

Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização

Mariana Ferreira Pombo^I

Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização

RESUMO

Este artigo pretende analisar como se deu o processo de medicalização do sofrimento no século XIX e o que mudou na passagem à contemporaneidade. Inicialmente, será descrita a função da psiquiatria moderna de normalizar desvios e corrigir o "doente mental" "perigoso". Veremos as variações na percepção social da loucura, desde o século XV até o XIX, quando foi classificada como doença mental. Nessa época, o diagnóstico estigmatizava o paciente e gerava angústia, porque a doença mental estava ligada a moralidade e desejo. Em seguida, veremos que a medicalização de emoções e comportamentos ocorrida a partir da reforma psiquiátrica no final dos anos 1970 é bastante diferente da medicalização do século XIX. Ela contribui para a desestigmatização da doença mental e para a modificação da função do diagnóstico, que reconhece e legitima um sofrimento. Como já não define anormalidade, e sim uma condição normal, é mesmo reivindicado pelo sujeito, que adquire papel ativo no cuidado de sua doença.

Palavras-chave: Doença mental; Medicalização do sofrimento; Psiquiatria; Diagnóstico.

From refusal to diagnosis demand: new arrangements of medicalization

ABSTRACT

This paper intends to analyze how medicalization of suffering occurred in the 19th century and what changed in the passage to the contemporaneity. Initially, it is described the function of modern psychiatry to normalize deviations and correct the "dangerous" "mentally ill". We will see the variations on social perception of insanity since the 15th century until the 19th, when it was classified as mental illness. At this time, the diagnosis stigmatized the patient and caused anguish, because the mental illness was connected to morality and desire. Then, we see that medicalization of emotions and behaviors that occurred after psychiatric reform is different from medicalization in the 19th century. It contributes for destigmatization of mental illness and for a change of the diagnosis function, which recognizes a suffering. As it does not define an abnormality, but instead a normal condition, it is even claimed by the subject, who takes active role in the care of his disease.

Keywords: Mental illness; Medicalization of suffering; Psychiatry; Diagnosis.

Del rechazo a la demanda de diagnóstico: nuevas configuraciones de la medicalización

RESUMEN

Este artículo pretende analizar cómo se dio el proceso de medicalización del sufrimiento en el siglo XIX y qué ha cambiado en el pasaje a la contemporaneidad. Primeramente, se describirá la función de la psiquiatría moderna de normalizar las desviaciones y corregir al "enfermo mental" "peligroso". Veremos las variaciones en la percepción social de la locura desde el siglo XV hasta el XIX, cuando fue clasificada como una enfermedad mental. En esa época, el diagnóstico estigmatizaba al paciente y generaba angustia, porque la enfermedad mental estaba vinculada a la moralidad y al deseo. Luego veremos que la medicalización de las emociones y comportamientos que ocurrió después de la reforma psiquiátrica de los años 70 es bastante diferente de la medicalización del siglo XIX. Ella contribuye para eliminar el estigma de la enfermedad mental y para el cambio de la función del diagnóstico, que reconoce y legitima un sufrimiento. Como ya no define anormalidad, sino una condición normal, es mismo reivindicado por el sujeto, que toma parte activa en el cuidado de su enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad mental; Medicalización del sufrimiento; Psiquiatría; Diagnóstico.

Introdução

Atualmente não é raro abrirmos uma revista ou um site da internet e nos depararmos com uma reportagem ou um teste nos convidando a descobrir se sofremos, ou se alguém próximo a nós sofre, de um transtorno psiquiátrico. O leque de opções é amplo: depressão, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), fobia social, dentre outros.

Chama a atenção em primeiro lugar a facilidade com a qual qualquer um poderia se autodiagnosticar com um transtorno psiquiátrico, seja devido à objetividade dos critérios, seja porque os sintomas descrevem sensações que todos nós experimentamos em alguns momentos da vida (dificuldade de concentração, tristeza pela perda de uma pessoa querida, ansiedade antes de uma apresentação em público etc.). Em segundo que, ao mesmo tempo em que divulga os sintomas de doenças, a mídia abre espaço para psiquiatras dizerem ao leitor como ele deve se tratar, encorajando-os a cuidarem de si.

A medicalização do sofrimento na contemporaneidade, fenômeno que percebemos no dia a dia, como no exemplo da mídia, merece ser estudado, sobretudo porque se mostra muito diferente da medicalização de comportamentos do século XIX, descrita por autores como Michel Foucault e Georges Canguilhem.

É justamente a análise dessas diferenças que este artigo pretende realizar. De modo geral, o argumento a ser desenvolvido é o de que assistimos à passagem de uma psiquiatria normalizadora de "desvios", cujo diagnóstico era muito estigmatizador e angustiante, a uma psiquiatria cuja função passa a ser a de reconhecer socialmente um sofrimento ou uma diferença individual. Também o sujeito que recebe um diagnóstico psiquiátrico perde o rótulo moderno de "perigo a ser corrigido" e ganha o contemporâneo de "sofredor a ser respeitado". É nesse contexto, então, que se torna possível a prática do auto-

diagnóstico e do cuidado de si, que se depreende do exemplo midiático comentado aqui, e da reivindicação de diagnósticos, elemento também novo em nossa cultura.

Psiquiatria moderna e classificação da loucura como doença mental

Em seu livro *Doença mental e psicologia*, Michel Foucault (1962/1994) analisa como a loucura passou a ser classificada no século XIX como uma doença e, mais especificamente, uma doença mental com características particulares, e os efeitos subjetivos que daí resultaram. Até o século XIX, a experiência da loucura no mundo ocidental era bastante polimorfa e a interferência da medicina e das práticas médicas na cura de "loucos", muito restrita. O autor realiza, então, nesse livro um percurso pelos modos de se entender a loucura ao longo dos séculos, para mostrar que a relação entre medicina e loucura não é necessária. Vejamos a seguir esse percurso.

Até o final do século XV, a loucura, ao lado da morte, era temida e permanecia implícita no cenário cultural. A partir do renascimento, no entanto, a loucura se tornou uma experiência cotidiana, bem integrada à sociedade. Era experimentada em estado livre, circulava, fazia parte do cenário e da linguagem comuns. Danças, festas populares, teatro e literatura valorizavam a loucura e eram também produzidos pelos próprios "loucos". Nessa época, os estabelecimentos destinados ao cuidado dos "loucos" eram bastante restritos.

Na segunda metade do século XVII, na idade clássica, teve início a exclusão do "louco" da sociedade em estabelecimentos de internação, os hospitais-gerais, onde também eram confinados inválidos, mendigos, portadores de doenças venéreas, libertinos, etc. O "louco" compunha com eles a categoria dos ociosos, dos incapazes de participar da produção de riquezas no mundo burguês, desviantes em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade.

É importante observar que na idade clássica nem o "louco" era ainda considerado um doente nem os hospitais tinham vocação prioritariamente médica. A proposta da internação não era tratar, e sim excluir da sociedade aqueles que não podiam mais fazer parte dela, uma medida de controle moral e reestruturação do espaço social. Exemplo disso é o trabalho forçado ao qual os internados eram submetidos.

O internamento do "louco" ocorrido no século XVII teve duas consequências fundamentais para a constituição da experiência posterior da loucura (Foucault, 1962/1994). A primeira foi o seu silenciamento: a loucura foi despojada de sua linguagem, impossibilitada de falar de si mesma, pelo menos até Freud, que teria reaberto essa possibilidade com a invenção da psicanálise. A segunda foi a criação de parentescos da loucura com outros grupos excluídos, sobretudo os criminosos, fato que contribuiu para a associação entre a loucura, as culpas morais e sociais, e o perigo.

Prosseguindo na história, chega-se à metade do século XVIII, época da revolução francesa, quando começaram as reivindicações pelo fim do internamento, devido à denúncia política das sequestrações arbitrárias, consideradas opressoras, a uma crítica econômica dos estabelecimentos e da forma tradicional da assistência, e ao pavor popular que essas casas provocavam, vistas como "focos do mal".

A solução proposta pela revolução foi a de retirar os pobres dos hospitais e garantir a eles um tratamento na sua própria casa, mas dar a mesma liberdade aos "loucos" foi considerado um perigo social. Assim, entre o final do século XVIII e o início do XIX, as casas de internamento foram destinadas apenas aos "loucos" e a internação ganhou significação nova: tornou-se medida de caráter médico.

Foucault (1962/1994) critica as transformações pelas quais passaram as práticas de internamento da época, tendo Pinel como reformador importante na França: apesar de haver o fim da repressão física do "louco" e a tentativa de construir para ele um ambiente mais acolhedor no hospital, o "louco" foi submetido a um controle social e moral ininterrupto. Era o tempo todo julgado, vigiado nos seus gestos, e ainda culpabilizado e punido se apresentasse qualquer "desvio" em relação a uma conduta considerada normal. O médico tinha nesse contexto mais uma função de controle ético do que uma intervenção terapêutica; era o "agente das sínteses morais".

O autor dá o exemplo de técnicas de tratamento da loucura utilizadas nos séculos XVII e início do XVIII que foram retomadas com a "reforma" em um contexto repressivo e moral. Os banhos gelados, por exemplo, que anteriormente eram usados com o intuito de refrescar os espíritos, ganharam a função de punir um "louco" que cometesse um erro, como o de "não se arrepender de um delírio".

Outra mudança importante, também perceptível no novo modo de utilização das técnicas de tratamento do "louco", é o fato de que a loucura passou a ser considerada um fenômeno puramente psicológico, que se inscreve na dimensão da interioridade. Antes o tratamento era psicológico e físico ao mesmo tempo. No século XIX, passou a ser apenas psicológico, já que também a loucura recebeu, pela primeira vez na sua história, *status*, estrutura e significação psicológicas.

Foucault (1962/1994) denomina o processo ocorrido no século XIX chamado aqui de "medicalização da loucura" de "psicologização da loucura", e o entende como consequência de operações com as quais ela foi investida, da sua inserção no sistema de valores e repressões morais. Dito de outro modo, só foi possível pensar a loucura como um fenômeno psicológico e então realizar a análise psicológica do "louco" porque houve antes a sua moralização e associação com o erro e a culpa. "Toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a 'filantropia' do século XIX enclausurou-a [a loucura], sob os modos hipócritas de uma 'liberação'" (Foucault, 1962/1994, p. 84).

Desse modo, seguindo Foucault, os diversos aspectos da doença não são formas ontológicas. A história é o único *a priori* concreto das configurações da doença mental. Ele chama a atenção para o fato de que o que houve não foi a descoberta da verdade da loucura, e sim uma construção histórica: "A loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também" (Foucault, 1962/1994, p. 80). Ele denomina de "relatividade do fato mórbido" a ideia de que uma doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal: pessoas que hoje são consideradas doentes em outras épocas seriam classificadas com outros "rótulos".

Além das condições históricas aqui descritas que tornaram possível a medicalização da loucura no século XIX, Foucault (1962/1994) aponta as condições que possibilitaram a emergência de um *homo psychologicus*, isto é, o homem enquanto "espécie psicologizável": na modernidade, a experiência da loucura virou a via de acesso à verdade do homem, solicitando a chamada para si, uma relação consigo mesmo na busca dessa verdade interior.

Em *Doença mental e psicologia*, Foucault (1962/1994) mostra, portanto, que a diferenciação entre "louco" e "não louco" não é dada pela natureza. Ao contrário, o estabelecimento do limiar a partir do qual um indivíduo é considerado "louco" depende de práticas de valorização e desvalorização, aceitação e recusa, integração e exclusão, tolerância e intolerância em relação ao "louco", que variam conforme a cultura e a época. E, a partir do século XIX, perceber a loucura passou a equivaler a reconhecer doença mental. O próprio adjetivo "mental" é contingente, não necessário, já que durante muito tempo toda doença se referia ao homem em sua totalidade e não havia divisão entre patologia orgânica e mental.

Medicalização e efeitos de classificação

Como já se esclareceu, falar de psicologização da loucura é outro modo de nomear a medicalização do sofrimento, expressão bastante utilizada nos dias de hoje, sobretudo quando se denuncia o aumento de diagnósticos psiquiátricos e a expansão do campo de intervenção da psiquiatria. De fato, em *Os anormais*, Foucault (1975/2001) explica que especificamente entre as décadas de 40 e 70 do século XIX houve um grande afrouxamento epistemológico da psiquiatria, que passou a identificar e a tratar sintomas em fenômenos que até então não tinham o estatuto de doença mental.

Temos aqui a definição moderna do conceito de medicalização: por um lado, comportamentos anteriormente pertencentes a outras esferas da sociedade, sobretudo o direito e a religião, e, portanto, tratados por outras instituições, como a justiça e a igreja, passam a ser objeto de intervenção da medicina e, no seu interior, da psiquiatria. Por outro, condutas até então não consideradas problemáticas e passíveis de cuidado pela medicina passam a sê-lo.

Ian Hacking (1995, 2009) é um autor foucaultiano que se dedicou ao estudo do surgimento de novas classificações de doença no século XIX, como o distúrbio da personalidade múltipla, e aos efeitos que essas classificações exercem sobre os indivíduos classificados por elas. Ele desenvolveu o conceito de "invenção de pessoas" ("*making up people*") para defender que novas realidades passam a efetivamente existir no momento em que distinções de comportamentos são feitas e nomeadas.

Nesse sentido, antes de as classificações de doença serem criadas, certos tipos de doentes não estavam na natureza à espera da descoberta científica. Não podemos interpretar, por exemplo, um comportamento observado antes da criação da síndrome da personalidade múltipla como seu sintoma, mesmo que apresente semelhanças, como o de alguém descrito pelos textos religiosos como estando "possuído", porque na época "não existia tal síndrome para a pessoa perturbada exibir ou adotar" (Hacking, 2009, p. 117).

O autor também dá o exemplo de como a divulgação de estatísticas sobre diversas doenças no século XIX fez com que o número de doentes aumentasse e eles próprios se dividissem em grupos específicos segundo os sintomas experimentados. Sua hipótese é a de que as estatísticas, ao inventarem categorias para classificar indivíduos, acabam criando também novas formas de as pessoas serem, porque elas tendem a se encaixar nessas categorias, especialmente se elas são maneiras de os indivíduos se descreverem e proporem sentido e valor ao que sentem e fazem.

Ao se questionar sobre os efeitos dessas novas classificações, Hacking (1995) nos chama a atenção para o fato de que toda classificação é hierárquica, pois separa o que é bom e o que é ruim de ser, e atribui valor negativo ao "desvio"; à classe dos "desviantes", se opõem o comportamento "normal", o desenvolvimento "normal", os sentimentos "normais".

Esse argumento pode ficar mais claro se pensarmos, por exemplo, nas classificações feitas pela psiquiatria moderna na esfera da sexualidade, como bem analisaram Foucault (1976/2013) e Arnold Davidson (2001): no polo da normalidade foi alocada a heterossexualidade com finalidade de procriação e no da anormalidade/patologia, as sexualidades diagnosticadas de "perversas", sem fins reprodutivos, como o sadismo, o masoquismo, o homossexualismo, o fetichismo.

Do fato de a classificação ser hierárquica (ou seja, separar o que é bom/saudável do que é ruim/doentio em termos de comportamentos) resulta, ainda segundo Hacking (1995), que toda classificação traz implicitamente uma dimensão de desejo, porque por um lado os indivíduos de modo geral quererão pertencer ao polo da normalidade, do que é moralmente valorizado, se esforçarão para isso inclusive e, por outro, se preocuparão com

a potencial proximidade em relação à categoria definida como "ruim" ou "desviante". No exemplo da sexualidade, um indivíduo com desejos homossexuais ou sádicos se angustiaria por se imaginar pertencendo ao polo dos "desviantes" e quereria abafar em si esses desejos para passar a compor o grupo daqueles cuja sexualidade é "normal".

Além disso, uma classificação produzida pode transformar a experiência que cada indivíduo tem de si, seus sentimentos e comportamentos, e, ainda, a maneira como ele é visto e tratado pelo outro. Os exemplos de distúrbio da personalidade múltipla e abuso infantil nos ajudam a compreender melhor essa ideia, pois "distúrbio" e "abuso" trazem consigo juízos de valor e são formas de qualificar os referentes aos quais estão ligados. Como diz Hacking (1995, p. 366), "cerâmica e elétrons polarizados podem ser bons ou ruins, dependendo do que você quer fazer com eles, mas abuso infantil é ruim e múltipla personalidade é uma desordem a ser curada".

O que é fundamental de se compreender aqui, a partir das ideias de Foucault, Davidson e Hacking, é que, em primeiro lugar, experiências, práticas e sofrimentos poderiam ser interpretados de outra maneira que não loucura ou doença, e que isso mudaria completamente o modo de olhar para eles e de tratá-los, assim como o modo de os próprios indivíduos se pensarem.

E, em segundo, que mesmo o diagnóstico psiquiátrico de doença mental pode apresentar conotações diversas e provocar efeitos muito diferentes nos indivíduos diagnosticados dependendo da cultura em que estão inseridos. A seguir, tentaremos entender essas diferenças. Para isso, partiremos da prática psiquiátrica moderna, normalizadora, passaremos pela reforma psiquiátrica na década de 1970 e chegaremos aos dias atuais, quando a psiquiatria biológica e a interpretação neuroquímica do sofrimento ganham hegemonia.

Norma, estigma e angústia

A partir do século XIX, com as reformas hospitalar e da própria medicina, a psiquiatria se configurou como uma das instâncias sociais onde o poder normalizador passou a ser exercido (Canguilhem, 2009). Normalizar significa partir do desvio de comportamento e da vontade de corrigir, e estabelecer a regra, a norma, cuja função é retificar, regularizar, reabsorver a diferença. Nas palavras de Foucault (1975/2001, p. 204), a norma é uma "lei informal", um "princípio de conformidade", "a que se opõem a irregularidade, a desordem, a esquisitice, a excentricidade, o desnivelamento, a discrepância".

Também podemos entender o funcionamento do poder normalizador da psiquiatria a partir da possibilidade não paradoxal de o "anormal" ser logicamente o segundo e existencialmente o primeiro (Canguilhem, 2009): para a norma existir e trazer à existência a categoria do "anormal", é preciso que haja anteriormente a irregularidade. É necessário ainda que haja intenção, projeto normativo, que já desvaloriza qualquer forma de desvio. A partir, então, da existência do "anormal" – ainda sem esse rótulo – e da vontade de normalizar, um regulamento é proposto e as diferenças visíveis e mensuráveis de comportamento, hierarquizadas segundo a polaridade normal-patológico.

A polaridade normal-patológico exprime discriminações de qualidade, ou seja, implica a oposição positivo-negativo e também a permitido-proibido. Desse modo, entendemos o nexos estabelecido entre loucura e perigo pela psiquiatria moderna, como descrito por Foucault (1975/2001): o "louco", figura da qual a psiquiatria propunha cuidar e corrigir, era considerado um indivíduo perigoso para a sociedade. Era alteridade

negativa e simultaneamente perigosa, pois remetia a crimes, a desejos e práticas sexuais proibidos, que nenhum indivíduo normal poderia ter.

Embora considerado perigoso, o "doente mental" na modernidade era visto e tratado como um sujeito que sofria; podemos dizer então que era um "sofredor perigoso". Seu comportamento transgressor acontecia apesar dele mesmo, apesar de suas tentativas de se controlar. Ele era, em última instância, uma vítima de sua própria doença e deveria, por isso, ser curado.

Esse procedimento de cuidar daquilo a que se opõe, ao invés de excluí-lo do real, dá ao poder moderno uma forma pastoral (Foucault, 1983, 1975/2001). A norma, ao postular que alguém é anormal, pressupõe a crença na cura e no dever de curar. O poder pastoral se apresenta como piedoso: ao mesmo tempo em que sabe o que é bom para os indivíduos, se coloca na posição de seu salvador. Ou seja, produz o perigo e o internaliza nos indivíduos, criando a necessidade de serem salvos, e simultaneamente se apresenta como quem pode salvá-los. Se for necessário punir, a punição terá também a forma de uma cura.

O sentido do diagnóstico psiquiátrico na modernidade era, portanto, normalizar, corrigir, salvar os indivíduos que apresentassem "desvios" de comportamento. A consequência dessa psiquiatria normalizadora é a emergência de doentes mentais fortemente estigmatizados, por si mesmos e pelos outros, e angustiados devido ao diagnóstico de anormalidade recebido.

Havia estigma e angústia porque a própria classificação de comportamentos segundo a polaridade normal-patológico separava os homens também entre "normais" e "anormais", sendo estes aqueles cujo comportamento desviava da regra e deveria ser corrigido (Foucault, 1975/1987). Simultaneamente, promovia a internalização da divisão social, favorecendo que cada indivíduo se inquietasse com sua potencial "anormalidade" e se esforçasse para pertencer ao grupo dos "normais", como vimos no exemplo da sexualidade. Essa preocupação de cada pessoa com seus desejos íntimos, aos quais ninguém teria acesso, existia porque a norma garantia que cada pessoa, ao olhar para si e julgar seus atos e pensamentos, o fizesse com os olhos de um outro, o que gerava culpa e angústia.

Desse modo, na modernidade, idade da vigilância e da ortopedia moral e social (Foucault, 1975/1987), a doença mental tinha ligação direta com a moralidade e a alteridade e, portanto, com o conflito de cada indivíduo entre desejos singulares e o ideal de normalidade internalizado. O estigma do "doente mental" assustava e angustiava a todos, evocados pelo poder normalizador como "loucos" em potencial – em todo homem são, haveria um resto de loucura, contra o qual seria preciso lutar.

Além de médica, por cuidar da doença mental, a função da psiquiatria era simultaneamente social, pois, enquanto poder normalizador a corrigir a loucura, estava fazendo o controle social e contribuindo para o bem-estar social. Daí decorrem outras duas características dessa psiquiatria: o objeto principal do qual se ocupava não era o sofrimento psíquico em si, e sim o "desvio" (e o perigo associado a ele); e a sua forma de intervenção e de tratamento requeria, conseqüentemente, a vigilância e o encarceramento dos "loucos". Havia mesmo todo um aparato institucional de poder para cuidar do "anormal".

No que diz respeito ao tratamento e à internação dos "loucos", um ponto fundamental era a real necessidade da figura do médico, não só para cuidar da saúde dos indivíduos e ser capaz de curá-los, mas, principalmente, para lhes dizer do que sofriam. Interpretação do relato do paciente, diagnóstico da doença, reconhecimento da loucura, decisão sobre a necessidade de internação: todas essas eram funções exclusivas do psiquiatra e não demandavam o consentimento do paciente. A autori-

dade médica era a única detentora do saber sobre a doença na cultura moderna, ao contrário de hoje, quando se frisa tanto a autonomia do paciente no tratamento de sua doença (Ehrenberg, 2000), como veremos mais adiante.

Reforma psiquiátrica e desestigmatização da doença mental

No final dos anos 1960, a psiquiatria entrou em uma crise na qual foi posta em questão a sua confiabilidade. Além de na época dar-se pouca ênfase ao diagnóstico, os critérios para a sua elaboração variavam muito conforme a orientação teórica do médico e de um país a outro. Adicionalmente a motivos internos, movimentos externos à psiquiatria passaram a criticá-la, como o dos militantes pelos direitos dos homossexuais, que reivindicavam a retirada da homossexualidade do grupo de doenças mentais do DSM-II (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*) (Bezerra, 2007).

A publicação do DSM-III, em 1980, impulsionou a revolução da psiquiatria, junto com outros três fatores (Bezerra, 2007, 2010): o surgimento dos primeiros psicofármacos na década de 1950; o ultrapassamento do hospital enquanto lugar privilegiado da prática psiquiátrica, rompendo com a tradição de mais de 150 anos iniciada por Pinel no final do século XVIII; e o desenvolvimento das neurociências a partir da década de 1980.

Essa publicação é, segundo Bezerra (2010), a marca da virada da psiquiatria em direção ao modelo biológico de interpretação do sofrimento, porque o manual promoveu uma mudança de paradigma na organização dos diagnósticos psiquiátricos, substituindo a psicopatologia dinâmica e fenomenológica por uma descritiva e atórica, baseada em sinais facilmente reconhecíveis. A proposta de se criar um sistema classificatório atórico é expressa no próprio texto introdutório do DMS-III, no qual seus organizadores afirmam que pretendem construir “um modo de falar sobre doenças mentais que não é particular a orientação teórica alguma, porque é baseado em traços – comportamentos visíveis, marcadores bioquímicos, déficits cognitivos, e daí em diante – que devem ser visíveis a qualquer observador competente” (American Psychiatric Association, 1980 como citado em Young, 1995, p. 94).

Desse modo, como também fica claro nessa introdução do manual, ao priorizar traços visíveis a qualquer observador competente, o manual retirou o peso até então atribuído aos processos intrapsíquicos na interpretação da doença mental. No lugar de noções nosológicas fortes, como neurose e psicose, foi erigido um sistema de classificação sindrômico, isto é, baseado em sinais e sintomas facilmente reconhecíveis. É por isso que Bezerra (2010) afirma, e concordo com ele, que, nessa mudança de critérios diagnósticos, a vida subjetiva perdeu espaço para as disfunções comportamentais.

Além dessa mudança na organização dos diagnósticos, o DSM-III contribuiu para a desestigmatização da doença mental, objetivo da reforma psiquiátrica como um todo, deixando para trás a função de medicalização de “desvios” e a participação no controle social (Rechtman, 2002, 2005). A própria denominação “doente mental”, tida como estigmatizante, foi substituída por outras que reduziriam o peso da responsabilidade do sujeito por sua doença, como “usuário” (de serviços de saúde mental) e “portador” (de um transtorno psíquico).

A reforma marcou o posicionamento do saber psiquiátrico ao lado dos movimentos de minorias e de grupos sociais, o que ficou claro em dois acontecimentos principais. O primeiro foi a retirada da homossexualidade do grupo das patologias mentais, simbolizando o fim da medicalização de diferenças de comportamento, até então alvos de discriminação. O segundo foi a criação da categoria de transtorno de estresse

pós-traumático (TEPT), incluída no DSM-III em 1980, representando o novo papel da psiquiatria de dar às vítimas de trauma o estatuto jurídico e social merecido.

A criação do TEPT esteve intimamente ligada às demandas de movimentos e de manifestações sociais, tanto dos ex-soldados da Guerra do Vietnã, como dos psiquiatras e da mídia norte-americana, que denunciavam as dificuldades desses indivíduos de se reintegrarem à sociedade, seus comportamentos autodestrutivos, como o uso de drogas e o alcoolismo, e as tentativas recorrentes de suicídio (Rechtman, 2002; Young, 1995). Ao receberem o diagnóstico de TEPT, esses ex-soldados se livram da imagem desfavorável de covardes e de criminosos de guerra, e conquistam a de vítimas.

A ressonância entre os conceitos psiquiátricos e as reivindicações dos movimentos sociais e de minorias colocou a psiquiatria na posição de autenticar o sofrimento psíquico de indivíduos até então estigmatizados pela sociedade. Também o movimento feminista reivindicou outro olhar sobre o trauma de mulheres. A sua reclamação era a de que a interpretação psicanalítica do trauma – ao dizer que os sintomas das mulheres eram histéricos, associados a fantasias infantis recalcadas, e não causados por um abuso sexual real – negava o seu passado traumático, o seu sofrimento e a sua condição de vítima (Rechtman, 2005). A psiquiatria deveria, portanto, requalificar a palavra dessas mulheres, denunciando o trauma real e legitimando o seu sofrimento.

Nos dois casos, o sujeito que adoece, que é uma vítima, tem uma espécie de inocência moral (Rechtman, 2002, 2005): como a exposição a uma situação extrema causou danos psicológicos, a doença não está ligada a sua identidade ou desejo, como estava na modernidade. O diagnóstico psiquiátrico retira a responsabilidade moral pelo seu trauma, já que ele é consequência de situações-limite ou condições de vida inaceitáveis. No caso dos ex-combatentes do Vietnã com TEPT, por exemplo, foram nomeados culpados pelo seu sofrimento os inimigos de guerra e o Estado, que os obrigou a participar de uma guerra humilhante (Young, 1995).

Para grande parte das doenças mentais, pode ser observado um movimento recente de rompimento da associação entre desvio e perigo, doença mental e o socialmente proibido, que também contribui para a sua desestigmatização. Enquanto o “louco” era pensado pela psiquiatria e pela sociedade modernas como um ser que está perturbado e que simultaneamente perturba, um “sofredor perigoso”, enfatiza-se hoje que o sujeito diagnosticado com uma doença mental é alguém que só sofre. As exceções de desrazão perigosa são justamente aqueles cuja doença provoca sofrimento ao outro, como transtorno de personalidade antissocial e pedofilia.

Um exemplo da transformação da desrazão perigosa em doença mental sem perigo e sem estigma, e até com certo valor, é a conotação positiva atribuída recentemente à mania, uma das fases do transtorno bipolar (Martin, 2000, 2007). Enquanto no início do século passado a doença estava associada a um tipo assustador de insanidade, ao descontrole e à autodestruição, e causava medo, atualmente os indivíduos maníacos são vistos como talentosos e criativos, devido a características atribuídas à própria doença, como energia, rapidez, flexibilidade de pensamento, coragem para correr riscos. Para certas profissões, inclusive, como as em grandes empresas e na área de negócios, o “maníaco” seria o empregado ideal, modelo de alta performance.

Tampouco o poder tem hoje a intenção de salvar, como tinha o pastoral, na modernidade. Vivemos em uma cultura do individualismo, na qual o princípio do não-dano, proposto por John Stuart Mill (citado em Taylor, 1992/2000), é totalmente aceito: ninguém tem o direito de interferir nas escolhas de vida de um indivíduo para o seu próprio bem a não ser que seja para prevenir prejuízos que elas causariam a outras

peessoas. Todos devem poder fazer escolhas individuais, sem serem criticados por seus valores ou preferências.

E a tolerância à neurodiversidade é uma das formas de o reconhecimento e o respeito à diferença aparecerem enquanto novos valores morais hoje, quando a normalidade é marcada pelo pluralismo de valores e estilos de vida (Ehrenberg, 2004a; Taylor, 1992/2000). Enquanto na modernidade a estranheza era vista como anormal e lamentável, e o futuro, como lugar de homogeneização, na pós-modernidade a diferença passa a ser considerada boa e desejável, algo que necessita de proteção e mesmo de cultivo (Bauman, 1998).

É nesse contexto que a psiquiatria realiza a sua reforma a partir da década de 1970. O diagnóstico deve garantir, então, não a exclusão, mas o reconhecimento social da diferença individual. Em vez de atribuir “etiqueta pejorativa”, o diagnóstico fornece um “certificado paradoxal de normalidade” (Rechtman, 2002), porque o próprio estado patológico passa a ser considerado um estado normal. A função do diagnóstico na atualidade, ao afirmar que há doença, é legitimar o sofrimento e a luta do indivíduo por direitos.

Reivindicação do diagnóstico

Há, inclusive, uma tendência crescente de o próprio doente reivindicar o diagnóstico médico, justamente porque ele denuncia condições de vida intoleráveis e reconhece o seu sofrimento. Ao contrário de antes, o indivíduo diagnosticado pela psiquiatria é também cidadão na nossa sociedade e o diagnóstico pode legitimar suas práticas e comportamentos. É o caso de um motorista de ônibus escolar na Pensilvânia, que se vestia com roupas e acessórios femininos e, quando repreendido pelos pais das crianças, respondia que tinha o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (Rosenberg, 2002).

Esse exemplo é interessante, porque, em primeiro lugar, mostra como o diagnóstico garante direitos, no caso de o motorista ter desejos e preferências legítimos e o de poder expressá-los sem risco de ser socialmente discriminado. Em segundo, indica que o tratamento mudou: enquanto o paciente moderno deveria ser curado para conseguir dominar os desejos incompatíveis com as normas morais vigentes (lembramos novamente o exemplo da homossexualidade), o sujeito contemporâneo não deve ser curado no sentido de abafar o que há nele de diferente. A incompatibilidade entre desejo e moralidade tende a se relativizar. Desse modo, a diferença, no caso do motorista o desejo de ser ou ao menos se vestir como uma mulher, deve ser reconhecida.

Se o diagnóstico reconhece sofrimento e garante direitos, o inverso também acontece: recusar o diagnóstico a um paciente que diz sofrer equivale a negar o seu sofrimento e privar-lhe de direitos. Atualmente já existem grupos de pacientes que se organizam para reivindicar o diagnóstico médico de doenças até então não reconhecidas pela psiquiatria; trata-se das “doenças incertas” ou as “doenças que você deve lutar para ter” (Dumit, 2006).

Um exemplo é a síndrome da fadiga crônica. Indivíduos que se reconhecem como merecedores desse diagnóstico se organizam e tentam provar que estão sofrendo e, portanto, doentes. Os depoimentos dos “fatigados” são bastante elucidativos da queixa de que, ao negar-lhes o diagnóstico, os médicos estão dizendo que a sua forma específica de sofrimento não é legítima, o que contribui para que sejam vistos como “fingidores”. Eis um deles: “Meus amigos e minha família me viam muito doente e sabiam que eu estava doente, mas, como os médicos não chegaram a um nome, eles diziam ‘talvez isso seja coisa da sua cabeça’ ou ‘Se os médicos não conseguem encontrar nada, isso não pode ser tão grave’” (Dumit, 2006, p. 579).

A recusa de diagnóstico de doenças mentais é tão problemática atualmente que já se ensinam em sites da internet dicas – muitas vezes propostas a partir da leitura do DSM – sobre como se comportar, o que falar e como se vestir na primeira consulta ao psiquiatra ou em audiência com o juiz. Uma delas, por exemplo, para alguém que não quer ser rotulado como IAIYH (*It's all in your head*), é não enumerar uma quantidade muito grande de sintomas. Segundo o site, quanto maior o número de reclamações do paciente, mais provável será o médico pensar que se trata de algo meramente psicológico. Vestir-se bem também é algo que atrapalha a obtenção de alguns diagnósticos, como o de depressão, porque não prestar atenção à aparência está entre os critérios diagnósticos dessa doença (Dumit, 2006).

Segundo Dumit, a síndrome da fadiga crônica tem um nome, mas faltam critérios consensuais ou evidências objetivas, como marcadores biológicos, que permitam defini-la. Somente o relato do sofrimento dos pacientes não parece ser suficiente nesse caso para a obtenção do diagnóstico. De fato, é comum atualmente que a luta pelo reconhecimento da doença mental venha acompanhada pelo desejo de ela ser legitimada como tendo uma causa biológica. Talvez porque a biologização da doença mental provoque o afastamento subjetivo do doente em relação a ela e o desresponsabilize: vinculado ao cérebro, o transtorno não teria ligação com identidade e não denunciaria falha moral. O indivíduo poderia dizer que tem uma doença, em vez de que é um doente (Ortega, 2008).

Rosenberg (2002), no entanto, chama a atenção para o fato de que, enquanto para alguns o diagnóstico garante certa equidade social, para outros o termo doença mental tem ainda peso de estigma; nesse caso, a demanda dos ativistas é por reconhecimento de diferença ou deficiência (*handicap*). É o caso dos *Aspergers* (autistas de alto desempenho), que reivindicam o reconhecimento de uma diferença de estilo cognitivo, de uma maneira única de existir e ver o mundo, e demandam a tolerância dos “neurotípicos” (Ehrenberg, 2004b; Bezerra & Ortega, 2008; Ortega, 2008). Também há movimentos de obesos e anoréxicos, que defendem que obesidade e anorexia não são doenças, e sim estilos de vida diferentes (Conrad, 2007).

Apesar de alguns grupos reivindicarem o diagnóstico e outros, ao contrário, o recusarem e, inclusive, muitas vezes demandarem a sua retirada dos manuais psiquiátricos, a meu ver não há aí um paradoxo. Entendo que, quando estão em questão modos de se comportar, preferências ou estilos de vida, como é o caso de homossexualidade, obesidade, anorexia e mesmo autismo, a psiquiatria, ao afirmar que se trata de doenças, está sendo preconceituosa, por não reconhecer o tão importante direito à diferença desses indivíduos. Eles não se dizem sofredores; ao contrário, escolheram viver de determinada maneira (o autismo seria exceção em termos de “escolha”), gostam de ser assim e não querem que a sua condição seja medicada ou curada.

Por outro lado, quando o que está em jogo é um sofrimento, uma condição que o indivíduo tem, mas não gostaria de ter, o diagnóstico parece ter papel diferente. É o caso da depressão, do TEPT e da síndrome da fadiga crônica. Nas três doenças, há sintomas dolorosos e incapacitantes. O diagnóstico é uma forma de o indivíduo ter o seu sofrimento reconhecido, além de possibilitar o seu acesso aos serviços de assistência médica, aos medicamentos e, então, à cura, que é desejada.

Mas, ainda aqui, vemos que a cura é diferente daquela pensada para o “doente mental” na sociedade moderna. Talvez porque nessas definições psiquiátricas de doença não está em jogo a busca da verdade do sujeito, algo que defina sua individualidade, a cura não consiste em corrigir um “desvio”, uma “anormalidade”, ou em aumentar o controle do sujeito sobre desejos socialmente problemáticos; implica, pelo contrário, em corrigir sintomas, déficits, que atrapalham a vida do paciente, mas não parecem defini-lo moralmente.

O diagnóstico também traz, assim, reconhecimento social e desestigmatiza, justamente por tirar de cena a moralidade: um indivíduo com TEPT não é covarde ou frágil, e sim uma vítima de acontecimentos traumáticos; o deprimido e o fatigado não são preguiçosos, mas têm uma doença que dificulta e mesmo inibe a ação e a iniciativa. Como estar doente é normal, o diagnóstico garante o já citado “certificado paradoxal de normalidade”. Inversamente, dizer ao paciente que os sintomas que relata não constituem uma doença equivale a afirmar que a sua forma de sofrimento não é legítima, ou que não é mesmo sofrimento. Se possuir uma doença hoje é pertencer à “normalidade”, o excluído é aquele que sofre de uma condição sem nome.

O exemplo do motorista com diagnóstico de transtorno de identidade de gênero não se enquadra nos dois grupos anteriores. Trata-se de uma diferença que provoca desconforto ao sujeito e o faz sofrer, diferença que ele quis que fosse reconhecida por meio do diagnóstico psiquiátrico, como as do segundo grupo. Ao contrário delas, não demanda a cura pela medicina, embora muitas vezes o diagnóstico seja necessário para se ter acesso a intervenções médicas para mudança de sexo.

Temos aqui a psiquiatria medicalizando uma diferença de comportamento sem ser preconceituosa, ao contrário do caso da homossexualidade, que era entendida como um “desvio” passível de correção e cura. Uma hipótese que podemos considerar é a de que esse motorista da Pensilvânia precisou do diagnóstico para legitimar cientificamente sua identificação com o gênero oposto e seu desejo de se vestir e se comportar como ele, por viver em uma sociedade ainda muito preconceituosa na qual ele, sem o diagnóstico, seria vítima de atitudes ainda mais discriminatórias. A aposta, porém, é a de que no futuro também esse transtorno será retirado dos manuais, devido à pressão de grupos, como os *queers* e os transexuais, que vêm lutando pela despatologização da transexualidade e pelo reconhecimento das múltiplas diferenças, da pluralidade de desejos e práticas sexuais.

Participação ativa do paciente

Segundo Bezerra (2009), a psiquiatria deixou de ser só dos psiquiatras já na ocasião de elaboração do DSM-III, quando, devido à pressão de militantes dos direitos homossexuais, a retirada da categoria de homossexualidade do manual foi decidida por votação do comitê do manual. Desde então, a formulação e a revisão de diagnósticos passaram a ser fortemente influenciadas por um número crescente de atores externos à psiquiatria.

Também faz parte da nova participação do paciente no processo de medicalização a prática do autodiagnóstico, que torna comum, inclusive, que ele chegue ao consultório do psiquiatra já se rotulando como doente de um certo tipo. E aqui a mídia tem participação importante, ao divulgar sintomas de doenças e fornecer ferramentas para que o leitor verifique se está ou não doente. Os sites na internet de grupos de apoio e de auto-organização de pacientes, que muitas vezes contam com o patrocínio de empresas farmacêuticas, também parecem contribuir para o autodiagnóstico. Eles disponibilizam informações detalhadas sobre as diversas doenças mentais, dadas inclusive pelos próprios doentes, testes e os remédios disponíveis no mercado para tratá-las (Conrad, 2007).

Além de estar envolvido na medicalização por reivindicar ou recusar diagnósticos, e inclusive se autodiagnosticar, o paciente tem hoje papel ativo no cuidado de sua doença e na concordância com as decisões médicas. “Medicalização não é mais entendida como colaboração nefasta de experts e autoridade do Estado imposta de cima, mas um processo por meio do qual preceitos médicos e de saúde foram incorporados aos indivíduos, que assumem essa responsabilidade por si mesmos” (Nye, 2003, p. 117).

Vemos aqui mais uma diferença entre a prática psiquiátrica contemporânea e a moderna. Antes era o médico quem intervinha na vida do paciente, muitas vezes contra a sua vontade, em nome de uma verdade higiênica ou em defesa da saúde de todo o corpo social. Os indivíduos considerados perigosos deviam ter seus direitos restringidos em prol do bem comum (Nye, 2003). Já na atualidade cada indivíduo é requisitado a ter responsabilidade por sua saúde e a cuidar de si.

A própria internação do "doente mental" na sociedade moderna, que dependia de ordem médica e frequentemente acontecia contra a vontade do paciente, é substituída pela necessidade de os procedimentos médicos hoje receberem o consentimento do paciente e serem, em muitos casos, inclusive aprendidos e realizados por ele (Ehrenberg, 2000, 2004a). Ao contrário da psiquiatria moderna, que propunha normalizar o "desviante" e, dessa forma, melhorar a sociedade, a psiquiatria atual ensina os meios para que cada indivíduo cuide do seu sofrimento; não há solução coletiva como antes.

Há inclusive a aposta da própria psiquiatria em um paciente que seja autônomo, capaz de reconhecer e autogerir seus sintomas, e assumir um papel ativo no processo de cura da sua doença. É por esse motivo que Ehrenberg (2000) chama de "diabético mental" o deprimido capaz de reconhecer sozinho os sinais de reincidência da depressão e recomeçar a tomar os remédios.

Conclusão

Pela leitura comparativa sobre a prática psiquiátrica do século XIX e a da contemporaneidade, é possível afirmar que o próprio conceito de medicalização mudou. Embora ainda possa significar que comportamentos migram de outros âmbitos sociais para a tutela da medicina e, principalmente, que condutas até então consideradas normais são redefinidas como patológicas, o processo de medicalização atual pressupõe funções bastante diferentes para o psiquiatra, o diagnóstico, o paciente e até mesmo a cura.

Pode-se perceber, a partir do que foi exposto aqui e dos exemplos escolhidos, que os indivíduos hoje se posicionam de maneira ativa em relação ao processo de medicalização, seja reivindicando diagnósticos, contestando seus limites e justificativas, seja participando das decisões médicas e do cuidado de si.

A psiquiatria está diminuindo a participação no controle social, pensado como normalização e homogeneização de desvios para o bem da sociedade. A própria noção de desvio, e também a de anormalidade, perde a pertinência quando o direito à diferença e a autenticidade se configuram como valores morais importantes. O objeto do qual a psiquiatria se ocupa é o sofrimento psíquico, que, por sua vez, se desarticula da identidade do sujeito, sobretudo devido à desvalorização da interpretação psicodinâmica das doenças e à tendência à sua biologização. Também o nexos entre doença mental e perigo vem se desfazendo: em vez de "sofredor perigoso", o sujeito que recebe um diagnóstico psiquiátrico hoje é só sofredor.

Isso não significa que a psiquiatria e outros agentes que participam do processo de medicalização hoje – como as indústrias farmacêuticas com suas campanhas de medicamentos e a mídia ao divulgar listas de sintomas e testes para os leitores "verificarem" se estão doentes – tenham perdido legitimidade ou diminuído a influência que exercem sobre os indivíduos na contemporaneidade. O que se tentou defender aqui é que a produção de subjetividade acontece de outros modos hoje. Não se trata mais de atribuir estigma e corrigir diferenças de comportamento. Trata-se de mostrar e até mesmo "ensinar" ao sujeito que alguns traços seus podem ser signo de uma doença, e que isso é "normal". Além disso, nota-se também uma tendência de a psiquiatria bio-

lógica e a própria mídia legitimarem o tratamento medicamentoso como o mais eficaz aos males psíquicos, tratando o sofrimento contemporâneo como um consumidor potencial da enorme gama de psicofármacos disponível no mercado – tendência coadunada com a visão da psiquiatria biológica de que o sofrimento tem causa química.

Além disso, como nessa visão o sofrimento se inscreve no cérebro e não remete a desejo ou moralidade, o diagnóstico tende a não mais estigmatizar nem excluir; ao contrário, ele autentica cientificamente o sofrimento e os direitos do sofrido, ao mesmo tempo em que ratifica a ideia de que estar doente é normal. Na modernidade, o diagnóstico de doença mental estigmatizava e não ser diagnosticado como um doente de certo tipo diminuía o sofrimento do indivíduo, por reduzir a culpa e a angústia em relação à possibilidade de ser “desviante”. Já hoje ocorre o inverso: o diagnóstico reconhece um sofrimento e sua recusa é então sentida como desconsideração de certos tipos de sofrimento, faz sofrer ainda mais e legitima o preconceito. Não é à toa, então, que cada vez mais indivíduos reivindicam e se empenham em “conquistar” um diagnóstico da psiquiatria, e buscam ainda remédios para diminuir seu sofrimento.

Referências

- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bezerra, Jr., B. (2007). Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In M. I. M. Almeida, & S. C. Neves (Orgs.), *Por que não? Rupturas e continuidades da contracultura* (pp. 129–154). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Bezerra, Jr., B. (2009). Retraimento da autonomia e patologia da ação: a distímia como sintoma social. In I. Neutzling, M. C. Bingemer, & E. Yunes (Orgs.), *O futuro da autonomia: uma sociedade de indivíduos?* (pp. 35–51). Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio.
- Bezerra, Jr., B. (2010). A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In J. Freire Filho (Org.), *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade* (pp. 117–134). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Bezerra, Jr., B.; Ortega, F. (2008). Novas fronteiras da subjetivação. *Viver Mente e Cérebro Especial*, São Paulo, 16(1), 72–75.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Davidson, A. I. (2001) *The emergency of sexuality: Historical epistemology and the formation of concepts*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dumit, J. (2006) Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illness. *Social Science & Medicine*, 62(3), 577–590. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.018>
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob poche.

- Ehrenberg, A. (2004a). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 133–156.
- Ehrenberg, A. (2004b). Entrevistado por M. Botbol. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora : Estudos em Teoria Psicanalítica*, 7(1), 143-153. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982004000100009>
- Ehrenberg, A. (2010). D'Édipe à Narcisse: la crise de la *self-reliance*. In *La société du malaise* (pp. 101–142). Paris: Odile Jacob.
- Foucault, M. (1983). The Subject and Power. In H. Dreyfus, & P. Rabinow, P. (Eds.), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (pp. 208-226). Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir* (32a. ed.). Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1975).
- Foucault, M. (1994). *Doença mental e psicologia* (5a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. (Originalmente publicado em 1962).
- Foucault, M. (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente proferido em 1975).
- Foucault, M. (2013). *História da sexualidade: a vontade de saber* (23a ed., Vol. 1). Rio de Janeiro: Graal. (Originalmente publicado em 1976).
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. In D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–383). New York: Oxford University Press.
- Hacking, I. (2009). *Ontologia Histórica*. Porto Alegre: Unisinos.
- Martin, E. (2000). Mind Body Problems. *American Ethnologist*, 27(3), 569–590. doi: <https://doi.org/10.1525/ae.2000.27.3.569>
- Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton: Princeton University Press.
- Nye, R. (2003). The evolution of the concept of Medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115–129. doi: <https://doi.org/10.1002/jhbs.10108>
- Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, 14(2), 477–509. doi : <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132008000200008>
- Rechtman, R. (2002). Être victime: généalogie d'une condition clinique. *L'Évolution Psychiatrique*, 67(4), pp. 775–795.
- Rechtman, R. (2005). Du traumatisme à la victime: une construction psychiatrique de l'intolérable. In D. Fassin, & P. Bourdelais (Orgs.), *Les constructions de l'intolérable: Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral* (pp. 165–196). Paris: La Découverte.

Rosenberg, C. (2002). The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260.

Taylor, C. (2000). *The ethics of authenticity* (9th ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press. (Originalmente publicado em 1992).

Young, A. (1995). The DSM-III Revolution. In *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder* (pp. 89-117). Princeton: Princeton University Press.

Submetido em: 05/01/2016

Revisão em: 26/12/2016

Aceito em: 05/01/2017

Endereço para correspondência

Mariana Ferreira Pombo
marifpombo@gmail.com

I. Docente. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro. Estado do Rio de Janeiro. Brasil.