem-estar, hoje tido como algo manipulável⁹, por outro, ele se sente vulnerável.

Cultura terapêutica

As emoções e os sentimentos ganham na contemporaneidade o lugar de importância que as ideias e as crenças ocupavam anteriormente^{9,12}. Na ausência de critérios objetiváveis que permitam diferenciar o bem do mal, o justo do falso, são os sentimentos que se tornam o guia moral do indivíduo contemporâneo. Nesse contexto de incerteza, as terapias e os livros de autoajuda são formulados como substitutos à comunidade perdida.

Frank Furedi¹² criou o conceito de “cultura terapêutica” para definir a cultura contemporânea na qual as experiências individuais e os acontecimentos do mundo são interpretados, ganham sentido e valor a partir de um *script* emocional, a linguagem terapêutica. O autor dá o exemplo da cobertura midiática atual de catástrofes naturais e de atentados terroristas, interpretados por um *ethos* terapêutico: eles se configuram como eventos traumáticos, que trarão prejuízos emocionais, de curto ou longo prazo, às vítimas, inclusive à sua autoestima. Depressão, TAG e TEPT são apresentados como algumas de suas “sequelas” quase inevitáveis.

Philip Rieff⁹, por sua vez, fala de “triunfo da terapêutica”. Com essa expressão, ele quer dizer que a terapia não é hoje apenas um instrumento de cuidado, e sim uma concepção de mundo. Vivemos em uma cultura que

valoriza as emoções e os sentimentos dos indivíduos, e lhes faz novas demandas de autenticidade, felicidade, bem-estar e autorrealização, criando assim a necessidade de novas instituições e agentes terapêuticos.

Em nossa cultura, portanto, o indivíduo, e mais especificamente a sua vida interior, é o foco central de preocupações sociais e morais. Furedi¹² nomeia de determinismo emocional o entendimento de que as emoções privadas dos indivíduos podem explicar todo problema – econômico, político, educacional –, cuja solução, então, também se desvincula do âmbito social. O argumento tem dupla aplicação: os problemas sociais tanto provocam sofrimento quanto são explicados por disfunções emocionais. Tomemos o desemprego como exemplo. Entende-se, por um lado, que estar desempregado causa estresse, raiva, insônia. Por outro, que o indivíduo não consegue um emprego porque tem autoestima baixa, dificuldade de controlar as emoções, entre outros déficits. Em ambas as considerações, fica claro que um problema social é descrito hoje com os termos da linguagem terapêutica e passa a ser enquadrado como sendo de saúde mental, e devendo ser tratado por ela. Em vez das desigualdades sociais e econômicas, são os sintomas e as disfunções que devem agora ser corrigidos.

A ideia de que todo sofrimento ganha sentido e valor por meio da linguagem terapêutica vem acompanhada de outra, igualmente interessante, também proposta por Furedi¹²: a de que nossa cultura cria o indivíduo vulnerável, aquele que, devido aos déficits emocionais, suporta pouco o sofrimento e, por isso, adoece com facilidade. O autor compara duas reportagens sobre enchentes, uma de 1952 e outra de 2000, para argumentar que houve uma mudança significativa na forma de interpretação do sofrimento. Enquanto a primeira, sem usar termos terapêuticos, interpretou a tragédia como resposta esperada da natureza contra a intervenção do homem e elogiou a coragem daqueles que conseguiram se salvar, a segunda definiu os sobreviventes como “vítimas traumatizadas de falhas humanas” e alertou que a limpeza das casas invadidas pela água elevaria os níveis de estresse da população, se ela não recebesse o suporte psicológico necessário.

Não é só o uso da linguagem das emoções que diferencia a segunda reportagem da primeira. Percebe-se, com a comparação, que em 50 anos mudou consideravelmente o modo de se pensar a resistência emocional dos indivíduos. Enquanto antes se entendia que as pessoas eram capazes de suportar adversidades e sofrimentos, na cultura terapêutica parte-se do pressuposto de que elas são vulneráveis *a priori*.

Haveria dois modos de se interpretar essa mudança. O primeiro seria pensar que em cinco décadas os indivíduos de fato se tornaram mais frágeis e, por isso, toleram menos sofrer. O segundo seria argumentar que é a cultura que os encoraja a interpretar uma série de experiências e eventos dolorosos como passíveis de causar o adoecimento psíquico. Furedi defende a segunda opção de interpretação:

O discurso do déficit emocional patologiza sentimentos ruins e transforma uma variedade crescente de experiências em elementos nos quais a sobrevivência emocional se torna uma questão. Essa é uma perspectiva que age para persuadir as pessoas a se enxergarem como doentes. [...] A objetificação da experiência humana na gramática de riscos tem o potencial de transformar todo novo encontro em um teste de resiliência emocional. Isso encoraja a sensação de vulnerabilidade emocional e a adoção da linguagem do déficit emocional¹².

Na cultura terapêutica, o que define o indivíduo vulnerável são os seus déficits emocionais e, entre esses, a baixa autoestima é considerada o mais importante em termos de prejuízo e incapacitação do indivíduo. Além disso, todo episódio adverso é passível de traumatizar um indivíduo vulnerável. A noção de vulnerabilidade emocional está intimamente ligada, portanto, às ideias de autoestima e de trauma: enquanto a primeira parece ser a causa principal da vulnerabilidade, a segunda é o seu efeito mais usual.

A crítica de Furedi¹² à construção da ideia de um déficit de autoestima, entendido como algo que impossibilita que o indivíduo lide emocionalmente bem com experiências e relacionamentos, é a de que nossa cultura reduz a complexidade dos comportamentos humanos e dos problemas sociais a um único

fator: o quão bem ou mal a pessoa se sente em relação a si mesma. Assim, a autoestima é associada hoje a virtualmente toda doença (depressão, obesidade, desordens de ansiedade, distúrbios sexuais) e todo problema social (desemprego, racismo, prostituição, uso de drogas), seja na forma de causa ou de consequência.

Se a autoestima é considerada como podendo causar todo mal, sua elevação também é entendida como solução para os mais variados problemas. A obrigação de se sentir bem consigo mesmo, isto é, de apresentar autoestima elevada, parece estar associada a outra: a de ser reconhecido pelos outros. Essas duas seriam, segundo Furedi¹², as duas necessidades emocionais do indivíduo contemporâneo.

Como vimos, com o colapso das hierarquias sociais, o enfraquecimento dos suportes morais tradicionais e a emergência de novos imperativos morais, como o de autenticidade, a identidade do indivíduo não pode mais ser derivada de sua posição ou atividade social. Deve, ao contrário, ser gerada internamente, de um jeito original. Essa emancipação faz com que o indivíduo se sinta inseguro e, ao mesmo tempo, em constante competição com os outros, e coloca em questão o reconhecimento social, que deixa de estar garantido *a priori* e pode falhar^{13,14}.

Segundo Furedi¹², o que houve nas últimas décadas, em vez de a vida em sociedade ter se tornado mais traumática, foi a transformação da “imaginação cultural do trauma”: “Patologizando respostas emocionais negativas às pressões da vida, a cultura contemporânea inconscientemente encoraja as pessoas a se sentirem traumatizadas e deprimidas por experiências até então vistas como rotina”¹². O sujeito é hoje encorajado a se entender como vulnerável, com uma série de déficits emocionais, dos quais o mais importante é a baixa autoestima, o que implica pensar que todo evento pode traumatizar e fazer adoecer.

O próprio trauma está passando por uma redefinição na cultura terapêutica^{15,16}: cada vez mais eventos, antes vistos como parte normal da vida, são classificados como traumáticos. Isso aponta para uma tendência à universalização da própria vulnerabilidade. A consequência é o aumento de indivíduos que interpretam suas experiências como traumáticas e se colocam na posição de doentes.

Virada do sofrimento psíquico sobre a doença mental

Ehrenberg¹ defende que, na contemporaneidade, estamos diante da redefinição da doença mental e da reformulação das relações entre normal e patológico. Um novo nexos entre sofrimento psíquico e doença mental se delinea, reforçando a tendência do sujeito contemporâneo a se conceber como vulnerável e propenso a adoecer.

Na modernidade, a intervenção da psiquiatria sobre comportamentos seguia uma separação nítida entre a norma e o desvio¹⁷: enquanto o indivíduo saudável era aquele cuja conduta estava conforme as regras, o doente apresentava sintomas discrepantes à norma. A psiquiatria, enquanto prática normalizadora, tinha a função justamente de, partindo do desvio de comportamento, reabsorver a diferença e reestabelecer a norma. Nesse sentido, todo indivíduo que não apresentasse traço algum desviante da norma era dito normal e saudável. Em outras palavras, a saúde mental tinha definição negativa, pois significava ausência de sintomas. Além disso, como a doença mental era definida pelo médico com base nos desvios de comportamento, o sofrimento do paciente importava pouco enquanto sintoma.

Segundo Ehrenberg, enquanto antes a doença mental predominava sobre a saúde e sobre o sofrimento, que era apenas um elemento seu, hoje ela se torna um aspecto subordinado ao par saúde mental–sofrimento psíquico. A frase “o sofrimento era um elemento da psicose, a psicose é hoje um elemento do sofrimento”¹ é bem ilustrativa do que ele chama de virada hierárquica do sofrimento sobre a doença mental.

Com a reforma psiquiátrica, a doença mental se configura como um aspecto do sofrimento experimentado por um indivíduo. Ele é, antes de tudo, um cidadão em dificuldades, cujo sofrimento pode se tornar patológico. Se o sofrimento diz respeito a um conjunto de problemas e dificuldades que o indivíduo enfrenta, do qual a doença mental é apenas um elemento, fica claro que também o conceito de saúde mental mudou. Não é mais o oposto de doença mental, caracterizado pela ausência de sintomas, como para a psiquiatria do século XIX;

saúde mental hoje pressupõe a ausência de todo tipo de sofrimento, conforme define a OMS: “um estado completo de bem-estar psíquico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade”.

A definição de saúde mental deixa de ser negativa, portanto, já que não remete somente à ausência de doença e requer, ao contrário, a presença de um elemento, o bem-estar completo. Daí inclusive a criação do termo “saúde mental positiva”¹, que engloba inteligência emocional e social, boas relações pessoais, sexuais, familiares e no trabalho. É importante ressaltar que essa “normalidade” na forma da saúde mental positiva se configurou em nossa sociedade como um ideal que todos aspiram alcançar.

Desse modo, o ideal de saúde mental na atualidade parece remeter hoje a uma “mais que normalidade”. A separação entre normal e patológico estabelecida pela psiquiatria moderna da qual nos fala Canguilhem¹⁷ perde sua nitidez e critérios de mensurabilidade na contemporaneidade. O ideal de normalidade a ser buscado não se ancora mais na ausência de loucura ou de anormalidade. Não é mais necessário nem suficiente reprimir desejos, fugir do estigma, como nas sociedades disciplinares. É preciso, porém, atingir o estado de bem-estar sugerido pela OMS, a felicidade atuada por personagens de novela, a sociabilidade das celebridades retratada nas revistas. Esse novo ideal de normalidade parece, assim, ou não ter ancoragem ou se ancorar no inalcançável.

Como uma quantidade cada vez maior de eventos e dificuldades é tida como desencadeadora de sofrimento e como todo sofrimento impede que cheguemos a esse estado ideal de saúde mental, a separação normal-anormal, saudável-doente parece não fazer mais sentido. A normalidade se torna praticamente inalcançável e nos transformamos todos em doentes mentais em potencial – haverá sempre um sofrimento que merece cuidado¹. Atualmente, como diz Peter Conrad¹⁸, “potencialmente todo mundo pode se tornar objeto de atenção médica, e a última pessoa saudável vai desaparecer”.

Expansão de diagnósticos

Conforme dito anteriormente, a intuição foucaultiana implica pensar que uma cultura, com seus valores morais particulares, afeta a produção de saber sobre os indivíduos, por determinar quais comportamentos e emoções são indesejáveis e merecem ser objeto de investigação científica. No caso de nossa cultura terapêutica, que produz o indivíduo vulnerável, passível de se traumatizar facilmente, e na qual o ideal de saúde mental remete a uma “mais que normalidade”, essa afetação pode ser notada na grande transformação dos critérios diagnósticos ocorrida com a reforma psiquiátrica nos anos 1970.

*Como um conjunto de discursos e de práticas historicamente situado, a psiquiatria não só reflete a dinâmica normativa do universo social em que se encontra, como também funciona como uma agência de reprodução deste universo, agenciando, no campo da subjetividade, dispositivos que organizam modos de entendimento do sofrimento e formas de agir sobre eles.*¹⁹

Como defende Benilton Bezerra Jr.¹⁹ na passagem acima, entendemos que a psiquiatria, enquanto campo de conhecimento, está inserida nas dinâmicas de saber e poder de uma cultura, e por isso mesmo sofre a influência de suas normas e moralidade, produzindo determinadas teorias e práticas, diferentes das que seriam possíveis em outros contextos sócio-históricos. É a partir dessa perspectiva que propomos então analisar a mudança pela qual passou a organização dos diagnósticos psiquiátricos nas últimas décadas.

A psiquiatria entrou em crise no final dos anos 1960, após duas décadas em que, fortemente marcada pela influência da psicanálise, priorizou a análise da causalidade inconsciente e conflitual do sofrimento em detrimento da descrição de sintomas e mesmo da elaboração de um diagnóstico. E foram justamente a pouca ênfase no diagnóstico e a ausência de critérios objetivos, passíveis de serem utilizados por médicos de diferentes especialidades e linhas teóricas, que impulsionaram a mudança de paradigma na organização dos diagnósticos psiquiátricos e a publicação em 1980 da terceira edição do DSM – Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria).²⁰

Na introdução do DSM-III²¹, é expressa a intenção de se criar um sistema descritivo e atóxico e, inclusive, a tentativa de eliminar toda interpretação de doença mental que levasse em conta os processos intrapsíquicos, variáveis de um indivíduo a outro, como a psicanálise. No lugar de noções nosológicas fortes, como neurose e psicose, seria erigido um sistema de classificação sindrômico, isto é, baseado em sinais e sintomas facilmente reconhecíveis.

Nesse movimento, o DSM-III trouxe para o campo da psicopatologia emoções, estados subjetivos e comportamentos até então pensados como fazendo parte da vida, ou seja, contribuiu para a medicalização do sofrimento. Quando o manual psiquiátrico passou a focar sintomas que todos nós poderíamos identificar em momentos mais difíceis da vida e a considerar menos importante a etiologia da doença mental, isto é, a maneira como os sintomas se relacionam com a história do sujeito, aumentou muito o número de indivíduos passíveis de serem diagnosticados como doentes. Nesse contexto, as propagandas de remédios, a mídia e a internet são importantes, na medida em que fornecem informações sobre sintomas das doenças e testes que favorecem o autodiagnóstico, além de legitimarem o tratamento medicamentoso como o mais indicado para curar sofrimentos.

A consequência foi a expansão dos diagnósticos, que pode ser notada a partir do aumento da quantidade de transtornos listados nos manuais. Enquanto o DSM-II agrupava 180 doenças mentais, o DSM-III, manual da reforma, aumentou o número para 265 e a sua edição revisada, de 1987, para 292. O DSM-IV, publicado em 1994, praticamente manteve o conjunto de patologias (297), mas a sua edição revisada, de 2000, criou mais de 70 novos diagnósticos, reunindo um total de 374¹⁹. Esses números se tornam ainda mais surpreendentes ao sabermos que o censo de 1840 fornecia as porcentagens de ocorrência na população de somente dois distúrbios mentais, a idiotice e a insanidade.²²

O aumento do número de doenças mentais indica que mais comportamentos e experiências passaram a ser definidos como patológicos. A consequência é que também cresce a quantidade de indivíduos passíveis de preencherem os novos critérios diagnósticos. Bezerra Jr.¹⁹ cita duas pesquisas diferentes, uma realizada nos Estados Unidos e outra na Europa, que constataram, a partir do relato de sintomas das pessoas, que 26,2% e 27% da população (americana e europeia, respectivamente) poderiam ser classificados como possuindo algum dos distúrbios listados no DSM-IV. Além disso, quando era considerada a vida inteira dos indivíduos, em ambos os estudos subia para 50% a porcentagem da população que poderia ser acometida por um transtorno mental em algum momento da vida.

O exemplo da depressão

A seguir, mudanças ocorridas no entendimento da depressão pela psiquiatria nas últimas décadas serão descritas como forma de exemplificar o complexo fenômeno da medicalização e a sua articulação com a cultura contemporânea.

Nos anos 1960, a psiquiatria considerava a existência de três tipos de depressão³: a endógena, cuja origem seria somática; a neurótica, ligada à personalidade e ao conflito; e a exógena ou reacional, motivada por um acontecimento externo. Na década de 1970, houve a separação entre depressão e neurose, e desapareceu o conflito como possibilidade de causa da depressão. Assim, quando o transtorno depressivo maior foi descrito pela primeira vez, no DSM-III, só se estabelecia a distinção entre depressão endógena e exógena. A primeira teria uma causa química e se caracterizaria por sintomas como catatonia e delírio; a segunda seria provocada por acontecimentos externos e apresentaria sintomas mais leves.

A diferenciação entre os dois tipos de depressão dura até o final da década de 1980, até o DSM-III-R, portanto. O DSM-IV não faz mais a distinção entre a endógena e a exógena. Paralelamente a isso, a tendência

que pode ser observada a partir da leitura de artigos recentes da psiquiatria biológica e de notícias nos meios de comunicação é a de a depressão passar a ser pensada a partir donexo entre acontecimentos passíveis de deprimir um indivíduo e desequilíbrio neuroquímico. Apesar de os acontecimentos não estarem especificados no DSM, um artigo lista decepções afetivas e dificuldades de sociabilidade serem diagnosticadas como doença grave e fracasso profissional²³, ou seja, eventos que, com exceção do diagnóstico de doença grave, podem permear a vida de todos nós.

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

Além disso, desde o momento em que estudos da neurociência afirmam haver correlação entre estados mentais e aumento ou diminuição de neurotransmissores, não faz mais sentido separar o endógeno do exógeno. Todos os comportamentos e emoções, provocados ou não por um evento, são vistos como se inscrevendo na superfície do cérebro.

A impossibilidade de distinguir entre depressão endógena e exógena também apaga a diferença anterior entre os tipos de sintoma. No manual psiquiátrico, um episódio depressivo deve ser diagnosticado a partir da constatação de sintomas como humor depressivo, perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas, redução do apetite, cansaço, dificuldades de concentração, etc.²⁴

Fica claro aqui como mudanças recentes na moralidade e nas atitudes para se lidar com o sofrimento possibilitaram a produção de novos saberes psiquiátricos sobre a doença mental e, no seu interior, a própria transformação do conceito de depressão. Quando por um lado qualquer acontecimento pode traumatizar o indivíduo contemporâneo vulnerável e por outro a felicidade, a autenticidade, o prazer e a autonomia se tornaram imperativos, pequenos sinais de tristeza, inibição e dificuldades em realizar tarefas passaram a ser vistos como muito problemáticos e sintomas da depressão.

Promoção de diagnósticos

A indústria farmacêutica e suas propagandas de medicamentos (proibidas no Brasil mas muito comuns nos Estados Unidos) também podem ser consideradas um ator importante envolvido na medicalização do sofrimento na atualidade, na medida em que se empenham em fazer existir doenças para criar o mercado para as drogas que supostamente as curam. Suas táticas envolvem tanto promover, mudar ou expandir a definição de uma desordem, como diminuir a seriedade atribuída a um medicamento usado para o tratamento de um problema já medicalizado, sugerindo sutilmente a sua utilização para o aprimoramento de performance. Isto foi feito em relação ao Viagra, inicialmente só prescrito a pacientes como disfunção erétil e, com o passar do tempo, também àqueles que desejam melhorar o seu desempenho sexual.¹⁸

Um exemplo de promoção e mudança de diagnóstico pela indústria farmacêutica ocorreu no Japão, quando especialistas foram contratados para introduzir no país os conceitos de depressão e de antidepressivo^{25,26}. Duas estratégias foram realizadas. A primeira foi modificar a linguagem que definia depressão: a expressão “severa doença psiquiátrica” foi substituída por “alma com resfriado”, com a intenção de mostrar aos japoneses que a doença é tão simples e comum quanto um resfriado. A segunda consistiu em ensiná-los que o que interpretavam como sintomas somáticos ou de ansiedade social também eram condições passíveis de serem tratadas com antidepressivos. O resultado nos anos seguintes nesse país foi o simultâneo aumento da aceitabilidade social da depressão e do consumo de antidepressivos.

Outro exemplo é o comercial televisivo do Paxil nos Estados Unidos. Apesar de tê-lo inicialmente criado como antidepressivo, a fabricante do remédio, devido ao fato de o mercado de antidepressivos já estar

“lotado”, conseguiu autorização para promovê-lo ao “mercado da ansiedade”¹⁸. A propaganda visava, então, divulgar o tratamento do Paxil para o TAG. Com o *slogan* “Paxil... sua vida está esperando”, “*Paxil... you life is waiting*”, o comercial tentava mostrar ao telespectador que a sua ansiedade no dia a dia, em casa e no trabalho, acontecia, não porque ele estava somente preocupado, e sim sofrendo de uma desordem tratável²². Inicialmente, quatro pessoas, três mulheres e um homem respectivamente, descrevem o que sentem: “Eu sempre acho que alguma coisa terrível vai acontecer e não consigo lidar com isso”; “Você sabe, os seus piores medos, os “e se”... Eu não consigo controlar isso, e eu estou sempre me preocupando com tudo”; “É como um filme na sua mente, que fica se repetindo... Eu sempre pensei que fosse mera preocupação”; “É como se eu nunca conseguisse relaxar. No trabalho, estou preocupado com as coisas de casa. Em casa, estou preocupado com as coisas do trabalho”. Em seguida, uma voz feminina complementa em *off*:

Se você é uma das milhões de pessoas que vivem com preocupação e ansiedade incontrolláveis, e com vários desses sintomas (sintomas rodam na tela: preocupação... ansiedade... tensão muscular... cansaço... irritabilidade... inquietação... distúrbios do sono... falta de concentração...), você pode estar sofrendo de Transtorno de Ansiedade Generalizada e um desequilíbrio químico pode ser o responsável. Paxil atua para corrigir esse desequilíbrio para aliviar a ansiedade²².

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

Embora no Brasil as companhias farmacêuticas não tenham autorização para fazer propaganda de seus produtos diretamente ao público, esse exemplo de comercial nos Estados Unidos é bastante interessante para pensarmos a sua influência sobre os doentes e consumidores potenciais. No caso do Paxil, o comercial certamente contribuiu para a medicalização da ansiedade e da preocupação: o remédio se tornou a terceira droga mais conhecida, depois do Viagra e do Claritin¹⁸.

Normalidade inalcançável, cura e aperfeiçoamento

A multiplicação de aspectos da vida humana que viraram objeto de intervenção psiquiátrica e medicamentosa está totalmente coadunada com a redução da fronteira entre normal e patológico que marca nossa cultura atual, pois novos conceitos e categorias surgem sempre articulados a transformações culturais e morais mais amplas, e os próprios médicos e farmacêuticos, inseridos na cultura, são afetados pelo novo nexos que se estabelece entre sofrimento e doença mental.

Se por um lado as mudanças morais afetaram o modo como a psiquiatria pensa o sofrimento do indivíduo na atualidade, por outro esse novo saber afeta os indivíduos. É importante pensar aqui que o aumento da prevalência das doenças não acontece somente porque os médicos propõem e veem doença onde não necessariamente há, mas também porque vivemos numa sociedade em que a possibilidade de os próprios indivíduos se sentirem vulneráveis e interpretarem o sofrimento como doença está aumentada.

As transformações recentes no entendimento do sofrimento psíquico e da própria subjetividade favoreceram que mais indivíduos, até então despreocupados com a possibilidade de o seu sofrimento ser patológico, se reconhecessem como já doentes ou com chances acrescidas de adoecer. A redução da importância do conflito psíquico para a compreensão do sofrimento, a multiplicação de acontecimentos passíveis de deprimir um indivíduo e o ganho de credibilidade das explicações neuroquímicas facilitam ainda mais a identificação de cada indivíduo com as narrativas expostas no DSM, na mídia ou mesmo nas propagandas de remédios realizadas pelas empresas farmacêuticas, pois ele sabe que singularidades de sua história de vida não atenuariam a sua avaliação psiquiátrica.

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

Além disso, pode-se observar a diluição das barreiras entre cura e aperfeiçoamento. A intervenção psiquiátrica deixa de ter função exclusiva de tratar doenças quando também passam a ser competências suas o aprimoramento de aspectos da vida biológica e subjetiva dos indivíduos (memória, sono, sexo) e até mesmo a produção de estados de bem-estar e de felicidade; daí falar-se de uma psiquiatria cosmética¹⁹.

Se na cultura terapêutica as emoções são objetos a serem manipulados e otimizados, o psiquiatra é quem ajuda o sujeito nessa nova tarefa contemporânea. As novas drogas disponíveis no mercado, com indicações mais seletivas e efeitos colaterais reduzidos, certamente favorecem que pessoas saudáveis façam uso delas para se sentirem “mais do que bem”¹⁹.

O uso dos ISRS (inibidores seletivos de recaptção de serotonina), dos quais o Prozac é provavelmente o exemplo mais famoso, aponta para a nova tendência de a intervenção biológica ser utilizada sem fins propriamente curativos. Criados na década de 1970 com a função de antidepressivos com a mesma ou maior eficácia que os remédios mais antigos e com menos efeitos colaterais, logo passaram a ser prescritos para outras doenças, como fobia social, TOC, TAG e TEPT. Mais recentemente, começaram a ser usados também como *lifestyle drugs*, isto é, como drogas destinadas ao aperfeiçoamento da experiência e à produção de bem-estar, felicidade e prazer^{19,20}. E há psiquiatras que defendem esse uso, como é o caso de Peter Kramer²⁷ em “Ouvindo o Prozac”. Nesse livro, o autor reúne alguns casos de pacientes seus para os quais receitou Prozac mesmo sem os ter diagnosticado como deprimidos pelos critérios do DSM para argumentar que esse remédio pode ser usado para melhorar a vida afetiva, social e sexual de indivíduos com dificuldades.

Outro exemplo são as novas tecnologias de aprimoramento ou de aperfeiçoamento (*enhancement technologies*), descobertas por neurocientistas nos últimos anos, cuja definição formulada pela bioética é a de uma variedade de drogas e procedimentos que são empregados por médicos com o objetivo, não apenas de curar doenças, mas também de melhorar e aperfeiçoar características e capacidades humanas².

Um exemplo dessas tecnologias é o tratamento com betabloqueadores, medicamentos que mascaram os sinais de medo ou de ansiedade (rubor, suor e tremor), por bloquearem os receptores do sistema nervoso simpático que seriam ativados em ocasiões nas quais sentimos essas emoções. São indicados para pessoas tímidas, cujo temor de se expor em público é antes o de que o seu medo ou a sua ansiedade fiquem aparentes para a audiência. Desse modo, sob o efeito do remédio, que não reduz a ansiedade, mas esconde os seus sinais, o tímido continua ansioso, mas a audiência não percebe e então, indiretamente, ele se acalma e consegue ter um desempenho social melhor².

Outro exemplo é a cirurgia *ETS (endoscopic thoracic sympathectomy)*, traduzida como simpatectomia, também procurada por pessoas tímidas, especificamente por aquelas que ruborizam com facilidade em situações sociais e cujo sintoma não é mascarado com os betabloqueadores. A cirurgia corta partes do nervo simpático que irriga a face e impede, assim, a ruborização². Vale ressaltar que o DSM-IV-TR afirma que a ruborização é um sintoma típico da fobia social²⁴ e que já se usa na literatura psiquiátrica o termo síndrome da máscara vermelha como diagnóstico para essas pessoas.

Em ambos os casos, o que se observa é o uso de uma tecnologia para mascarar a timidez. Numa sociedade em que as pessoas devem ser competentes em uma grande variedade de atividades e situações sociais, e se relacionar de forma natural, descontraída, a dois ou diante de uma audiência, ser tímido é visto com uma condição inadequada. Vê-se aí, mais uma vez, a vulnerabilidade produzida por nossa cultura e, inclusive, relatada pelas próprias pessoas que se submeteram à cirurgia para pararem de ruborizar e poderem frequentar espaços sociais mais despreocupadas². A tecnologia tem aqui o papel de elevador de autoestima e facilitador de relações sociais, funcionando também como remédio contra o sofrimento e a doença mental, já que timidez tornou-se uma condição patológica.

Considerações finais

Ao longo do artigo, defendemos o argumento de que houve em nossa cultura terapêutica uma reformulação das relações entre normal e patológico, de modo que as subjetividades são vistas como mais vulneráveis, e há uma gama cada vez mais extensa de eventos que são vistos como provocadores de sofrimento e traumatizantes. Todo sofrimento, por sua vez, denuncia que pode haver doença mental e merece cuidado por isso. Já a saúde mental, tomada como um ideal, pressupõe um estado de completo bem-estar, tornando a normalidade praticamente inalcançável e o cuidado, crônico, pela vida toda, combinado ao aperfeiçoamento de aspectos subjetivos. Em uma cultura em que esse encadeamento de ideias é tido como verdadeiro e na qual é a partir dele que os indivíduos analisam suas experiências, é compreensível porque cada vez mais pessoas se sentem vulneráveis e se reconhecem como estando doentes.

As definições de felicidade e de bem-estar pleno parecem não se aplicar às experiências da maioria dos indivíduos, entremeadas por perdas e decepções. Assim, os indivíduos na contemporaneidade, ao tentarem se entender, tendem a se considerar cada vez menos saudáveis. A tristeza sentida aparentemente sem motivo, a dificuldade de concentração, o desinteresse ou a falta de energia para atividades cotidianas, a inibição para participar de eventos sociais; tudo o que incomoda pode ser descrito como sofrimento e está previsto nos critérios diagnósticos de alguma doença mental.

No que diz respeito a esses critérios diagnósticos, vimos que as novas normas e a moralidade da atualidade também favoreceram modificações nos próprios conceitos da psiquiatria. Os critérios diagnósticos do DSM-III substituíram a interpretação psicodinâmica do sofrimento por uma baseada em sintomas e marcadores biológicos, desvinculando a doença mental do conflito psíquico e, conseqüentemente, da identidade e da subjetividade do doente. Essa tendência se manteve nos manuais seguintes e se mantém até hoje, corroborada pela progressiva aceitação da interpretação neuroquímica para as doenças mentais e pelo afrouxamento dos seus critérios diagnósticos, que permitem enquadrar em categorias patológicas um número cada vez maior de sofredores.

A mudança nos valores morais afetou não só a maneira como a psiquiatria classifica a subjetividade e o sofrimento, mas também o tratamento que propõe aos novos sofredores. A supervalorização da felicidade, da autenticidade e do prazer parece ter implicado na desvalorização do sofrimento enquanto ocasião de reflexão ou de aprendizado. Nesse sentido, a psiquiatria, além de participar da medicalização da vida social, contribuindo para que mais emoções e comportamentos sejam pensados como patológicos, legitima uma atitude técnica, instrumental, para lidar com o sofrimento.

Por sua vez, as psicoterapias com seus instrumentos de intervenção centrados na palavra, na singularidade da experiência do paciente em estar doente e a sua história vêm perdendo importância no contexto atual no qual o indivíduo que sofre deve ser relançado rapidamente à ação, à performance e ao exercício da autonomia. A leitura do mal-estar toma uma direção funcional, e a etiologia passa a ter aí valor secundário^{28,29}.

Não queremos recusar aqui que todos sofreremos ao longo da vida, mas sustentar que o entendimento dos problemas e questões como condições psiquiátricas passíveis de tratamento medicamentoso é apenas uma entre as muitas formas de compreendê-los. A aposta é a de que, em vez de negatividade a ser superada ou disfunção a ser eliminada, os sofrimentos na contemporaneidade poderiam ser concebidos de outro modo. É isso que propõem a literatura e a poesia, ao convidarem o leitor a se identificar com o autor que sofre, expressar sua dor e repensar sua relação com o mundo, e também a psicanálise, ao possibilitar que o sujeito elabore o sentido de seus sintomas, tente entender os conflitos inconscientes que os produzem e valorize o desejo como condição de reinvenção de si e de sua história.

Referências

1. Ehrenberg A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*. 2004 maio;133-156.
2. Elliott C. *Better than well: American medicine meets the American dream*. Nova York: W. W. Norton & Company; 2003.
3. Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob poche; 2000.
4. Kessler RC, Merikangas KR.; Wang, PS. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:137-58.
5. Foucault M. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007.
6. Foucault M. The subject and power. In: Dreyfus H, Rabinow P. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University Of Chicago Press; 1983. p. 208-226.
7. Veyne P. *Como se escreve a história*. 4. ed. Brasília: UnB; 2008.
8. Foucault M. *Vigiar e punir*. 32. ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
9. Rieff P. *O triunfo da terapêutica*. São Paulo: Brasiliense; 1990.
10. Birman J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.
11. Bauman Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
12. Furedi F. *Therapy culture: cultivating vulnerability in an uncertain age*. London: Routledge; 2004.
13. Ehrenberg A. D'oedipe à Narcisse: la crise de la self-reliance. In: Ehrenberg A. *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob; 2010. p. 101-142.
14. Taylor C. *The ethics of authenticity*. 9. ed. Cambridge (Ma): Harvard University Press; 2000.
15. Rechtman R. Être victime: généalogie d'une condition clinique. *Évol Psychiatr*. 2002 Oct-Dec ; 67(1):775-95.
16. Rechtman R. Du traumatisme à la victime: une construction psychiatrique de l'intolérable. In: Fassin D, Bourdelais P, organisateurs. *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris: La Découverte; 2005. p. 165-196.
17. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
18. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
19. Bezerra Jr. B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: Freire Filho J, organizador. *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2010. p. 117-134.
20. Bezerra Júnior B. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: Almeida MIM, Neves SC. *Por que não? rupturas e continuidades da contracultura*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2007. p. 129-154.
21. Young A. The DSM-III revolution. In: Young A. *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press; 1995. p. 89-117.
22. Rose N. *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. New Jersey: Princeton University Press; 2006.
23. Hammen C. Stress and depression. *Ann Rev Clin Psychol*. 2005;1:203-19.
24. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR*. Arlington: APA; 2000.
25. Kirmayer L. Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcult Psychiatry*. 2006 Mar;43(1):126-44.
26. Martin E. *Bipolar expeditions: mania and depression in american culture*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
27. Kramer P. *Ouvindo o Prozac*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.
28. Birman J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
29. Birman J. Muitas felicidades?! O imperativo de ser feliz na contemporaneidade. In: Freire Filho J, organizador. *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2010. p. 27-47.