

A dimensão psicofarmacológica do sujeito contemporâneo¹

Self farmacológico e vida farmacológica

Cláudia Cristina Antonelli,² Campinas

Resumo: As subjetividades vêm sendo construídas na contemporaneidade diante de fenômenos psicofarmacológicos como o Prozac (a partir dos anos 1980), edificando selves farmacológicas, que em sua constituição buscam o medicamento, sustentados pelo imaginário farmacológico, atual dimensão social ampla e profundamente compartilhada, como descrito por Janis Jenkins. A conjunção de self e imaginário farmacológicos culminaria no que Ballantyne e Ryan denominaram de vida farmacológica. Christopher Bollas avalia que a experiência de colapso psíquico (crise psicótica ou depressiva) medicada, sem atribuição de sentido pelo sujeito através da palavra, produziria o que ele chamou de selves quebrados. É um olhar sobre um recorte dessa dimensão subjetiva complexa atual, composta em alguma proporção de e para o psicofármaco, que a autora tentará apresentar de forma sucinta neste artigo.

Palavras-chave: psicofármaco, medicalização, pharmaceuticalização, subjetividade, self farmacológico

Introdução

Consideremos estes dados:

– Atualmente, numa média mundial, um em cada quatro adultos faz uso de alguma medicação psicotrópica (Frances, 2016).

– Os Estados Unidos representam hoje aproximadamente 50% do consumo mundial de psicotrópicos (Frances, 2016).

1 Artigo parcialmente oriundo de temática pesquisada em doutoramento na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), cujo tema foi apresentado pela autora no 53º Congresso Internacional de Psicanálise, Cartagena das Índias, Colômbia, julho de 2023.

2 Membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Campinas (SBPCamp).

– Crianças, adolescentes e idosos aumentaram seu consumo de psicotrópicos entre 200% e 300% a partir da década de 1990 (Whitaker, 2005, 2010).

– O mal do século, termo com o qual a depressão foi batizada, atingiu o nível mundial de uma epidemia, uma das principais causas de incapacidade e a segunda de afastamento do trabalho (WHO, 2023). Os antidepressivos acompanham os índices. Os casos somam aproximadamente o número da população norte-americana.

– No Brasil, a prevalência de uso de psicotrópicos foi de 25,8% (em relação a outros medicamentos). A classe mais prescrita foi a dos antidepressivos (73%), seguida pelos ansiolíticos benzodiazepínicos (46,8%), ficando os antipsicóticos em penúltimo lugar, com 3,6% (Borges et al., 2015).

– Uma fonte indica que apenas 2% dos psicofármacos atualmente prescritos e consumidos seriam apropriados; 98% seriam excessivos (Whitaker, 2005, 2010).³

A medicalização e a pharmaceuticalização

Buscarei veicular uma compreensão sucinta construída a partir de aspectos de uma dimensão subjetiva específica, protagonista num complexo contexto contemporâneo descrito como pharmaceuticalizado (Carvalho, 2017; Meneu, 2018), em diálogo com autores que sustentam um debate crítico do assunto, cuja representação máxima se dá pela expressiva venda de psicofármacos na atualidade (Abraham, 2010; Clarke et al., 2010; Frances, 2016; Lupton, 1997; Rose, 2007, 2019).

Com a chegada do psicofármaco ao Ocidente em 1952 – os primeiros psicotrópicos tendo sido os antidepressivos e os ansiolíticos (Carvalho, 2017; Conrad, 2007; Nasario & Silva, 2015) –, concomitantemente à instauração da primeira versão do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), seguiram-se até os dias de hoje números sempre crescentes tanto em venda quanto em variedade de opções psicofarmacológicas disponíveis no mercado (Frances, 2016; Gøtzsche, 2013, 2015; Whitaker, 2005, 2010).

Para nomear e descrever esses fenômenos que atravessam a sociedade há cerca de 70 anos, tem-se utilizado o conceito de medicalização (Caponi et al., 2010, 2013; Carvalho, 2017; Zorzaneli et al., 2014)⁴ e, mais recentemente, o de pharmaceuticalização (Carvalho, 2017; Meneu, 2018). Vou descrevê-los brevemente.

3 A necessidade real refere-se principalmente a casos graves de depressão e ansiedade, e também a usos ligados à contenção de crises.

4 Desde os trabalhos iniciais de Barbara Wootton (1897-1988), Thomas Szasz (1920-2012), Ivan Illich (1926-2002) e Irving Zola (1935-1994).

A medicalização é definida como o processo pelo qual problemas humanos até então não considerados médicos passam a ser vistos assim, transformando-se variações humanas, biológicas ou comportamentais em patologias passíveis de diagnóstico (Carvalho, 2017; Conrad, 2007; Zorzaneli et al., 2014). Estudos sobre os processos de medicalização têm recebido bastante atenção desde a segunda metade do século passado, em sequência ao advento da fabricação psicofarmacológica e dos manuais diagnósticos.

Já a farmacêuticalização, conceito mais atual, foi definida por Abraham como “o processo pelo qual as condições corporais, sociais ou comportamentais são tratadas ou *consideradas como necessitando de tratamento medicamentoso*” (2010, p. 604, grifo meu) – acrescento a essa definição as condições afetivas e emocionais. Outra síntese possível do conceito é “a tradução ou transformação das condições e capacidades humanas em oportunidades de intervenção farmacêutica” (p. 604). Isso abre portas para o início da nomeação do problema.

Em suma, e ainda na definição dos conceitos, enquanto a opção pelo tratamento farmacológico e a consequente expansão do uso farmacológico como forma exclusiva de tratamento nomeiam a farmacêuticalização, a preocupação prioritária dos teóricos da medicalização reside sobretudo no aumento da jurisdição médica sobre aspectos da vida anteriormente fora de seu escopo – agora interpretados como problemas de ordem médica (Abraham, 2010; Meneu, 2018).

Ainda que seus processos subjacentes se distingam e mereçam atenção específica, podemos dizer que a área em comum entre ambos os conceitos descritos está na intersecção da consequente expansão farmacológica.

O self farmacológico

Agora, voltemos o olhar não para os fenômenos socioculturais acerca do medicamento, mas para o sujeito inserido neles. Neste artigo, vou utilizar o termo *self* como equivalente a uma dimensão da subjetividade – uma vez que transitaremos por conceitos de autores que se valem desse termo (*self*) com este exato sentido: dimensão da subjetividade – e o próprio conceito de subjetividade tal qual descrito por autores das ciências psicológicas e sociais⁵ (Ballantyne & Ryan, 2021; Ferraz, 2015; Figueiredo, 2002; González Rey, 2003, 2010; Jenkins, 2011; Rose, 2007; entre outros), esclarecendo que a noção de subjetividade, nessa concepção, abarcará não somente o que é próprio ao sujeito – sua psique e seus processos mentais – como também os registros do

5 Autores das ciências humanas descrevem os processos de subjetivação, pelos quais um indivíduo torna-se um sujeito de seu tempo, lugar, contexto histórico e social e de diversas outras esferas, constituintes de sua subjetividade.

que se inscreve em sua relação com o mundo e com os outros, circunscritos em um tempo e lugar.

Assim, diante de alguns fenômenos sociais aqui brevemente apresentados – a entrada do psicofármaco e dos DSMS nas sociedades ocidentais a partir da década de 1950, o aumento das vendas psicofarmacológicas, a medicalização antecedendo a pharmaceuticalização –, destaco agora o sujeito contemporâneo presente nesse enredo, em sua própria dimensão imbricada nessa rede de fatos. Em três importantes trabalhos relativamente recentes – em cada um deles – encontramos um corpo descritivo e conceitual dessa esfera individual, ainda não traduzido para o português: o self farmacológico (*pharmaceutical self*) (Jenkins, 2011), o self quebrado (*broken self*) (Bollas, 2013) e a vida farmacológica (*pharmaceutical life*) (Ballantyne & Ryan, 2021) – ou seja, uma dimensão subjetiva, e muitas vezes inconsciente, embrenhada numa lógica pharmaceuticalizada.

Em Jenkins (2011), descobrimos a proposta de uma compreensão do atual fenômeno da pharmaceuticalização nessa vertente subjetiva: o consumidor do medicamento não o consome passivamente; antes, diz a autora, o busca – o que ela denominou de self farmacológico e self psicofarmacológico (*psychopharmaceutical self*), uma esfera subjetiva específica voltada para o psicofármaco.

Segundo Jenkins, o self farmacológico se define como a dimensão do sujeito contemporâneo que se orienta por e para o medicamento farmacológico, uma espécie de resposta natural a suas inquietações, angústias e dores emocionais. A autora parte destas perguntas:

Como são/estão constituídos culturalmente esses sujeitos transformados pela ingestão regular de drogas psiquiátricas, seja por razões terapêuticas, não terapêuticas ou recreacionais, seja para aliviar o sofrimento ou aumentar a performance, seja dormindo ou acordado? Em que medida isso ocorre, dentro de uma escala nunca antes conhecida? (p. 4)

Jenkins conceitualiza o self farmacológico concomitantemente ao que descreveu como imaginário farmacológico (*pharmaceutical imaginary*), dimensões interdependentes da relação do sujeito com seu “mundo exterior”, orientadas para os potenciais ou possibilidades da vida humana, reciprocamente ligadas e pautadas em alguma dimensão pela psiquiatria vigente, de cunho majoritariamente biológico.

Nesse sentido, o self contemporâneo cada vez mais implicaria não somente estar orientado para o medicamento, mas também ser produzido e regulado por ele.

Em seu questionamento, Jenkins destaca o impacto disso na subjetividade atual, representado em afirmações corriqueiras como “Eu tenho um desequilíbrio bioquímico” e “Meu filho é TDAH”, reiterando-se a lógica (em boa medida alienante) da explicação química da psicofarmacologia – assim como do discurso popular –, pautada pelo que a autora denomina imaginário farmacológico. De forma sumária, cada sujeito, enquanto membro de uma sociedade (médico ou paciente),⁶ procuraria amiúde a cura pelo fármaco – “Lá fora está o que eu preciso”, o remédio, aquilo que remedia –, e em busca do medicamento, um self farmacológico, ambas as faces de uma mesma dinâmica.

De maneira complementar, a autora veicula a hipótese de que somos todos, contemporaneamente, selves farmacológicos – em qual extensão é algo que ainda seria preciso avaliar, uma vez que todos nos encontramos atravessados por dimensões análogas do contexto sociocultural aqui descrito.

Assim, e ainda na esteira da lógica das subjetividades, como consequência desse estado de coisas, os selves psicofarmacológicos viveriam uma peculiar situação: a recuperação sem cura. Ou seja, a eliminação, em alguma medida, dos sintomas (ansiedade, depressão, oscilação de humor), porém sem processo de mudança subjetiva, sem transformação (Bollas, 2013), evidenciando o sujeito em alguma cisão em relação a si mesmo, conforme veremos adiante. Dimensões subjetivas antes em *desordem* passam a ser “ordenadas” por vias farmacológicas, no cume de uma crônica história dos processos da subjetivação humana.

Prótese psicofarmacológica

Berlinck (1997) já havia falado em *falha imunológica psíquica* há mais de 20 anos, ao identificar e descrever uma significativa dificuldade nos processos de luto que observou em sua clínica. Em consonância com outros autores, apontou algum grau de alienação ou delegação de porções subjetivas de si – nesse caso, a um diagnóstico e uma medicação (Kehl, 2009; Villaça, 2015) ou, tal qual nomeou Aguirre, a uma prótese simbólica (Magalhães, 2001).

Aqui, indicamos a prótese simbólica *psicofarmacológica*, em que o medicamento ofertaria ao sujeito, de forma implícita, uma “solução” – algo que ele não teria, como uma prótese, seja para amenizar um desconforto conflitivo da dor psíquica, seja para tamponar esta.⁷

6 Uma pesquisa recente (Moncrieff et al., 2023) mostrou que 80% da população em geral veicularia a hipótese bioquímica para as questões mentais/emocionais.

7 Não me refiro a situações nas quais a contenção medicamentosa pelo psicofármaco é necessária, casos em que o sofrimento psíquico põe o sujeito ou o outro em perigo ou sofrimento insuportável.

Além disso, atravessamos um tempo em que se busca o psicofármaco para aprimorar o funcionamento da “mente normal”, com o conhecido papel do *enhancement*⁸ – outro lado (ou função) da moeda prótese.

A evitação da dor emocional

Autores como Horwitz e Wakefield (2010) questionaram-se: supondo que tivessem sido confirmadas as hipóteses de que os conhecidos fármacos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSS) poderiam influenciar as emoções normais, essas drogas deveriam também ser prescritas a indivíduos que estariam vivenciando a tristeza normal?

Numa linha de pensamento vigente, defende-se que desconfortos moderados deveriam ser tratados com o mesmo vigor que os mais graves, não somente para evitar o aumento de casos graves no futuro (o que é questionável, pois não se sabe como o indivíduo, sem medicação, lidará com o sofrimento no futuro), mas também para evitar consequências como a hospitalização, a incapacitação para o trabalho e tentativas de suicídio – fatores em alguma medida contraditórios com “casos leves ou moderados de tristeza”, inerentes à vida. Por outro lado, toda manobra de evitação via fármaco evitaria, por fim, que o próprio sujeito mobilizasse – construísse, resgatasse – os seus recursos psíquicos, emocionais, relacionais, incluindo a possibilidade de conhecê-los, expandi-los e, ainda, se for o caso, aprimorá-los.

Nessa linha de pensamento e implicações – da evitação –, seus adeptos afirmam que os medicamentos devem ser usados para qualquer forma de sofrimento, seja ele considerado patológico na ordem do DSM ou “dor normal intrínseca aos fatos da vida” – a dor que surgiria, por exemplo, com a morte de um ente querido, com o fim de um relacionamento, com as perdas, interrupções, mudanças e dores próprias do viver. Nessa defesa, não haveria razão – ou um bom motivo – para que as pessoas tolerassem a dor psíquica da tristeza normal, quando existem meios de aliviá-la. Afinal, postulam os autores, nessa visão, “poucos não desejariam que mulheres usassem anestesia para atenuar a dor normal do parto” (Horwitz & Wakefield, 2010, p. 221).

O mesmo argumento prossegue sobre os ISRSS, quando se acredita que podem tornar a vida mais agradável, proporcionar maior controle sobre as emoções e aliviar a dor inevitável da existência humana: as pessoas devem ter o direito de usá-los, mesmo que não tenham nenhum transtorno. Desse ponto de vista, inferimos que o alívio do sofrimento teria maior valor intrínseco do que qualquer custo decorrente da medicação da tristeza “normal”, como a restrição ou a incapacitação dos próprios recursos psíquicos.

8 Definido como o melhoramento de funções físicas ou cognitivas.

O custo parece ser ainda a diminuição geral da tolerância às emoções normais – mesmo que dolorosas –, na proporção da valorização da medicação psicofarmacológica como recurso para controlá-las, aliviá-las e tentativamente “dominá-las”.

Conforme Pereira (2014), o problema não é que se crie um diagnóstico para um remédio (o que já é questionável), mas que se crie uma *mentalidade*, uma *cultura*, para esse modelo.

Self quebrado e vida farmacológica

Sabemos que o colocar-se em questionamento é a abertura inicial para que se estabeleça uma cura.

JOSÉ NAZAR

Num olhar bastante atento ao self do sujeito inserido na conduta e na vivência psicofarmacológicas, Bollas (2013), tendo trabalhado em instituições de saúde mental por muitos anos, discorre sobre sua experiência com pacientes que, ao sofrer uma crise psicótica ou depressiva – o que nomeia de colapso (*breakdown*) – sem fazer dela uma experiência transformadora para si – o que nomeia de ruptura (*breakthrough*) –, se tornavam o que chamou de selves quebrados (*broken selves*).

Em sua compreensão construída a partir de centenas de atendimentos nesse contexto, Bollas afirma que a razão para a crise resultar num self quebrado seria a intervenção psicotrópica *sem construção de sentido*. Embora reconhecendo que a medicação psicotrópica pudesse ajudar a aliviar a situação imediata, diz que a ingestão exclusiva desses medicamentos negaria o sentido ao que acontece com o paciente, de-formando sua subjetividade de maneira decisiva. Isso porque a descoberta de razões inconscientes para o colapso e a oportunidade para uma compreensão consciente e tolerante dentro de uma situação humana e terapêutica são, nesse contexto, negadas à pessoa e pela própria pessoa, quando a escolha feita é exclusivamente medicamentosa, como acontece com frequência.

O paciente pode ir regularmente ao médico para uma nova receita e, nesse encontro, falar brevemente com o psiquiatra, mas tudo o que isso faz é *selar o colapso de forma estrutural* enquanto um problema químico/farmacológico, garantindo de modo involuntário sua permanência. (Bollas, 2013, p. 18, grifo meu)

Nessa descrição, a crise não analisada, não vivenciada pelo sujeito e não integrada à sua subjetividade pela experiência analítica/terapêutica pode se

calcificar, permanecendo como algo “estranho” ao próprio sujeito, uma crise que de alguma maneira *se estruturaria em sua subjetividade* (consciente/inconsciente), uma vez que a personalidade *se reformaria* em alguma medida importante em torno de seus efeitos, reorganizando o self de modo a funcionar e sobreviver sob circunstâncias significativamente reduzidas. “Isso anuncia uma existência futura empobrecida” (p. 15).

Nesse sentido, Bollas enfatiza o acompanhamento do paciente pelo trabalho analítico/terapêutico de alta frequência mesmo durante a crise, visando tanto ao acolhimento da dor psíquica quanto à construção do sentido da experiência, determinante para sua subjetividade a partir de então – o que o medicamento, sabemos, não poderá fazer.

O autor estende o conceito de selves quebrados a um vasto espectro de pessoas, inclusive as alcunhadas de normais/neuróticas, mas que, em alguma altura da vida, vivenciaram uma crise psíquica durante a qual se encontraram sem ajuda terapêutica adequada. Para ele, independentemente das estruturas psíquicas (neurótica, psicótica, borderline) do paciente, é a crise em idade adulta que deixará uma marca distintiva em seu ser, uma vez que passará a ser marca estrutural na sua subjetividade.

Muitos que ingressam na medicação psicotrópica por uma razão ou outra, com frequência, prosseguem nela ao longo da vida ou, ao menos, por muitos anos, sobretudo quando desprovidos de sentido para suas complexidades psíquicas. Na esteira dessa realidade, Ballantyne e Ryan (2021) nomeiam de vidas farmacológicas (*pharmaceutical lives*) as vidas do cenário atual aqui brevemente descrito, em que o psicofármaco assume um papel soberano, papel esse que, de alguma maneira, obturaria as lacunas, os elos não ligados, a dor que surge e escoia das e para as diversas instâncias do psiquismo.

Curiosamente, os antidepressivos de 30 anos atrás não funcionam tão bem hoje: exatamente os mesmos antidepressivos não produzem o mesmo efeito em uma pessoa como faziam antes (Dunker, 2009). Qual seria a razão? Estaria nossa mente mais resistente à mesma medicação (como costuma acontecer com alguns antibióticos)? Nosso corpo humano e nosso sistema nervoso superadaptados à “antiga medicação”? Ou ainda nossos meios psíquicos, aqueles que ajudam a medicação a *funcionar*, menos disponíveis do que antes?

O trabalho não emocional ou seus graves graus de dificuldade parecem abrir espaço para negação, arrogância, falsificação, fuga, hipotrofia do pensamento, levando os autores da chamada psicanálise contemporânea a reconhecer os *distúrbios* (em ressonância com a psiquiatria) de nosso tempo.

Entre eles, a depressão, que vem assumindo nesta década funcionamen- to e expressão bastante concretos/corporais, incluindo insônia severa, fadiga, adição e outros excessos possivelmente resultantes da impossibilidade de enlutar-se, de simbolizar, de trabalhar (trabalho psíquico).

Quiçá um *distúrbio do sonho* – sonhar, aqui, como um representante das possibilidades simbólicas. Parece nos ver os atalhos, como a medicação, simular o antídoto: o imediatismo, a solução rápida, o *remédio*.

Reflexão

Nunca é demais ressaltar: diante dos 98% de medicamentos que são considerados excessivos (como observado na introdução do artigo), 2% equivaleriam a uma “necessidade real”, referindo-se principalmente a casos graves de depressão e ansiedade e à continência de crises. Penso, com Fédida e Berlinck (2000), no tempo – e no trabalho, adicione – necessário para que a dor se cure.

Mas tempo: o que é isso?

Uma paciente, no início de sua análise e durante um número considerável de sessões, começaria dizendo: “Não sei o que estou fazendo aqui... Não tenho tempo para isso... Não tenho tempo ‘para você’... Eu precisaria de mais horas em um dia”.

Tempo, espaço mental. Como sonhar nessa área de não sonhos, uma vez que “em prótese”? Como sonhar os sonhos encobertos pelos 98% de medicação excessiva? Como sonhar com mais horas em um dia, uma vez que estas não encontram simbolização?

Em meu sonho de agora, o desejo de negar ou afastar a realidade buscaria esse fetiche – *phármakon* – que, em última análise, esconderia a verdade de que não temos mais do que temos, nem somos mais do que somos. O que parece estar faltando não seria o tempo/espaço, mas o trabalho psíquico.

O que parecemos enfrentar seria uma cultura atual em modo de solução rápida, porém *fake*, em que a medicação se encaixa como uma luva.

Com um sujeito – aqui emblemático – incapaz de se lamentar, de pensar (pensamento emocional), como antes mencionado, aparentemente num estágio agudo agora, desde a década de 1950.

Na entrevista para análise, perguntei à jovem de 18 anos:

ANALISTA: Por que você toma antidepressivos?

PACIENTE: Por quê? [Ela me pareceu verdadeiramente surpresa com minha pergunta.] Bem... Eu não sei. Minha avó toma, minha mãe toma... Então, eu também tomo!

La dimensión psicofarmacológica del sujeto contemporáneo: self farmacológico y vida farmacológica

Resumen: Las subjetividades se construyen en la contemporaneidad ante fenómenos psicofarmacológicos como el Prozac (a partir de los años ochenta), dando lugar a selves farmacológicos, que en su constitución buscan el medicamento, sustentados por el imaginario farmacológico, dimensión social amplia y profundamente compartida en la actualidad, tal y como describe Janis Jenkins. La conjunción de self e imaginario farmacológicos culmina en lo que Ballantyne y Ryan denominan vida farmacológica. Christopher Bollas evalúa que la experiencia de derrumbe psíquico (crisis psicótica o depresiva) medicada, sin que el sujeto le atribuya significado a través de la palabra, produce lo que él denomina selves rotos. En este artículo, la autora intentará presentar una breve panorámica de esta compleja dimensión subjetiva actual, compuesta en cierta medida por y para los psicofármacos.

Palabras clave: psicofármacos, medicalización, pharmaceuticalización, subjetividad, self farmacológico

The psychopharmacological dimension of the contemporary subject: pharmaceutical self and pharmaceutical life

Abstract: Subjectivities are being constructed in contemporaneity in the face of psychopharmacological phenomena such as Prozac (from the 1980s onwards), resulting in pharmacological selves, which in their constitution seek the medication, sustained by the pharmacological imaginary, a current widely and deeply shared social dimension, as described by Janis Jenkins. The conjunction of pharmacological self and pharmacological imaginary culminates in what Ballantyne and Ryan call pharmacological life. Christopher Bollas assesses that the medicated experience of a psychic breakdown (psychotic or depressive crisis), without the subject attributing meaning to it through words, produces what he calls broken selves. In this article, the author will try to present a brief overview of this current complex subjective dimension, composed to some extent of and for psychopharmaceuticals.

Keywords: psychopharmaceuticals, medicalization, pharmaceuticalization, subjectivity, pharmaceutical self

La dimension psychopharmacologique du sujet contemporain : le self pharmacologique et la vie pharmacologique

Résumé : Les subjectivités se construisent à l'époque contemporaine face à des phénomènes psychopharmacologiques tels que le Prozac (à partir des années 1980), donnant lieu à des selves pharmacologiques qui, dans leur constitution, recherchent le médicament, soutenus par l'imaginaire pharmacologique, une

dimension sociale largement et profondément partagée aujourd'hui, telle que décrite par Janis Jenkins. La conjonction du self pharmacologique et de l'imaginaire pharmacologique culmine dans ce que Ballantyne et Ryan ont appelé la vie pharmacologique. Christopher Bollas estime que l'expérience d'un effondrement psychique (crise psychotique ou dépressive) qui est médicamentée, sans que le sujet n'y attribue de sens par la parole, produit ce qu'il appelle des selves cassés. L'autrice tentera de présenter dans cet article un bref aperçu de cette dimension subjective complexe actuelle, composée en partie de et pour les médicaments psychotropes.

Mots-clés : psychotropes, médicalisation, pharmaceuticalisation, subjectivité, self pharmacologique

Referências

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Ballantyne, P. J. & Ryan, K. (Eds.). (2021). *Living pharmaceutical lives*. Routledge.
- Berlinck, M. T. (1997). Insuficiência imunológica psíquica. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, 10(103), 5-14.
- Bollas, C. (2013). *Catch them before they fall: the psychoanalysis of breakdown*. Routledge.
- Borges, T. L., Miasso, A. I., Vedana, K. G. G., Telles Filho, P. C. P. & Hegadoren, K. M. (2015). Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 344-349. <https://doi.org/k5r8>
- Caponi, S., Valença, M. F. V., Verdi, M. & Assmann, S. J. (Orgs.). (2013). *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. Liber Ars.
- Caponi, S., Verdi, M., Brzozowski, F. S. & Hellmann, F. (2010). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Unisul.
- Carvalho, D. L. T. (2017). *Sistema de marketing de saúde no Brasil: impactos dos fenômenos de medicalização e farmacêuticalização e alternativa de equilíbrio* [Tese de doutorado]. Universidade Federal da Paraíba.
- Clarke, A., Mamo, L., Fosket, J. R., Fishman, J. & Shim, J. K. (2010). *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the us*. Duke University Press.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Dunker, C. I. L. (2009). O urso-polar e as baleias: as divergências entre a psicanálise e a psiquiatria estão mal focadas. *Cult*, 12(140), 59-62.
- Fédida, P. & Berlinck, M. T. (2000). A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(2), 9-25.
- Ferraz, F. C. (2015). *Cidade e subjetividade*. Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C. (2002). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação*. Escuta.
- Frances, A. (2016). *Voltando ao normal* (H. M. Corrêa, Trad.). Versal.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade* (R. S. L. Guzzo, Trad.). Thomson.
- González Rey, F. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9(1), 241-253. <https://cutt.ly/swUssYPB>

- Götzsche, P. C. (2013). *Medicamentos mortais e crime organizado* (A. P. Fajardo, Trad.). Bookman.
- Götzsche, P. C. (2015). *Deadly psychiatry and organized denial*. People's Press.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2010). *A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda* (J. Marcoantônio, Trad.). Summus.
- Jenkins, J. H. (Ed.). (2011). *Pharmaceutical self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. School for Advanced Research Press.
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão*. Boitempo.
- Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. In R. Bunton & A. Petersen (Eds.), *Foucault, health and medicine* (pp. 94-110). Routledge.
- Magalhães, M. C. R. (Org.). (2001). *Psicofarmacologia e psicanálise*. Escuta.
- Meneu, R. (2018). Life medicalization and the recent appearance of “pharmaceuticalization”. *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 174-179.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P. & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 3243-3256. <https://doi.org/gqh6nd>
- Nasario, M. & Silva, M. M. (2015). *O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade* [Apresentação de trabalho]. Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, Rio do Sul, sc, Brasil.
- Pereira, M. E. C. (2014). A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1035-1052.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Polity Press.
- Villaça, N. (2015). Dessubjetivação e contemporaneidade. *Logos*, 6(1), 8-12. <https://cutt.ly/WwUsx29h>
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an epidemic: psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(1), 23-35.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. Broadway Paperbacks.
- WHO. (2023, 31 de março). *Depressive disorder (depression)*. <https://cutt.ly/TwIMXQfS>
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F. & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868.

Recebido em 22/11/2023, aceito em 29/11/2023

Cláudia Cristina Antonelli
 claudia.antonelli@gmail.com