

KWAME YONATAN POLI DOS SANTOS

**UMA ANÁLISE DOS EFEITOS DO USO A LONGO PRAZO DE
ANTIDEPRESSIVOS**

ASSIS
2014

KWAME YONATAN POLI DOS SANTOS

UMA ANÁLISE DOS EFEITOS DO USO A LONGO PRAZO DE
ANTIDEPRESSIVOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Silvio Yasui

Coorientador: Gustavo Henrique
Dionísio

ASSIS
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

S237a Santos, Kwame Yonatan Poli dos
Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos / Kwame Yonatan Poli dos Santos. Assis, 2014
142 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis - Universidade Estadual Paulista.
Orientador: Dr. Silvio Yasui
Coorientador: Gustavo Henrique Dionísio

1. Antidepressivos. 2. Psicanálise. 3. Saúde mental. 4. Psicologia social. 5. Psicologia clínica. I. Título.

CDD 616.8917

FOLHA DE APROVAÇÃO

KWAME YONATAN POLI DOS SANTOS

UMA ANÁLISE DOS EFEITOS DO USO A LONGO PRAZO DE ANTIDEPRESSIVOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Aprovado em 22/01/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Henrique Dionísio - Unesp

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser – UFSC

Prof. Dr. Mary Yoko Okanomoto - Unesp

Ao David (*in memoriam*) e ao Mudrik: os encantamentos da existência.

AGRADECIMENTOS

A melhor parte é o caminhar, entre a chegada e a despedida, onde não precisam se justificar os abraços, beijos e afetos. Onde todo acaso e sincronicidade se produzem.

Agradecimentos ao Gustavo Dionísio, à confiança, pelos nossos vários “bons encontros”, cheios de garra, inspiração e força para prosseguir. Com seus apontamentos precisos e elogios bem colocados que me ensinaram a (re) escrever.

Ao Silvio Yasui, o seu apoio, suas aulas e seu acolhimento que muito me ajudaram.

Aos professores Benilton Bezerra Jr, Mary Okamoto e Charles Tesser, membros da banca de exame de qualificação e dissertação, as palavras às quais ressoaram e contribuíram muito na confecção deste trabalho.

Aos entrevistad@s, a força, coragem, superação e potência, cujas histórias foram os pilares que sustentaram este trabalho.

Quero agradecer minha mãe o amor, carinho e com isso me dar uma estrutura emocional. Sempre falando da importância do “além do rio Tejo”, que é preciso desejar e agir se quisermos movimentar a realidade.

Ao meu pai, o primeiro a plantar a semente do mestrado em mim e depois me dar elementos para fazê-la florescer, ensinando-me que se nos distrairmos muito, não essencializamos as coisas.

Ao Mudrik, o ensino do (re)nascer.

As minhas irmãs e irmãos: Mafoane, o exemplo titânico de liderança emocional.

Ao Husani, a educação sensível de alegrias e dramas.

Ao Handemba, o ensino da escrita diária na vida.

A Tetembua, o pragmatismo e a não buscar o significado das coisas, mas a sua intensidade.

Meu cunhado Marco, a lição de “navegar a si”.

A minha vó Dirce, por toda sabedoria e continuamente me ensinar a beleza da transitoriedade.

Tio Carlos, todo o jazz e música.

Tio Cesar, que me trouxe para Assis pela primeira vez.

Tio David (que se “encantou”) que me levou para ver o mar e a beleza do sol nascer.

Tia Odila o apoio constante e acompanhamento atento ao desenvolvimento do trabalho.

E outros familiares que não citei, porém se fazem igualmente presentes nesta pesquisa e no meu coração.

Aos amigos-professores:

“Serginho”, a construção da ponte e os atravessamentos dos devires-minoritários.

Fernando Teixeira, a clinic@rte, que me inspirou a buscar uma educação sensível e a importância da “militância poética”.

Ao Abílio Costa-Rosa, cujas aulas, escritos e conversas me influenciaram profundamente.

Ao “Lu”, as parcerias em viagens por todos os lados e sentidos.

Aos psicólogos que me acompanharam ao longo dos anos: Samir, Fábio e Gregório, à (contra)transferência.

Aos meus amig@s, que sempre me ajudaram a transcender:

Ao Guilherme, irmão de caminh(a)mar e pela “fé cega, faca amolada”.

Ao Felipe Pissolati, o parceiro das batidas do coração.

À Flávia de Sá, o lugar no mundo de tempestades emocionais.

Ao André Yan, a alegria revigorante em vários momentos.

Ao Phablo, camaradinha de ideias fortes e sedimentárias.

Ao Phillipe, a força poética que me ajudou a acreditar nas minhas palavras.

Ao Cássio, toda poesia e devoção a ela.

À Cristiane Midori, o otimismo dos atravessamentos.

À Cristiane Otsuka, a tampa e a caneta que escreveram anos de histórias.

À Lilian Cerquetani, a sensibilidade das afetações.

A Carla, por (trans) ver além e a invocação.

Ao João, por mostrar que mesmo perdido, pode-se estar perto.

Ao Lourenço, que não me deixou desistir das “perguntas de criança”.

Ao Matheus, que ressignificou o caminhar.

Ao Diego, o ensino do trato com as palavras.

Ao Toshio, cujas conversas me incentivaram a ir mais longe.

Danilo W. que me ajudou a regar a semente do mestrado.

Felipe e Priscila, os amigos circuladores dos afetos.

Walter, a potência e a saudade do que ainda não foi.

Ao Junior a caminhada na contramão.

À Fernanda, a constante re-forma nas nascentes do devir.

À Natália Riso, a intensidade do luar, do mar e estrela.

À Thalita, o apoio quando o mestrado era só um embrião.

À Luisa, parceira da potência da alegria.

A Carolina B., a volta ao mundo e as voltas que ele nos dá.

À Jéssica Gottschalk, o desnorreamento de sempre estar no caminho só com a bússola desejante.

Ao André M., o amigo profundo de presença em pequenos gestos e sentimento intensos.

À Thais Dainez, as conversas que me alimentaram os dias.

À Daiane, a força, as provocações intrigantes e o incentivo poético.

À Gabriela R., as costuras de horizontes.

À Juliana Bessa, o turbilhão, fissuras e potencialidade.

Amanda Livia, o navio sempre pronto a se lançar no mar.

A Andressa e o Douglas, pelo canto de Ossanha.

Aos “quilombolas”, a “reexistência”.

À Maria Clara, que me ensinou a importância de inscrever e escrever com o corpo.

À Maria Cristina, pelas inquietações oceânicas, as benditas flores e viagens dos pássaros azuis.

Ao Danilo O, pela vibração do violão que faz dançar o espírito.

Ao Waldir, pela parceria de imensas contribuições intelectuais a esse trabalho.

E @s amig@s que não foram citados, não foi por esquecimento, ou menos importância, pelo contrário, vocês significam tanto que não consegui nem colocar em palavras.

Ao núcleo e linha de pesquisa “Medicalização do social no contemporâneo”: Daniele, Naeli, Luisa, Laura, Maria, Rucheli; as discussões, conversas e “bons encontros”.

Ao grupo de capoeira Angoleiros do Sertão, principalmente, Contra-mestre Alexandre Zacarias (Xandão), treineis, Alex, Carla (Natureza), Márcio(Blanka) e Oriquerê, que me ensinaram a “jogar” na grande roda do mundo.

Ao grupo de estágio Clínica: Fernando, Aline, Ana Paula, Bruna, Bruno, Franciele, Julia, a militância ético-estética-política.

Ao laboratório de psicanálise e arte: Gustavo, Rafael, Carlos, Alan, Martin, Juliana Pirró, Sara e Samuel, as experimentações estéticas e recriações do fazer artístico.

Ao Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, pelos bons encontros espinozianos, eventos, onde aprendi não só a acolher e reconhecer a diferença, mas também a importância da sua fruição.

O último agradecimento vai para as agências de apoio financeiro, a Capes/CNPQ, pelo primeiro ano do mestrado, e a Fapesp, pelo apoio financeiro durante segundo ano da pesquisa.

Para finalizar, devo lembrar Oscar Niemeyer, que escrevia com a arquitetura: “Tem que sonhar, senão as coisas não acontecem”; e foi assim que esse trabalho surgiu de um devaneio de criança, de um dia escrever livros, “enlou-crescemos” e o último agradecimento vai para esse sonho de menino, que é o pai do homem que sou hoje.

“A escritura não tem outro objetivo: o vento...”
(Gilles Deleuze)

SANTOS, K. Y. P. **Uma análise dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

RESUMO

Não é de hoje que a humanidade busca remédios para atenuar, tratar e curar os mais diferentes tipos de sofrimento. Com as "doenças da alma/corpo" a história não tem sido diferente. Pesquisamos os efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos a partir do relato de cinco pessoas, que utilizam o remédio há mais de três anos. O estado subjetivo da depressão e os antidepressivos são as contingências que fornecem os relevos para respondermos sobre a existência de um sofrimento remanescente ao uso do psicofármaco. Deste modo, na pesquisa investigamos como a medicalização da depressão entra num dispositivo que faz dela a realidade do tratamento dos transtornos psíquicos, o contexto no qual a depressão se insere e a sua função no intercâmbio social. Desdobramos as múltiplas faces dos psicofármacos, resgatando, o conflito inerente ao *phármakon*. A prescrição do *phármakon* no tratamento em saúde mental traz a necessidade do debater da dimensão ética, pois ao mesmo tempo em que os psicofármacos podem ser aliados importantes, não devem retirar o protagonismo do sujeito no seu tratamento. Sendo assim, revisitamos e procuramos realocar o discurso d@s entrevistad@s como elemento essencial para a análise. As entrevistas relatam vivências que nos mostram que o estado depressivo é, antes de tudo, uma experiência sensível e não é apenas consequência de um déficit neuroquímico, passível de ser corrigido com antidepressivos. Os relatos guardam histórias de diversos tipos de violência, tentativas de suicídio com uso de psicofármacos, internações hospitalares etc. Trata-se de histórias que foram escamoteadas no processo de medicalização. Deste modo, amparados na psicanálise, posicionamo-nos a partir da ética do bem-dizer, tendo como prerrogativa que o antidepressivo não pode tamponar a palavra do sujeito em sofrimento psíquico. Sabemos, por meio de Freud/Lacan, que a queixa sintomática é apenas o início do tratamento e que o trabalho se dá a partir dela. Concluimos que o antidepressivo após o uso a longo prazo pode dificultar com que o sujeito se reaproprie da sua história, impossibilitando com que se implique no seu sofrimento. Percebemos que as "terapias da fala", conjuntamente com antidepressivos, podem ser um modo de o sujeito "mudar para ficar o mesmo", não se implicando com seu sintoma. Assim sendo, não podemos desconsiderar o sintoma psicanalítico enquanto tangente da via desejanete. Concluindo, nosso trabalho aponta para uma possível realização das potencialidades do sujeito, de modo a fomentar um cuidado de si e a criação de uma estilística da existência.

Palavras-chave: Medicalização. Depressão. Antidepressivos. Psicanálise. Saúde mental.

SANTOS, K. Y. P. **An analysis of the effects of long term use of antidepressives** . 2014. 142 pages. Thesis (Masters in Psychology)– Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

ABSTRACT

It is not from today that humanity seeks medicines to mitigate, treat and cure the most different kinds of suffering. With the "diseases of the soul/body" the story has been no different. We researched the effects of long term use of antidepressives from the report of five people who use the drug for more than three years. The subjective state of depression and antidepressives are the contingencies that provide reliefs to answer on the existence of a remnant suffering to the use of psychotropic. Thereby, the research investigated how the medicalization of depression enters a device which makes it the reality of the treatment of mental disorders, the context in which depression is part and its function in social exchange. We have deployed the multiple facets of psychotropics, rescuing the conflict inherent in the *phármakon*. The limitation of *phármakon* in mental health treatment brings the need to discuss the ethical dimension, because while that drugs can be important allies, they should not take the role of the subject in its treatment. So, we revisit and try to relocate the discourse of the interviewed as an essential element for the analysis. The interviews reported experiences that show us that the depressive state is above all a sense experience and not just a consequence of that can be corrected with antidepressants neurochemical deficit. The reports keep stories of various types violence, suicide attempts with the use of psychotropic drugs, hospitalizations etc. Stories that were concealed in the medicalization process. So we set ourselves from the ethics of psychoanalysis, whose prerogative that antidepressives cannot buffer the word of the subject in psychological distress. We know through of Freud/Lacan, that symptomatic complaint is just the beginning of treatment and that the work takes from it. We conclude that the antidepressives after long-term use can make it difficult to appropriate that the subject of your story, making it impossible to imply that the subject in his suffering and his desire subjective. We perceive the "talking therapies", together with antidepressants may be "a way to change the subject to stay the same". Therefore, we cannot disregard the psychoanalytic symptom while desiring tangent track. Concluding our research appoint that for a possible realization of the subject potential in order to foster self care and the creation of stylistics of existence.

Keywords: Medicalization. Depression. Antidepressives. Psychoanalysis. Mental health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 Diagnóstico de depressão	29
1.1 O que produz o diagnóstico de depressão?	35
1.2 O dispositivo de medicalização da depressão	41
1.3 A depressão como sintoma social dominante.....	47
2 Os antidepressivos.....	57
2.1 O “phármakon”	62
2.2 A ética do bem dizer ou ética do “benzer” o sintoma?	67
3 @s entrevistad@s.....	73
3.1 As singularidades.....	83
3.1.1 A bailarina	84
3.1.2 A equilibrista.....	86
3.1.3 O “niilista ativo”	91
3.1.4 O nômade.....	94
3.1.5 A malabarista	98
3.2 O duplo	102
4 CONCLUSÕES	108
4.1 Do sintoma ao desejo: o que toca a ambos.....	117
4.2 Das saídas múltiplas.....	121
BIBLIOGRAFIA	126
ANEXOS	140

APRESENTAÇÃO

Não é de hoje que a humanidade busca remédios para atenuar, tratar e curar os mais diferentes tipos de sofrimento. Com as "doenças da alma/corpo" a história não tem sido diferente. Acompanhamos em nossa pós-modernidade (BAUMAN, 1998) uma profunda mudança no modo como se realizam os processos terapêuticos da mente, nos quais tem se tornado habitual o uso de psicofármacos para o tratamento de diferentes tipos de sofrimentos psíquicos. A invenção de novas tecnologias de atenção a saúde mental nos obriga a avaliar os resultados dessa nova produção.

A psiquiatria, desde o século XIX, é o ramo da medicina responsável por cuidar e tratar de tudo o que é chamado de doença mental e também por explicar, ditar e categorizar quais seriam essas doenças.

O nascimento da psiquiatria foi marcado pela retirada da dita loucura do campo religioso-moral e sua entrada no campo científico-médico. Na atualidade, a prática de circunscrição dos sofrimentos psíquicos, no campo da psicopatologia psiquiátrica, ganhou novos contornos.

Até a invenção dos remédios alteradores do funcionamento psíquico, isto é, os psicofármacos, a psiquiatria era olhada com certa desconfiança dentre as outras especialidades médicas, já que não possuía uma ferramenta de tratamento que legitimasse sua prática como sendo de fato médica (IZAGUIRRE, 2011). Na pós-modernidade deparamos-nos com o desenvolvimento biotecnológico e a "revolução psicofarmacológica" (RODRIGUES, 2003), em que houve uma radical transformação epistemológico-paradigmática que comentaremos adiante. Tal mudança, ocorrida na segunda metade do século XX, foi o momento em que a psiquiatria hegemônica se "remedicalizou", ou seja, abandonou embasamentos teóricos que não seguissem a vertente biológica.

O fenômeno de medicalização refere-se à mudança contemporânea de certo modo de entendimento e prática em Saúde Mental, visto que diferentes problemáticas (escolar, social, cultural etc.) foram englobadas ao campo da medicina, por meio da patologização; por conta desse deslocamento paradigmático, uma maior prescrição de

remédios psicotrópicos vem ocorrendo nos tratamentos de sofrimentos psíquicos. Este processo se refere, acima de tudo, ao ato de prescrição indevida de psicofármacos.

Por essa razão, a “revolução psicofarmacológica” representou uma quebra de paradigma sobre o entendimento psiquiátrico do tratamento das chamadas doenças mentais, já que as queixas emocionais passaram a serem vistas como fruto de um desbalanceamento neuroquímico.

Com o advento dos psicofármacos o cenário se modificou radicalmente, pois os medicamentos passaram de coadjuvantes para protagonistas nos tratamentos psicológicos, sendo vistos como os verdadeiros “Emplastro Brás Cubas¹”, a cura de todos os males psíquicos. Observou-se uma rápida remissão do sofrimento psíquico, que foi tomada como a cura.

No início do aparecimento dos psicofármacos, eles eram receitados para complementar a psicoterapia. Cenário que se alterou paulatinamente com o avanço das explicações neuroquímicas do sofrimento psíquico e o declínio de explicações metapsicológicas – elucidações referentes ao universo do inconsciente psicanalítico, onde cada vez menos a questão do sujeito sobre as vias desejanter era considerada como a principal vertente do tratamento(COSER, 2003).

Em determinado momento, os psiquiatras tiveram que escolher entre centrar seus investimentos na trilha da indústria farmacêutica, ou seja, tratamentos psicofarmacológicos, ou caminhar com as “terapias da fala”, a psicanálise. Ocorreu que uma grande parcela da psiquiatria acabou por investir nos psicofármacos, acreditando ser a melhor forma de tratamento do sofrimento psíquico e, assim, as narrativas dos sujeitos foi perdendo espaço na clínica psiquiátrica.

Derrida (ROUDINESCO, 2000) comenta que as psicanálises, e outras psicoterapêuticas, tornaram-se remédios de fundo de prateleira, em último caso pode ser bom, mas já se inventaram tratamentos melhores. Essa mudança epistemológica psiquiátrica teve profundas consequências nas práticas de Saúde Mental. A psicanálise que contribuiu teoricamente na construção dos dois primeiros manuais auxiliares de diagnóstico, tornou-se quase incompatível clinicamente com a psiquiatria².

¹ Referência à obra de Machado de Assis, “Memórias póstumas de Brás Cubas”

² Mais sobre o rompimento epistemológico e paradigmático da psicanálise com a psiquiatria veremos no primeiro capítulo.

Vendeu-se a falácia de que os comprimidos, por terem resultados mais rápidos, logicamente, seriam mais eficientes que as psicoterapias, sendo capazes de encapsular anos de tratamento psicoterápico, já que outras terapêuticas demorariam anos para conseguir o efeito de remissão dos sintomas. Contudo, atualmente, perguntamos-nos se a pílula atinge os mesmos resultados (COSER, 2003).

Se os medicamentos psicoativos tinham tanta eficácia sobre a queixa/demanda inicial do sujeito, concluía-se que a natureza das enfermidades psíquicas era preponderantemente orgânica. Partindo dessa lógica, após a década de 1980, os psiquiatras abandonaram as “terapias da fala”; bastava à construção de um diagnóstico orientado pelo DSM³ e a receita de psicofármaco que corrigiria o déficit neuroquímico (IZAGUIRRE, 2011).

O DSM é um manual auxiliar de diagnóstico que veio para tentar classificar e categorizar todas as doenças mentais existentes. Ele pretende ser universalizante, ateuórico e estatístico. A ausência de uma teoria, no entanto, nem sempre foi uma prerrogativa. O DSM-I, de 1952, com 106 psicopatologias, e o DSM-II, de 1968, com 185 patologias psiquiátricas, contou com intensa influência da teoria psicanalítica como fundo teórico para sua utilização clínica. Embasamento este que no DSM-III, de 1980, com 256 categorias nosológicas, foi completamente abolida (COSER, 2010). Tal rompimento foi, também, paradigmático e epistemológico, visto que alterou não somente as bases teóricas, mas também as técnicas e os procedimentos na clínica.

A narrativa do sujeito do seu sofrimento psíquico passou a ter menos importância dentro da prática psiquiátrica. Somente possuía validade científica aquilo que continha marcadores biológicos; “para a biopsiquiatria hoje em voga, um sofrimento só é sofrimento, uma doença só é doença, um diagnóstico só é um diagnóstico quando este for um bio-diagnóstico; tudo o mais é apenas psicológico ou social e, portanto, menos real” (CALIMAN, 2012, p. 113).

Delimitaremos como “período contemporâneo” do ano de 1952, tendo como marco o aparecimento do primeiro neuroléptico, a clorpromazina, até 2010, com o

³ Sigla em inglês para Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, elaborado pela APA (Associação Americana de Psiquiatria, sigla em inglês). Manual auxiliar de diagnóstico utilizado para a classificação de distúrbios mentais. A primeira versão é de 1952, já passou por diversas revisões. Atualmente, encontra-se na sua quinta versão, recentemente lançada em maio de 2013.

atual processo de “medicalização do social”. Trata-se, de fato, de um fenômeno recente o da “remedicalização” que vem tomando grandes proporções nas últimas décadas.

Ao observarmos alguns dados da ONU (2008), em oito anos (no período de 2000 a 2008) houve um aumento de 1.616% no consumo de metilfenidato⁴ (dados do IMS-PMB). Já a Fluoxetina⁵, um antidepressivo de uso corrente, em 2007, vendeu 23, 2 milhões de cápsulas e, em 2011, 34,6 milhões de cápsulas: um aumento de quase 50% em quatro anos (dados da consultoria farmacêutica, IMS Health Brasil).

A leitura desses dados aponta para a ocorrência de uma profunda alteração no modo de entendimento e tratamento do campo da Saúde Mental, no sentido dos dispositivos que estão sendo oferecidos.

Em virtude dessas questões referentes aos tratamentos exclusivamente psicofarmacológicos, nossa pesquisa procura abrir um espaço de diálogo para que possamos escutar os efeitos dos antidepressivos nos sujeitos para além do discurso orgânico e, assim, ouvir se existiria algum sofrimento subjacente ao uso prolongado de antidepressivo.

A experiência subjetiva da depressão e os antidepressivos são as contingências que fornecem os relevos para respondermos sobre a existência de um sofrimento remanescente ao uso dos psicofármacos.

Nosso estudo se insere em uma série de trabalhos sobre a depressão na contemporaneidade. Selecionaremos dois trabalhos, da década passada, que de alguma forma se aproximam do nosso universo de pesquisa, pois articulam as temáticas da depressão, do uso de antidepressivos e o olhar da psicanálise.

Tavares (2009), em sua dissertação, (“A depressão como ‘mal-estar’ contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo”) realiza um estudo da depressão, em que os seus analisandos falam a respeito das suas concepções sobre os respectivos diagnósticos de depressão. Esses sujeitos se encontravam em processo psicoterápico, de base psicanalítica, e utilizavam, *a priori*, medicamentos psicoativos.

⁴ Metilfenidato (popularmente, conhecida como “droga da obediência”) é o remédio utilizado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). É o princípio ativo dos psicoestimulantes Ritalina® e Concerta®.

⁵ A fluoxetina mais conhecida é o Prozac®, nome comercial.

O segundo trabalho que iremos destacar é de Siqueira (“A depressão e o desejo em Psicanálise”), de 2006. Este é um trabalho provindo também da experiência clínica da autora, em que ela buscou responder o que seria a depressão, baseada na teoria psicanalítica.

Na dissertação, a autora faz uma descrição de um caso clínico, tendo como pano de fundo a questão do envelhecimento e uma reflexão sociocultural da contemporaneidade. A discussão central da pesquisa é seguir as pistas desejantes, quando os sujeitos cedem a essas vias.

A partir desses dois trabalhos, somos interpelados por algumas questões eminentemente éticas acerca do uso contínuo de antidepressivos: que contornos tomariam o sofrimento psíquico do estado depressivo com o uso prolongado de antidepressivos? Haveria apenas um deslocamento sintomático, sintoma compreendido dentro da psicanálise?

Como podemos observar a partir das problemáticas levantadas, a discussão da depressão se encontra longe de estar esgotada. Ao mesmo tempo, observando por um viés epidemiológico, observamos um aumento de sujeitos diagnosticados com depressão. Por exemplo, em 2 de setembro de 2009, o jornal O Estado de São Paulo, divulgou dado da Organização Mundial da Saúde (OMS) que projetava para 2030 o diagnóstico psiquiátrico de depressão como a doença mais comum do mundo, “afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas”.

Neste sentido, utilizamos a experiência depressiva como um índice para analisarmos a nossa sociedade contemporânea; e, pelo diagnóstico de depressão estar tão banalizado, como determinar o que é depressão de fato e como diagnosticá-la e tratá-la? Ou será que teríamos que falar em depressões, isto é, de um largo espectro de variações de estados depressivos?

O psicanalista Fédida (2009) faz o seguinte balanço:

O estado deprimido mostra em primeiro lugar a peculiaridade de nos ser estranhamente familiar. Certamente, podemos conceber gradações entre as “passagens depressivas” que todos conhecem em sua vida cotidiana, devido a contrariedades, decepções e lutos, até esses estados de imobilização, de massificação, acompanhados da

experiência da vida morta. A ponto de a intuição de um aniquilamento de qualquer vida psíquica vir legitimar a crença de que a depressão seria apenas uma espécie de “doença” de natureza biológica ou neurobiológica que solicitaria apenas recurso ao medicamento “antidepressivo”. Certamente, a psicofarmacologia da depressão desenvolveu com sucesso os tratamentos farmacoterápicos, e muitos pacientes deprimidos veem seu sofrimento diminuir graças a moléculas químicas altamente performáticas. Mas a psiquiatria não poderia ignorar que o “acompanhamento psicoterápico” é e permanece sendo indispensável ao tratamento farmacoterápico (FÉDIDA, 2009, p. 13-14).

A familiaridade da depressão pode se relacionar a uma “ferida no ser”, que variaria em gradações e gravidades diferentes em todos nós, nos diferentes momentos da existência. Por, às vezes, estar exposta tenderíamos a tentar acelerar a cicatrização, porém isso é impossível e, também, não se trata de intervir diretamente nesse processo.

As diferentes proporcionalidades dessa ferida talvez, como diz o autor, significariam uma necessidade de se pluralizar a terminologia para “depressões”, uma vez que esta experiência versaria sobre um largo espectro de estados depressivos, ao invés de haver uma unidade conceitual que daria conta desse conjunto.

Ele, ainda, vai além ao ressaltar que as neurociências não podem ser as únicas a descrever e ditar como tratar. Essa vertente é importante, porém não deve ser preponderante em detrimento das correntes psicológicas, psicanalíticas, visto que as “terapias da fala” oferecem espaço para que o sujeito dê sentidos outros ao seu sofrimento.

Nesse processo de medicalização e supervalorização da utilização de antidepressivos nos tratamentos em Saúde Mental, algo importante vem se perdendo, aquilo que o psiquiatra e psicanalista Birman (2002) chama de “positividade simbólica” do sintoma.

É importante lembrar que até as décadas de 1950 e 1960 a psiquiatria era eminentemente de inspiração psicanalítica. Tal era o vínculo paradigmático e epistemológico que o horizonte almejado por um psiquiatra, nesse período era a psicanálise (BIRMAN, 2001).

Primeiramente, a psicanálise⁶ não trabalha com o plano da consciência, mas com o campo do inconsciente, o que significa que a psicanálise parte da existência de um não- saber, ou seja, um saber sobre o não- sabido (saber inconsciente) que será construído dentro da relação transferencial⁷ entre analista e analisando. Portanto, o psicanalista se posiciona no lugar de não-saber do inconsciente, de semblante de verdade, o que se dá de forma inversa na “psiquiatria DSM”⁸ (COSTA-ROSA, 2011).

Os “psiquiatras DSM” são aqueles que já partem previamente do saber dos manuais, onde resta pouco espaço potencial de singularização, tanto que na conclusão sobre a queixa do paciente e na formação de um quadro clínico, já marcam sua posição de saber receitando psicofármacos. Esses psiquiatras apoiam-se exclusivamente no DSM na construção de um diagnóstico e, previamente, usam (e abusam) da prescrição de psicofármacos, às vezes sem nenhum critério clínico.

A “psiquiatria DSM” é aquela que despreza tudo o que é psíquico, ou metanarrativo, e se detém apenas nos enunciados e nos sinais visíveis. Além do mais, muitos desses profissionais têm estreita ligação com laboratórios farmacêuticos em suas pesquisas, tanto no patrocínio em pesquisas, quanto na publicação de artigos em que (in)convenientemente se ocultam os conflitos de interesse.

Contudo, é importante ressaltar um dado. Apesar de a psiquiatria ser a especialidade da medicina mais indicada para manejar o uso de psicofármacos, estes profissionais médicos não são os que mais prescrevem psicofármacos. Em primeiro lugar figuram os clínicos gerais, seguidos das outras especialidades médicas: ginecologistas, geriatras, cardiologistas, etc. (PRADAL, 1979).

De maneira geral, os psicofármacos deram aporte à hipótese de que os chamados distúrbios mentais eram fruto de interações neuroquímicas. Só que conjuntamente com essa contribuição houve uma vinculação entre a psiquiatria e a

⁶ O nosso trabalho será orientado pela corrente da psicanálise do campo de Freud/Lacan.

⁷ Transferência se inscreve “[...] no interior de uma hermenêutica que seria mediada, tanto para a fala do paciente quanto para a escuta interpretante do analista, pelas vicissitudes do inconsciente estruturado pelas leis do significante” (ROZENTHAL, 2009, p. 257). Em outros termos, é um vínculo constituído na análise, de natureza ímpar, em que se coloca o analista na posição de Sujeito de Suposto Saber (conceito lacaniano), e é o que faz desenrolar a análise.

⁸ “Essa nova psiquiatria – que merece ser nomeada ‘psiquiatria DSM’, pela versão da tecnociência que lhe dá suporte em termos materiais e epistemológicos, e que às vezes se dá ao luxo de se autodenominar antimanicomial [...] A revolução química permite que a psiquiatria se torne realmente social; incluindo, com a manutenção da exclusão” (COSTA-ROSA, 2011, p. 236).

psicofarmacologia, de modo que a primeira inventava uma patologia e a outra já tinha o fármaco para o tratamento.

Não obstante, temos que considerar os avanços proporcionados pelos psicofármacos nos quadros de impasses crônicos e debilitantes. Eles possibilitaram que os sujeitos conseguissem dar outros encaminhamentos ao seu mal-estar. Contudo, não podemos perder de vista a questão ética: qual o tipo de saúde está sendo produzida com determinadas práticas?

Não é impossível o diálogo da psicanálise com a psiquiatria, no entanto uma premissa essencial deve ser respeitada e mantida no horizonte: o fomento a autonomia do sujeito, ou seja, em termos psicanalíticos, a dimensão desejante. O psicofármaco não pode ser manejado para neutralizar o sujeito, e sim para fazê-lo se expressar; em outras palavras, o remédio deve operacionalizar o fluxo discursivo, não o seu tamponamento. “Ora, no silenciamento do enfermo opera-se o esvaziamento de uma história, vale dizer, a enfermidade perde sua inscrição no registro da linguagem. Com efeito, nessa versão não existe qualquer saber sobre a enfermidade forjado pelo doente” (BIRMAN, 2001, p. 24).

De acordo com a psicanálise, não se deve extirpar do discurso a sua dimensão desejante e é esse acesso ao universo de satisfações que o sintoma permite ao sujeito. A retirada do sintoma, muitas vezes, torna o sujeito apático, no sentido de sem *páthos*⁹, tanto sem sinais da suposta patologia psiquiátrica quanto sem paixão, sem acesso a sua via desejante. Nesta configuração de relações, destitui-se o sujeito de todo o saber/poder sobre o mal-estar que o acomete.

Nas últimas décadas, após muita luta, o movimento pela Reforma Psiquiátrica vem conseguindo o fim das internações manicomiais, porém parece que estamos nos deparando com uma nova modalidade de captura institucional e assujeitamento discursivo: a “camisa-de-força química” (SILVEIRA, 1981).

Nesta modalidade moderna de institucionalização a céu aberto, não é mais preciso necessariamente encerrar os chamados distúrbios mentais dentro de um

⁹ Como diz Delouya (2010, p. 16), “*patologia* contém em sua raiz etimológica, *páthos*, um feixe de significados que une, segundo os dicionários, *paixão*, *sofrimento* e *doença*. À medida que as paixões representam os acordes mais altos das séries dos afetos, refletem, em sua forma aguçada – trazida pela rede associativa contida no grego antigo -, aquilo que determina e constitui o cerne do afeto”.

manicômio, pois se a pílula for mal empregada, ela irá reter manifestações essenciais da subjetividade.

Nesse cenário, corroboram as explicações neuroquímicas, que afirmam que os chamados distúrbios mentais são apenas resultado da desregulação dos neurotransmissores, contudo, é preciso ressaltar que isso não é consenso no campo da psiquiatria.

A medicalização é um processo que atinge não só as questões da chamada doença mental, mas, principalmente, qualquer conduta desviante da norma. Nesse movimento de normalização existe um forte componente de homogeneização. As drogas psicoativas ganham característica performática de “drogas de estilo de vida”, isto é, os remédios passam a “tratar condições que não seriam consideradas patológicas (um risco à vida e à saúde), mas sim problemas que poderiam limitar/dificultar a vida das pessoas” (NUCCI, 2012, p. 128).

Analisando por outro ângulo a questão de normalização dos “infames”, ou seja, desviantes das normas sociais, pode-se afirmar que a medicalização se inscreve no dispositivo, pois para Foucault (2006) dispositivo é:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (FOUCAULT, 2006, p. 244).

Dispositivo é um sistema vivo de feixes discursivos, que se organizam com determinados fins, que produzem sujeitos, objetos, verdades. Nasce a partir de demandas sociais e não necessariamente coletivas. Assim sendo, a medicalização se inscreve no dispositivo, visto que conjuga práticas e saberes para criar a patologia como um discurso homogeneizante. No próximo capítulo comentaremos mais sobre o dispositivo de medicalização da depressão.

No sentido foucaultiano, Preciado (2008) dá materialidade à composição do dispositivo de medicalização em intersecção com o da sexualidade. A autora faz uma articulação entre o modo de produção capitalista na nossa sociedade pós-moderna e o

campo dos signos do tecnobiopoder, utilizando como exemplos paradigmáticos o comprimido psicoativo e a revista “Playboy”.

Ela defende que vivemos hoje em uma sociedade farmacopornográfica: ‘fármaco’ devido à influência dos processos de “governo biomolecular” que “pilotam nossas vidas por dentro” (PELBART, 2007) e ‘pornográfico’ no sentido de “semiótico-técnico”, em razão de toda uma economia de circulação de imagens e técnicas, regimes de hipervisibilidade do biopoder que modulam nossas sensações e capturam nossos afetos:

estas transformações recentes apontam para a articulação de um conjunto de novos dispositivos microprotéticos de controle da subjetividade com novas plataformas técnicas biomoleculares e midiáticas. A nova ‘economia-mundo’ não funciona sem o desplugue simultâneo e interconectado da produção de centenas de toneladas de esteroides sintéticos, sem a difusão global de imagens pornográficas, sem a elaboração de novas **variedades psicotrópicas sintéticas legais e ilegais**, [...] sem o tratamento informático de signos e de transmissão numérica de comunicação. [...] O êxito da tecnociência contemporânea é transformar nossa **depressão em Prozac**, nossa masculinidade em testosterona, nossa ereção em Viagra, nossa fertilidade/esterilidade em pílula, nossa AIDS em coquetel. Sem que seja possível saber quem veio antes, se a depressão ou o Prozac, se o Viagra ou a ereção, se a testosterona ou a masculinidade, se a pílula ou a maternidade, os coquetéis ou a AIDS. Esta produção em auto-feedback é a própria do poder farmacopornográfico (PRECIADO, 2008, p.32-33, grifo nosso)¹⁰.

O trecho destacado nos coloca diante de um cenário incômodo, visto que limita o conjunto de nossa subjetividade ao movimento retroalimentar de plugue/desplugue de substâncias neuroquímicas. Esse, talvez, seria o extremo da naturalização da concepção neuroquímica, já que não saberíamos nem discernir a gênese desse processo, isto é, a depressão é considerada um transtorno mental porque existem antidepressivos que constata sua veracidade, ou ela realmente constituiria uma estrutura clínica?

Assim, encontramos-nos frente à questão da relação da psicofarmacologia com a psiquiatria. Ao mesmo tempo em que o psicofármaco oferece um bem-estar, uma organização subjetiva que permite com que ele circule no intercâmbio social, na

¹⁰ Texto original em espanhol, tradução livre do autor.

contrapartida, existe uma tentativa de reduzir toda a complexidade dos nossos comportamentos (patológicos ou não) a um resultado de interações neuroquímicas.

Conforme esse entendimento estritamente neuroquímico do aparelho psíquico seria possível utilizar psicoestimulantes não só para os supostos transtornos mentais, mas para melhorar o desempenho das funções cognitivas (memória, raciocínio, concentração) em pessoas saudáveis: esses são os chamados nootrópicos.

Nootrópico é a utilização dos psicotrópicos na tentativa de aprimoramento cognitivo. Essa utilização de drogas psicoativas por pessoas saudáveis acontece com fins competitivos de aumento na produtividade da memória, raciocínio, uma espécie de “doping intelectual” (EHRENBERG, 2010).

A prescrição de substâncias com esse intuito vem crescendo, conforme a reportagem da revista “Valor Econômico”, de maio de 2012, denuncia. Nela, pessoas relatam que fazem uso de Ritalina®, entre outros psicofármacos, antes de provas e concursos, para saírem na frente da concorrência (VIANA; TAVARES, 2012).

O uso de psicofármacos com objetivo de aumentar a eficiência é resultado do investimento neurocientífico da psiquiatria na psicofarmacologia. Um exemplo disso é a entrevista para a revista “Veja” do psiquiatra da Universidade de São Paulo (USP), Valentin Gentil Filho, em abril de 2007. A pesquisa do psiquiatra versava sobre os benefícios que as pessoas ditas normais poderiam ter com a utilização de psicofármacos, podendo ficar mais que saudáveis, tornando-se os “supernormais” (BUCHALLA, 2007). Inverteu-se até o princípio médico de doença-cura, porque nem ao menos a doença mental é necessária para o uso do medicamento psicoativo.

Ao “sujeito cerebral” (EHRENBERG, 2009) falta a dimensão intensiva, pois ele teria o conjunto de suas emoções, sentimentos e pensamentos reduzidos a operações cerebrais. Neste sentido, é preciso repensar qual conceito de sujeito, e subjetividade estão em questão nessa nova configuração epistemológico-paradigmática de “sujeito cerebral”, que atravessa os tratamentos psicofarmacológicos, para que assim não reincidamos em antigas práticas de assujeitamento.

A utilização indevida de psicofármacos, sob a égide da ética da tutela, produz a marginalização da subjetividade. Oferece ainda a alienação, o apagamento, a letargia com uma mão e com a outra a inserção na sociedade do consumo com o psicofármaco.

Desse modo, o sujeito tem o seu sofrimento psíquico dessubjetivado, ou seja, o seu impasse é encaixado dentro de uma descrição médica, prescreve-se um psicofármaco e a sua subjetividade é colocada à margem do tratamento, visto que todos os desequilíbrios mentais estão previamente listados no DSM. Assim, não se permite o sujeito ser o protagonista do seu tratamento, ele se torna alienado da construção de algum sentido sobre o seu impasse.

Antes, ainda, podemos falar da depressão como um sintoma social dominante (MELMAN, 1992). O sintoma social dominante (SSD) não decorre da quantidade de sujeitos com o mesmo diagnóstico, ou da sua predominância, ou domínio no social, ou por ser afetado no social; isso tudo são interferências do social no sintoma, relações do social no sintoma.

Resumidamente, o diferencial do conceito de Melman de SSD é que ele busca a estrutura da própria resposta sintomática do sujeito, na resposta sintomática da formação social na qual ele é produzido. Pensando nisso, será que é possível destacar o sintoma do contexto onde o sujeito está inserido? E por que a depressão seria um sintoma social?

É o que veremos no Capítulo 1, iniciando com uma reflexão epistemológica do diagnóstico da depressão, em que concomitantemente procuraremos construir uma direção do que seria depressão para nós. Em seguida, descreveremos o quadro depressivo de acordo com o DSM e a psiquiatria, tecendo alguns comentários; por fim, realizaremos a discussão do dispositivo de medicalização da depressão.

Os antidepressivos propriamente ditos são o assunto do Capítulo 2, em que teceremos análises sobre os seus efeitos adversos, no sentido não só restrito ao orgânico, mas aos contextos sociais e subjetivos e resgataremos as múltiplas dimensões do *phármakon*¹¹. Concluída essa parte, faremos uma reflexão ética, no sentido de qual saúde está sendo produzida com a prescrição banalizada dos antidepressivos. Estes vêm sendo receitados indiscriminadamente para tratar não só das queixas como descritas no DSM, como também de um grande espectro de outras questões não médicas.

¹¹ A palavra fármaco provém etimologicamente do grego *phármakon* que significa tanto veneno como remédio.

O avanço psicofarmacológico na pós-modernidade (BAUMAN, 1998) é acompanhado pela necessidade de entendimento holístico das questões. Para isso, é necessário termos um olhar transdisciplinar.

Transdisciplinaridade é um termo de difícil delimitação, visto que é polissêmico. Não é a mera somatória de saberes, nem simplesmente o cruzamento de diferentes disciplinas, mas é uma aproximação dos campos com o objetivo de produção de um novo saber que supere as divisões rígidas dos especialismos disciplinares.

No contexto da saúde mental, o entendimento transdisciplinar é essencial, uma vez que esse campo se encontra, por vezes, em intersecção com diversas áreas da saúde, como psicologia, psicanálise, medicina, terapia ocupacional, fisioterapia etc. Tendo em vista que o adoecimento psíquico é um processo complexo, não podemos recair em uma dualidade cartesiana, mente x corpo, nem na sobreposição de um saber em detrimento de outro, nociva ao sujeito em sofrimento.

A querela sobre a depressão e o uso de antidepressivos não pode recair nos maniqueísmo (biológico x psíquico), no relativismo (diluição, panaceia) e nem cumulativismo (biopsicosocial-cultural, genético). Para abordarmos a questão dos efeitos dos antidepressivos em uma perspectiva ampla, temos que evidenciar a trama das práticas em jogo, procurando desvelar o conflito de forças em disputa.

Afinal, estarão os remédios psicoativos se tornando a nova camisa-de-força química? E por que tod@s nós não tomaríamos antidepressivos, para ficarmos “mais que bem”, como propôs o psiquiatra Valentin Gentil Filho?

Para dar conta dessas questões realizadas previamente e outras referentes aos efeitos do uso prolongado de antidepressivos, nossa pesquisa terá três ferramentas conceituais-tecnológicas principais: o campo da psicanálise de Freud/Lacan; a “psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2011); e as cinco entrevistas com pessoas que fazem uso do antidepressivo há mais de três anos – cuja análise será objeto de trabalho no Capítulo 3.

Ao todo foram realizadas cinco entrevistas¹²: Isabela, 19 anos; Carolina, 24 anos; Geraldo, 26 anos; Francisco, 22 anos; Josefina, 49 anos. Isabela tomava antidepressivo

¹² Nomes fictícios.

há três anos, Francisco há quatro anos, Carolina, Geraldo e Josefina faziam uso de antidepressivos há sete anos.

Entrevistamos um grupo bem particular, visto que tod@s estavam ou já tinham passado por alguma psicoterapia. Foram três mulheres e dois homens, sendo quatro heterossexuais e uma homossexual¹³ (Carolina). Todos realizavam ou já haviam completado o ensino superior. Somente Josefina e Isabela tomavam unicamente antidepressivos, os outros três faziam uso concomitante de outros psicofármacos. Dois deles (Carolina e Francisco) tentaram suicídio algumas vezes e, em ambos os casos, as tentativas foram por meio da ingestão de vários comprimidos.

Entrevistamos os únicos cinco sujeitos que se voluntariaram, não houve seleção. Não entrevistamos mais sujeitos, pois entre a quarta entrevista e a quinta se passaram quase quatro meses, não sendo possível esperar por mais participantes. Nosso objetivo desde o início da pesquisa era a realização de poucas entrevistas, para que pudéssemos desenhar um mapa das concepções subjetivas de sofrimento quanto à utilização do antidepressivo.

No Capítulo 3 utilizaremos as entrevistas como objeto para uma análise mais aprofundada. Teremos o auxílio metodológico da psicanálise do campo de Freud/Lacan. O que pretendemos escutar em meio a essa polifonia?

Almejamos ouvir o grito do sofrimento, ainda que silencioso. Nesse sentido, acreditamos que a psicanálise do campo de Freud/Lacan é um potente instrumento de escuta, servindo como um amplificador, permitindo-nos elencar categorias, levantar questões referentes ao seu sofrimento e selecionar elementos pertinentes ao nosso estudo. Assim formularemos categorias de análise das constantes, elementos que apareçam em dois ou mais entrevistas de estudo, e das variáveis, dados singulares de cada entrevistado.

Em que medida essas entrevistas tornaram possível fazer uma articulação entre as experiências singulares e os outros usuários de antidepressivos?

¹³ Enfatizamos o gênero e a orientação sexual, pois esses marcadores serão enfatizados na análise das entrevistas mais adiante.

Logicamente, cada sujeito vivencia essa experiência de modo singular, contudo podemos conjecturar a respeito de certas consonâncias presentes tanto nos entrevistados como na vasta literatura sobre a temática da depressão.

Na Conclusão realizaremos um exercício autocrítico, refletindo sobre os limites e limitações da nossa pesquisa. E também, um movimento transdisciplinar, cruzando os resultados com o olhar da psicanálise, pensando sobre a construção de outra clínica, outros desdobramentos e alternativas ao uso exclusivo de antidepressivos no tratamento do estado depressivo.

Até aqui apresentamos uma breve trajetória da pesquisa desenvolvida para entendermos se existiria algum sofrimento subsistente ao uso de antidepressivos; realizamos entrevistas, revisamos a bibliografia concernente ao tema da depressão, medicalização e psicanálise. Contudo é necessário nos perguntarmos: o quanto de sofrimento é aceitável? Ou ainda, existe alguma terapêutica capaz de acabar com todo o sofrimento?

Para começar a responder essa questão e já entrar no assunto do próximo capítulo, é necessário recorrer à filosofia do alemão Friedrich Nietzsche: “a vida é vontade de potência” (NIETZSCHE, 2001, p. 161), pois é preciso demarcar a diferença do “sobrevivencialismo” (PELBART, 2007) uma vida sem intensidade e existência esgotada, em contraposição à vida criativa e intensiva.

Desse modo, “o esgotado é aquele que, tendo esgotado seu objeto, se esgota ele mesmo, de modo que essa dissolução do sujeito corresponda à abolição do mundo” (PELBART, 2013, p. 39). Logo, não é a mesma coisa evitar o “esgotamento”, tal como foi definido, e ter a presença de prazer na vida, a primeira ação não resulta na segunda. No entanto, será que ao invés disso estamos remediando o desprazer?

O antidepressivo ajudou com que muitos desses sujeitos buscassem outros encaminhamentos ao seu sofrimento, como uma psicoterapia, possibilitando estabilidade ortopédica, uma “terceira perna” (LISPECTOR, 2009). Ele parece restaurar até o ponto anterior à crise, mas possui um limite de atuação, como se não agisse sobre o “esgotamento” da “vontade de potência”.

O remédio não parece mudar a processualidade subjetiva e nem alterar o funcionamento da lógica afetiva dos sujeitos. O que muitas vezes observamos é um deslocamento, ou a suspensão, do sintoma, como ele é entendido pela psicanálise.

Portanto, a questão do sofrimento psíquico parece ir muito além da deficiência de substâncias neuroquímicas, uma visão quantitativa e empobrecedora de saúde, visto que está ausente a dimensão de qualidade de vida, a vontade de potência. Não basta dizer: os antidepressivos funcionam! A que preço funcionam? Para quem? Até onde? Quais são os efeitos e desdobramentos do fim alcançado?

1 O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO

O enquadramento é algo muito estranho porque o que está fora é quase mais importante do que o que está dentro. Costumamos olhar um enquadramento pelo que ele contém numa foto ou num filme. Normalmente, pensamos no que está no interior. Mas o verdadeiro ato de enquadrar consiste em excluir algo. Acho que o enquadramento se define muito mais pelo que não se mostra do que pelo que se mostra (Wim Wenders).

O início do primeiro capítulo se desdobrará por duas vertentes que buscaremos integrar ao final: um breve comentário da relação entre o visível/invisível, seguida de uma descrição da noção da experiência da depressão, por meio de uma revisão literária fundamentada na psicanálise do campo de Freud/Lacan.

A idéia central do capítulo é defender que o estado depressivo é uma experiência afetiva, trans-individual e não apenas a expressão mecânica do desbalanceamento neuroquímico; a banalização deste diagnóstico tem ressonâncias com a formação social contemporânea.

Sendo assim, não temos a pretensão de esgotar os assuntos suscitados, porém, buscaremos oferecer uma contribuição a este vasto campo de pesquisa e erigir as balizas nas quais trabalharemos mais adiante. Recortaremos trechos retirados das entrevistas para dar consistência a nossas hipóteses.

No subitem 1.1 descreveremos a depressão conforme o DSM e a psiquiatria, tecendo alguns comentários. Queremos deixar claro que nossa intenção não é refutar os diagnósticos psiquiátricos, ou mesmo invalidá-los, mas propor uma reflexão do momento da construção de um quadro clínico: o que há para além dos sinais visíveis?

Quando colocamos “para além do visível”, não desconsideramos os fenômenos orgânicos manifestos, porém não nos deteremos nele. Intentamos ressignificar a noção do diagnóstico e, para isso é necessário vê-lo como:

um instrumento utilizado para que hipóteses sejam levantadas e, se preciso, derrubadas, sendo visto como fazendo parte do processo psicoterápico e estando sempre imbricado com a investigação que se faz a respeito deste ou daquele paciente (MIOTO; SAGAWA, 1999, p. 27).

O diagnóstico psiquiátrico pode ser colocado como uma etapa do tratamento, com fins de abrir um espaço potencial de singularização, por essa razão que é só mais um passo necessário de ser superado antes de se tornar um obstáculo que impeça o profissional da saúde de enxergar para além do enquadre psiquiátrico, perdendo-se as nuances intensivas. O diagnóstico não se limita a uma classificação baseada em uma listagem de sintomas, refere-se ao âmbito da processualidade.

A partir da psicanálise, sabemos que o exercício do olhar é algo que não se atém somente à lógica consciente, pois a maneira como vemos os objetos já é sobredeterminada pelo inconsciente. Portanto, a construção de um diagnóstico não é isenta da subjetividade; esta elaboração pode tanto ser uma moldura estática, vazia, uma mera descrição de comportamentos ditos patológicos, quanto um mapa dinâmico, que acompanhe os movimentos subjetivos.

É importante ressaltar que, às vezes, não existe nem a concretização de um quadro clínico. Segundo a pesquisa de Ferrazza (2009), a maior parte das demandas referentes ao sofrimento psíquico, que chegam aos serviços de saúde mental de determinada cidade do interior paulista, não tem sequer a formulação de um diagnóstico. E, além disso, a grande maioria recebe logo de entrada a prescrição de uma quantidade enorme de medicamentos psicoativos, nunca chega a receber alta e simplesmente acaba abandonando o tratamento no serviço de saúde.

A proposta aqui apresentada é discutir justamente a realização do diagnóstico psiquiátrico como um engessamento subjetivo, um aprisionamento em uma moldura que limita o sujeito àquele(s) determinado(s) transtorno(s) mental(is), ao invés de ser um recurso para a ampliação do caso. Contudo, o que é observar?

A formulação do diagnóstico, antes de tudo, passa pela dimensão da recepção do olhar. Propomos que utilizemos as classificações psiquiátricas para além do usual da medicina, de um modo psicossocial, ou seja, uma “psiquiatria menos médica”, ou uma “psiquiatria psicossocial”, menos orientada pelas outras especialidades da medicina (COSTA-ROSA, 2011).

Essa “psiquiatria psicossocial” se posiciona eticamente em contraposição à “psiquiatria-DSM”, visto que a primeira se pautaria na

ética do sujeito como protagonista da produção das respostas de sentido capazes de fazerem frente aos sintomas, de modo a produzirem seu reposicionamento 'entre' sentido, e em relação aos ideais socioculturais na vertente do desejo e do carecimento (COSTA-ROSA, 2011, p. 289).

O posicionamento da ética do sujeito que adotamos se refere ao reconhecimento do sujeito como um ser desejante, com capacidade de ressignificar seu sofrimento psíquico. Posição completamente avessa à *performance* medicalizadora e asilar da "psiquiatria-DSM", que (ab)usa previamente da prescrição de psicofármacos, o que dificulta a implicação do sujeito na produção de sentidos para o seu sofrimento psíquico. Tangenciaremos novamente esse assunto no tópico 1.3.

Voltando à temática da depressão, o principal problema da vulgarização desse diagnóstico é o seu empobrecimento clínico. Atualmente, reduziu-se qualquer tristeza prolongada, ou mesmo as singularidades do sujeito, a um componente orgânico, um desbalanceamento neuroquímico, característico do estado depressivo.

De uma maneira geral, parece-nos que existe uma dificuldade da "psiquiatria-DSM" na leitura da produção subjetiva de signos de saúde, eliminando-se toda afirmação da diferença, visto que estas são comumente articuladas às noções de desigualdade, déficit e desqualificação. Simplificando a problemática, o maior desafio do momento diagnóstico é o de olhar a diferença, não confundir o que é comum a uma maioria como sendo o certo, e o singular com deficiência.

Nesse sentido, a psicanálise contribuirá teoricamente com outra visão de construção diagnóstica. Na psicanálise, o diagnóstico não é algo universalizante, pelo contrário, é exclusivo daquela relação estabelecida entre analista e o analisando, pois, necessariamente, implica o psicanalista nesse olhar. O analista sabe que o diagnóstico só existe dentro da relação transferencial, impossível de ser generalizada para outros casos.

Conforme já havíamos dito, o processo diagnóstico envolve o analista, estabelecendo a trajetória da cura, enquanto a assertividade desse diagnóstico só será realizada ao longo do tratamento. Neste oxímoro consiste a especificidade da prática psicanalítica de diagnosticar (DOR, 1991).

Após essas considerações, podemos tomar o diagnóstico de maneira diferente, como uma invenção, uma produção transitória, não como verdade absoluta; algo

circunscrito àquela relação e não inscrito previamente no sujeito padecente, isto é, aspecto particular daquele contexto, naquele modo de existir em interação com o laço social.

É importante fazer essas considerações, visto que apesar de @s entrevistad@s¹⁴ terem o diagnóstico de depressão, eles estão longe de compartilhar uma unidade subjetiva em relação a esse diagnóstico. Pelo contrário, percebemos que ora o diagnóstico de depressão foi usado para determinada lista de sintoma, ora uma série de sintomas são adotados para a mesma categoria, ou seja, não existe um consenso entre os psiquiatras, uma “objetividade” na construção do quadro clínico da depressão, como almeja o DSM-IV.

Então, o que os une na mesma categoria? O que ressoa em todos eles? Antes, a respeito d@s entrevistad@s, talvez fosse mais exato falarmos em subjetividades acometidas por uma gama de sensações distintas que foram alinhados aleatoriamente na categoria depressiva.

Tomando a questão por outro ângulo, o psicanalista Daniel Delouya traz a problemática de se inscrever o estado depressivo no campo psicopatológico. No seu livro sobre o assunto, ele nem utiliza o termo “depressão”, preferindo empregar a ideia de “estado depressivo”. Diz ele:

A depressão, assim como a dor e a angústia, denota um estado afetivo, porém *privado* – ou que, talvez, prive o sujeito – das *qualidades e figuras* singulares que animam e dotam o afeto de sua especificidade. Trata-se, então, de uma *patologia*. Sim, se entendermos essa palavra não como termo médico, mas como atributo da impossibilidade, por mais passageira que seja, de exercer ou possuir algo que é fundamental para o viver humano. [...] O afeto oriundo do ambiente humano de origem, e sempre dirigido a um outro, ou gerado em relação a ele, abriga em seu bojo uma peculiar disposição para o ser semelhante – uma forma empática de aproximá-lo – que tem no sofrimento um pressuposto e ingrediente fundamental. Portanto, enquanto sofrimentos da alma, a depressão, a dor e angústia talvez sejam, por essa razão, não somente

¹⁴ “[...] o uso do símbolo arroba (@) durante toda a execução deste trabalho segue uma perspectiva de escrita feminista, conforme proposto no trabalho da Profa. Dra. Miriam Pillar Grossi (UFSC). Tal perspectiva visa buscar, também na escrita, a igualdade entre os gêneros, de modo que, quando nos referirmos a pessoas tanto do sexo feminino quanto do masculino, estaria aí contemplado tanto um quanto o outro, em oposição à linguagem padrão na qual o masculino serve para englobar homens e mulheres” (LACOMBE apud TEIXEIRA- FILHO, 2013, p. 13).

o cessar ou a privação dos afetos, mas seus protótipos de origens, ou seja, suas formas de base (DELOUYA, 2010, p. 15-16).

Nesse excerto podemos extrair algumas particularidades do estado afetivo da depressão, sendo esta uma experiência de sentido que estreita o campo de experimentações, restringindo o universo de satisfações e, logo, de vivências do sujeito. Por conseguinte, talvez a depressão, a dor e a angústia sejam manifestações do “esgotamento” (PELBART, 2013), como substratos comuns no cerne dos impasses psíquicos.

Neste sentido, o esgotamento não é o cansaço, a não ser pela “fadiga de si mesmo” que comentaremos adiante; seria o esvaziamento da dimensão criativa, o empobrecimento da capacidade de inventar novas virtualidades, o enfraquecimento produtivo dos fluxos desejantes.

Independente de a depressão constituir outra categoria psicopatológica é inegável que subjacente a esse impasse exista um sofrimento intenso. O que nos resta saber é quais são as dimensões desse impasse na vida dos sujeitos.

No campo psicanalítico de Freud/Lacan, a depressão nunca figurou como uma categoria diagnóstica:

A depressão não é uma estrutura clínica. Os psicanalistas, à diferença da tendência atual a usar o diagnóstico de depressão como rótulo de um número cada vez maior e indeterminado de situações psíquicas, sabem que em cada sujeito a depressão tem diferentes significações (JIMENEZ, 1997, p. 199).

A noção de psicopatologia na psicanálise é estrutural. Por conta da indeterminação e da inexistência de um consenso do que constituiria a experiência subjetiva da depressão, os psicanalistas costumam fazer alusões à melancolia e, partindo dela, explicar a depressão. Não adotaremos tal estratégia por completo. Antes, iremos correlacionar os três (luto, melancolia e depressão) com o objetivo de esclarecer o que seria a depressão “transestrutalmente” (JIMENEZ 1997).

O luto, como Freud (1917) pontuou, é uma reação diante da perda de uma pessoa amada, de um ideal, de uma pátria etc. Portanto, sendo algo comum à existência, não deve nunca ser considerado patológico, nem muito menos ser

medicalizado, isto é, tratado como um problema de ordem médica. Pelo contrário, qualquer intervenção nesse processo, seja para acelerá-lo, apagá-lo, ou até “curá-lo”, poderá ter efeito iatrogênico, ou seja, acarretará mais prejuízos ou mesmo criará um sofrimento, visto que “o luto é um processo vital para o restabelecimento e reorganização do sujeito diante de sua ‘ferida narcísica’ denunciada e (re)evidenciada por uma eventual situação de perda” (TAVARES, 2009, p. 63).

O luto é um processo doloroso de desligamento afetivo do objeto amado, é um processo subjetivo gradual e não existe uma previsão de duração normal para a sua superação. Então, podemos pensar a depressão como um luto prolongado? Porque, no estado depressivo, o sujeito sente como se tivesse perdido algo, entretanto não sabe o que e nem o que mais foi perdido conjuntamente.

Freud usa a palavra depressão para falar de um luto patológico (FREUD, 1917 [1915], p. 242). De uma certa maneira a depressão é o contrário de um luto, pois o luto é um trabalho espontâneo do simbólico. Na depressão trata-se de um luto congelado, eternizado, pela falta de trabalho de elaboração. O sujeito não quer se referenciar na perda – não quer se reconhecer como sujeito faltoso –, o que o remeteria à castração. [...] O Bem Dizer como lei ética do trabalho analítico pode ajudar a transformar a depressão em luto (JIMENEZ, 1997, p. 201).

A dimensão da castração na psicanálise se refere ao reconhecimento da falta no Outro e as produções subjetivas a partir dessa condição existencial. No trecho acima podemos evidenciar uma possível saída para a depressão no posicionamento do analista na ética do bem-dizer o desejo, ao invés de benzê-lo, que será mais bem esmiuçado mais adiante, no inciso 2.2.

Assim, “quando é a falta de luto – o não querer se referenciar na perda – o que produz a depressão” (JIMENEZ, 1997, p. 201), se não houver reconhecimento do sujeito que aquele objeto perdido não existe mais na realidade, “a tristeza se eterniza e se torna depressão” (JIMENEZ, 1997, p. 201).

Se tomarmos como paralelo a melancolia:

o deprimido também dirige frequentemente a si próprio recriminações que melhor se aplicariam à pessoa a quem o sujeito ama, amou ou devia amar. A diferença seria que na melancolia essa pessoa teria funcionado como suplência, como bengala imaginária, e na depressão

como depositário do Ideal do Eu. Na depressão e na melancolia o suicídio é possível (JIMENEZ, 1997, p. 201).

Não discutiremos sobre qual estrutura clínica psicanalítica (neurose, psicose, perversão) a depressão pertence, por mais que essa problemática atravesse esse campo. Entretanto, possivelmente, o discurso dos depressivos encontre mais ressonância no intercâmbio social por conta da nossa formação social contemporânea, o qual será mais bem esmiuçado no subitem 1.3.

1.1 O que produz o diagnóstico psiquiátrico da depressão?

*Desfazer o normal,
há de ser uma norma.
(Manoel de Barros)*

No ano de 2012, a OMS divulgou outro levantamento digno de nota: o diagnóstico de depressão figura como uma das principais causas de afastamento do trabalho, dentre todas as patologias listadas no planeta. Segundo a estimativa da agência, a depressão afetaria 350 milhões de pessoas, de todas as idades, no mundo todo (OMS, 2012).

Em três anos o cálculo quase triplicou, pois se atentarmos que, em 2009, a OMS avaliava que seriam 120 milhões depressivos. Portanto, ao invés de pensarmos sobre esse “avanço das depressões”, é imprescindível demarcar a qual tipo de depressão a OMS está se referindo.

Neste subitem, tomaremos a questão do título por duas vertentes: primeiramente, descreveremos a depressão a partir da psiquiatria, em seguida, comentaremos quais são as implicações dessa produção.

A OMS compreende a depressão da maneira como é descrita pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), o qual recebe muita influência do DSM, manual auxiliar de diagnóstico.

Conforme a última revisão da quarta edição, o DSM-IV TR, os transtornos depressivos fazem parte da seção de transtornos de humor, que são: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação. A Depressão Maior é caracterizada como uma síndrome que envolve

inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Seus sintomas, de acordo com o DSM-IV-TR são:

1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito). Em crianças e adolescente pode ser humor irritável; 2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte de ou quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros); 3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p. ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados; 4) insônia ou hipersonia quase todos os dias; 5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento); 6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias (APA, 2002, p. 354).

Como podemos observar o DSM-IV TR faz descrições categóricas baseadas em queixas, estes entendidos como sintomas que remetem a uma das categorias de depressões citadas acima. “Como sabemos os critérios para diagnosticar um episódio depressivo maior, tal como foi definido pelo DSM-IV, exigem a presença de cinco (ou mais) dos nove sintomas já conhecidos” (CAPONI, 2010, p. 2).

Com uma ressalva, o DSM não deve ser popularizado como um catálogo de transtornos mentais, ele é um manual para profissionais da saúde mental. O DSM foi criado pela APA para fins estatísticos. Como já foi dito, passou por diversas reformulações, porém o que nos causa alarme é: por quais circunstâncias, a cada novo DSM, aumentou-se consideravelmente a “constelação dos transtornos mentais” (ANGELL, 2011)

Tomando o DSM-III (1980) como um divisor de águas, veremos que ele afastou completamente as referências teóricas da fenomenologia e da psicanálise das suas categorias. Dessa forma, pretendia-se organizar um guia ateuórico, o que não ocorreu, visto que o DSM acabou tornando-se impregnado de empirismo e comportamentalismo nas suas descrições (FENDRIK, 2011).

Obsevando a história da psiquiatria, a partir dos seus paradigmas, Guillermo Izaguirre (2011) diferencia três momentos, colocando a “revolução psicofarmacológica” como a imersão da crise do terceiro paradigma da psiquiatria:

Na psiquiatria cada paradigma estabeleceu suas próprias classificações. Ao se tratar da idéia de doença única [primeiro paradigma], um sistema classificatório não possui demasiado sentido apesar de existirem alguns esboços quando se incluem diversas formas de monomanias. No domínio do segundo paradigma que determinou a entrada de pleno direito da psiquiatria na medicina, desenvolveram-se muitas classificações, sendo as mais importantes as diversas edições da classificação de Kraepelin [...]. Como se tratava de doenças, podiam basear-se na etiologia, no desvio da norma fisiológica ou cultural ou na apresentação de sintomas. No caso do terceiro paradigma, o fundamental foi considerar a psicopatologia estrutural que permitiu estabelecer os três grandes grupos: neuroses, perversões e psicoses (IZAGUIRRE, 2011, p. 17).

Nesse sentido, esse terceiro paradigma estaria em crise, pois se abandonariam explicações estruturais e etiológicas dos supostos transtornos mentais. As categorizações psicopatológicas dos primeiros manuais, DSM-I e DSM-II, eram consideradas imprecisas e pouco científicas e objetivas, pois o manual devia se ater aos comportamentos observáveis (FENDRIK, 2011).

Assim, investiu-se em uma clínica baseada em comportamentos, com uma caracterização descritiva e, supostamente, atórica do corpo. Contudo, o DSM-IV, como já foi dito, está implicitamente baseado em uma teoria, a corrente filosófica do empirismo. A própria pretensão de construção de um manual diagnóstico pressupõe um embasamento teórico (IZAGUIRRE, 2011).

Se por um lado existe a tentativa de apagar as influências teóricas, por outro ângulo, observamos o avanço da influência da indústria farmacêutica na construção do DSM. Reportagem do jornal Folha de São Paulo, de março de 2012, aponta para o aumento da influência da indústria farmacêutica no DSM-V, lançado no primeiro semestre de 2013. Sendo que, "dentro da força-tarefa responsável pela quinta edição do livro, o número de pesquisadores que declararam ter conflito de interesses subiu de 57% para 69%, em relação à quarta edição" (GARCIA, 2012).

Logo, podemos observar:

primeiro, o processo de contínua expansão dos diagnósticos, que vem trazendo para o campo da psicopatologia traços, emoções e estados subjetivos anteriormente experimentados e tratados como inerentes à existência comum. O segundo é o progressivo rebaixamento do limiar de diferenciação entre a normalidade e a patologia, fazendo com um

número cada vez maior de indivíduos se torne elegível para o diagnóstico de algum transtorno conhecido. O terceiro, e talvez mais importante, é o borramento paulatino da fronteira entre tratamento e aperfeiçoamento, que vem consolidando a ideia de uma psiquiatria voltada não apenas para o tratamento de transtornos, mas também para o alívio do sofrimento inerente à vida cotidiana e aos limites naturais da vida, mas também para a produção, por meio da regulação biotecnológica, de estados de bem-estar e felicidade (BEZERRA JR, 2010, p. 5).

As referidas mudanças apontam para um determinado modo de entendimento do conceito de saúde como a completa ausência de conflitos, não a capacidade de vivenciá-los e superá-los. Essas transformações no campo da saúde mental são, em parte efeitos da influência da atuação psiquiátrica no cuidado médico e na sociedade, que podem ser resumidas em três características profundamente imbricadas: primeiro, uma patologização do social; segundo, o rasuramento da linha entre normal/patológico; terceiro, a medicalização da existência com objetivo de aprimoramento da *performance* individual.

Parece que, mais uma vez, a arte coincide com a vida, já que este fenômeno contemporâneo da expansão dos diagnósticos é muito verossímil com o enredo do livro “O alienista”, de Machado de Assis. Na obra, do fim do século XIX, o alienista (psiquiatra), Dr. Simão Bacamarte, paulatinamente interna a todos os moradores da cidade de Itaguaí na “Casa de Orates”¹⁵, por conta das mais diferentes idiosincrasias e em determinado ponto a maior parte da cidade está encarcerada.

Diante de todas essas transformações, é essencial resgatar a produção de sentido do sujeito sobre seu sofrimento, não só no que poderia encaixá-lo no DSM. A “psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2011) tem feito à aposta de que será possível um dia, assim como nas outras especialidades da medicina, realizar diagnósticos tomando parâmetros estritamente objetivos.

Dentro do campo da psiquiatria há muitas divergências referentes às interpretações das tomografias, ressonâncias magnéticas etc. que supostamente comprovariam a existência dos transtornos mentais. Ainda, devemos indagar: qual é a ordem pressuposta, em relação à qual o transtorno mental representaria uma ruptura?

¹⁵ Casa de Orates: manicômio, sanatório etc.

Se por um lado o investimento na objetividade visa a conceder à psiquiatria um lugar de maior legitimidade científica perante outras áreas médicas, por outro, essa aplicação tem custado caro aos pacientes psiquiátricos. Estes, longe de serem desprovidos de uma subjetividade, estão sendo sistematicamente assujeitados por meio da prescrição apriorística de antidepressivos, já que cada vez menos aquilo que esses sujeitos têm a dizer sobre o seu sofrimento psíquico, assim como o seu protagonismo tem sido levado em conta.

Em contrapartida, como se posicionam os farmacodependentes que demandam um diagnóstico, um medicamento psicoativo para não sentir tristeza, nem dor, nem medo e, conseqüentemente, não sentir mais nada? Esperam pacientemente (ou passivamente) uma repentina e milagrosa cura pela pílula, sem precisar modificar sua identidade? Será que desse modo algum dia serão agentes, apropriando-se do seu tratamento?

A psicanalista, Rolnik (1995), apresenta-nos o seguinte quadro:

O viciado em identidade tem horror ao turbilhão das linhas de tempo em sua pele. A vertigem dos efeitos do fora o ameaçam a tal ponto que para sobreviver a seu medo ele tenta anestesiá-lo: deixa vibrar em sua pele, de todas as intensidades do fora, apenas aquelas que não ponham em risco sua suposta identidade (ROLNIK, 1995, p. 308).

É isso que muitas bio-identidades têm buscado: uma vida sem turbulências, sem crises. Entretanto, “crise” etimologicamente tem a mesma raiz de crescimento. Sendo assim, os bio-diagnósticos (CALIMAN, 2012) visam paralisar os fluxos que reclamam por mudanças na estilística da existência (BIRMAN, 1996). Buscando restaurar o seu modo de vida anterior e frear o “turbilhão das linhas de tempo”, supondo que isso é possível. No entanto, ignoram que a forma de vida anterior ao rompimento da crise foi o que levou o sujeito a chegar a esse impasse.

Para encerrarmos o assunto referente aos diagnósticos, é importante resgatar que o diagnóstico deveria funcionar como moldura de uma pintura, algo que pode ser provisório, que deve ressaltar a obra de arte e não apagá-la. Neste sentido, o enquadre é um recorte que ressalta diversos signos, que não possuem um sentido único, como

uma obra de arte que pode receber diversas interpretações. Logo, o diagnóstico deve ser parte de uma estratégia de intervenção. Assim, como utilizar dessa estratégia?

Diagnosticar é reconstruir uma forma de vida, definida pelo modo como esta lida com a perda da experiência e com a experiência da perda. Diagnosticar é dizer como uma forma de vida se mostra mais determinada ou mais indeterminada, como cria sua singularidade entre falta e excesso e como se relaciona com outras formas de vida por meio da troca e da produção. Linguagem, desejo e trabalho são formas de relação, daí que nosso conceito seja adequado não para um relativismo, mas para um relacionismo (DUNKER, 2011, p. 124).

Neste sentido, o diagnóstico deve atentar tanto para o sofrimento, quanto para os signos saudáveis de funcionamento daquele modo de existência. É um instrumento de ressignificação, de como determinada “forma de vida” se compõe e decompõe no intercâmbio social.

O melhor diagnóstico são os sonhos, pois é um material singularizado e temporário de nossa enunciação subjetiva (HERRMAN, 1991). O sonho é um campo de múltiplas interpretações possíveis cujo sentido pode ser construído na relação transferencial, entre o analisando e o analista. O que é diferente da atribuição de um bio-diagnóstico (CALIMAN, 2012), que nunca mais é revisado.

Não foi por acaso que Freud escreveu inicialmente sobre os sonhos nas obras basilares da psicanálise. Os sonhos são uma importante porta de entrada para o entendimento do campo psicanalítico. O sonho é uma criação subjetiva com cunho estético, uma leitura do sujeito sobre o seu próprio desejo; é uma tentativa de realização do desejo inconsciente e, principalmente, o mesmo processo que o sujeito produz sentidos para sua realidade é o de enunciação do sonho.

O que realmente nos interessa na vida onírica é o protagonismo do sujeito na sua produção e é isso que está sendo descartado nos tratamentos psiquiátricos, com a receita de psicotrópicos *a priori*: a subjetividade. Nisso reside o cerne do problema, tratar aquilo que é múltiplo e singular tentando encaixá-lo (ou seria encaixotá-lo) em categorias universalizantes.

O que aparenta ser meramente uma questão técnica de como nomear características e como armazenar detalhes, na verdade, trata-se do resultado de

múltiplas interações e da naturalização de muitos discursos. Defendemos que uma pista para a produção de diagnósticos é a de que os sujeitos saibam da sua dimensão histórica e organizacional e também explicitamente retenha(m) traços da sua construção. A única classificação boa é a classificação viva (BOWKER; STAR, 1999).

1.2 O dispositivo de medicalização da depressão

*Estou sentindo uma clareza tão grande que me anula como pessoa atual
e comum: é uma lucidez vazia, como explicar?
(Clarice Lispector – “Lucidez Perigosa”)*

O conceito do dispositivo foucaultiano é uma trama que engendra uma rede de discursos, articulando elementos díspares para uma determinada finalidade. Neste sentido, defendemos que a medicalização da depressão se inscreve em dispositivo, acabando por se constituir a única possibilidade de tratamento da experiência depressiva; visto que a prática medicalizante conjuga uma teia de discursos – das neurociências, da medicina psiquiátrica, da neuropsicologia, da genética, da biologia, da farmacologia, da mídia etc. – para justificar o uso de antidepressivos como o melhor tratamento para a depressão, a despeito de outros atravessamentos que compõe o campo.

No mais, existem outras leituras para defendermos que o dispositivo circunscreve a medicalização da depressão, por exemplo: a “patologização do social”, “a medicalização da vida”, por meio do saber/poder da “psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2011), entre outros aspectos, que serão comentados adiante, ligados ao lugar do sintoma no tratamento, ao SSD e ao *phármakon*.

Nesta parte, pretendemos analisar a inscrição da medicalização da depressão no dispositivo e pensar os discursos que tornam os depressivos seres infames (FOUCAULT, 1992). Faremos uma descrição dos discursos que tecem a nossa sociedade contemporânea.

Primeiramente, temos que mencionar o Modo Capitalista de Produção (COSTA-ROSA, 1999) como pano de fundo, uma vez que o MCP não se restringe às relações socioeconômicas, mas é sobretudo um modo de produção discursiva de linhas

subjetivantes. Neste sentido, os processos de subjetivação capitalísticos criariam novos consumidores para seus novos produtos, invertendo a lógica de que, primeiramente, haveria a demanda, em seguida a invenção de objetos.

Conjuntamente as mudanças no MCP, desde o século XX, vivemos a crise das referências patriarcais transcendentais, que vem sendo substituídos pelos ideais narcísicos, do autocentramento. Vemos que as relações econômicas incidem e interagem diretamente com as relações sociais, provocando profundas transformações nas relações intersubjetivas.

Numa sociedade em que a desestabilização dos sistemas de referências é generalizada, o esporte é o *summum principium* de uma cultura do heroísmo que nos intima, não a delirar diante das proezas de seres excepcionais numa identificação com eles – eles não são mais do que suportes de nossa própria modelização, já que agora todos podemos ser excepcionais -, mas nos intima a inventar a nós mesmo contando com nossas únicas forças (EHRENBERG, 2010, p. 25).

O desamparo de referenciais estáveis na contemporaneidade vem sendo suplementado pelo conjunto de imagens e mensagens que circulam no mercado do espetáculo e que impulsionam o indivíduo a ser empreendedor da sua vida. A partir disso, ressaltamos dois desdobramentos: a vida como autorreferente e a objetualização das relações com o outro (BEZERRA JR., 2010).

Com a derrocada dos “valores transcendentais absolutos” despontaram outras matrizes de subjetivação, “o único absoluto que resta é o da autorreferência” (EHRENBERG, 2010), pois “no espetáculo, imagem da economia reinante, o fim não é nada, o desenrolar é tudo. O espetáculo não deseja chegar a nada que não seja ele mesmo” (DEBORD, 1997, p. 17).

Nesse sentido, a *performance* individual passa a ser religiosamente cultuada, assim como o “*marketing* pessoal”, visando sempre a uma autopromoção. Segundo Ehrenberg (2010), o “culto da *performance*” é orquestrado por três discursos: o esporte, a aventura e a empresa.

“O esporte é uma técnica de fabricação da autonomia, uma aprendizagem do governo de si mesmo que se desenrola tanto na vida privada quanto na vida pública” (EHRENBERG, 2010, p. 20). A utilização não-esportiva do esporte seria uma

biopolítica, visto que o tornaria uma máquina disciplinar de individualização, de autogoverno, tanto no âmbito público quanto privado.

O uso extra-esportivo fornece metaforicamente ao indivíduo as coordenadas para que se autorreferencie, ignorando os âmbitos políticos coletivos de decisões, e que esteja apto a lidar com situações correntes do mercado de trabalho de instabilidade e constante competição, tomando o esporte-aventura como referência simbólica de superação de si mesmo, centrado em si mesmo.

Quanto à empresa, ela “vai na esteira do esporte” (EHRENBURG, 2010), visto que se utiliza das técnicas motivacionais do esporte, em que o empregado é um integrante da equipe da empresa, sendo o responsável pelo seu desempenho pessoal, mas sem participar concretamente da criação das políticas de planejamento que o atravessam profundamente. “Hoje, o esporte simboliza e promove a imagem do indivíduo autônomo, produzindo tanto sua saúde, sua aparência física, quanto sua implicação na vida profissional como o empreendedor de sua própria existência” (EHRENBURG, 2010, p. 26).

A utilização do espírito esportivo na vida empresarial é o *zeitgeist* contemporâneo do *self-made man*, movimento similar a uma “força centrípeta” contemporânea da cultura do narcisismo. Como um dos possíveis resultados desse processo, vemos na contemporaneidade a disseminação do diagnóstico de depressão.

As depressões advêm na atualidade trazendo novos contornos ao sofrimento psíquico. Principal marco dessa transformação, o declínio da autoridade simbólica lança o sujeito contemporâneo a uma oscilação entre o possível e o impossível (FARAH, 2012, p. 185).

A derrocada dos cultos aos valores transcendentais fatigou o sujeito, em razão da cobrança constante de se tornar empreendedor de si mesmo em todos os planos da sua vida (EHRENBURG, 2010). “O eu torna-se um projeto, ou seja, uma interrogação contínua acerca do seu passado, do presente e, sobretudo, do seu futuro” (BEZERRA JR, 2010, p. 1).

A depressão se torna de certa maneira a “doença da autonomia” (FARAH, 2010), uma vez que indivíduo se vê sempre insuficiente tendo que recorrer psicotrópicos para atingir o ideal de autossuficiência; assim, tornando-se o “sujeito-comprimido” (SANTOS,

DIONÍSIO, YASUI, 2012), que tem sua subjetividade achatada simbolicamente, uma vez que se desconsidera a dimensão política, econômica, a historicidade e a conflitualidade que atravessa a experiência depressiva. Conseqüentemente, o sujeito pode ter encapsulada sua narrativa pelo antidepressivo.

Um dos exemplos dos desdobramentos dessa cultuação da *performance* autorreferenciada, observamos no relato da Isabela quando ela diz que mesmo com a utilização dos antidepressivos, sente picos de depressão perto de períodos de provas, isto é, quando seu desempenho está sob avaliação.

Ela relata que a experiência depressiva foi para ela, entre outras razões, uma queda no seu rendimento e coloca como umas das possíveis origens da depressão, que “sempre todas as outras pessoas passavam na sua frente em tudo” e ela se sentia em “segundo plano nas coisas”.

Diante dessa aventura empreendedora em que se tornou a vida em sociedade, em relação à qual faltam frequentemente os reparos e os meios institucionais que permitiriam a qualquer um enfrentá-la, não causa espanto ver a obrigação de ganhar vir acompanhada de uma crise de identidade maior, e uma depressão nervosa apoderar-se de uma boa parte de nossos compatriotas. O consumo maciço de medicamentos psicotrópicos, sob o peso dessa pressão psíquica inédita, bem como um fundamentalismo identitário, acompanham a pacificação aparente da sociedade. Os movimentos neocomunitários, no espaço político-social, e a depressão nervosa, no espaço psíquico, estão profundamente intrincados. Eles são as ruínas do progresso (EHRENBERG, 2010, p. 14).

Sendo assim, vemos como se articula a infâmia dos depressivos, tendo em vista a sua vagarosidade, não é por acaso que esse impasse conquistou um enorme contingente de diagnósticos. A vagarosidade depressiva incomoda a sociedade, pois esta morosidade subjetiva seria um dos resultados do “progresso” contemporâneo.

Para concluir, propomos uma ampliação da discussão da composição da medicalização na depressão junto ao dispositivo. Acreditamos que a história da depressão de Carolina nos oferecerá uma interessante intersecção de dois campos: o da medicalização na depressão e o das sexualidades.

Ela relata que com 15 anos se apaixonou por outra garota e os pais das duas não aceitaram tal relação, separando-as e mudando-as de sala no colégio. Carolina

passou a ser monitorada para que não encontrasse com a outra garota. Em seguida, segundo suas próprias palavras, iniciou a terapia como punição. Com essa idade tentou se suicidar por meio da ingestão de vários medicamentos, não deixou claro se foi antes ou depois da terapia.

Com 17 anos, após uma crise aguda, a psicóloga a diagnosticou com depressão, o psiquiatra confirmou, e ela começou a ser medicada com antidepressivo. Dizemos inicialmente, pois, Carolina, atualmente com 24 anos, foi passando por um aumento progressivo de combinações medicamentosas: na primeira fase, tomava somente o antidepressivo; na segunda fase, antidepressivo e antiepiléptico (estabilizador de humor); na terceira fase, antidepressivos, antiepiléptico e ansiolítico; na quarta fase, antidepressivo, antiepiléptico e outro tipo de ansiolítico; no estágio atual, ela toma antidepressivo, antiepiléptico e antipsicótico.

Uma informação importante a ser mencionada, Carolina relata que logo nos primeiros 15 dias após começar a primeira fase de tratamento psicofarmacológico, só com antidepressivos, ela tentou se suicidar com a ingestão de vários deles. Exploraremos mais a frente à questão das tentativas de suicídio d@s entrevistad@s.

Quando interrogada se fazia relação entre o seu sofrimento psíquico e o fato de gostar de meninas, respondeu que, internamente, isso foi um processo tranquilo, entretanto, na relação com os pais e a escola não foi bem assim. Quando indagada se fazia relação com a homofobia que tinha sofrido e a depressão, respondeu que não, mas que fazia relação entre a depressão e o preconceito vivido dentro da família, referente ao transtorno de personalidade, visto que era uma criança difícil de lidar e contestava muito os adultos.

Pensamos que, talvez, tenha faltado uma explanação sobre o que conceituamos como homofobia, já que:

[...] por homofobia entendemos o medo, a aversão, o descrédito e o ódio a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, de modo a desvalorizá-l@s por não performarem seus gêneros (BUTLER, 2003) em correspondência com aquilo que é social e culturalmente atribuído para seus corpos biológicos. Trata-se, portanto, de um dispositivo regulatório da sexualidade que visa à manutenção da heteronormatividade. Assim, sofrerão os efeitos da homofobia aquel@s que não se enquadram nesse modelo heteronormativo, sendo estigmatizad@s e

excluíd@s, pois subvertem as normas de gênero que, sabemos, privilegiam a heterossexualidade (WELZER-LANG, 2001). A homofobia uniformiza as identidades de gênero e garante-lhes hierarquias de privilégios por meio da heterossexualidade compulsória, na qual as relações devem seguir as normas do sistema sexo/gênero/desejo/práticas sexuais (BUTLER, 2003) (SILVA TEIXEIRA-FILHO; RONDINI; BESSA, 2011, p. 727).

Por essa razão, Carolina teria passado por uma série de violências por não atender a heteronormatividade que normatiza como deve performar seu gênero, sua orientação sexual, sua prática sexual e a que(m) deve desejar. Dizemos que dispositivo na sexualidade gerencia o regime dos afetos e desejos, pois:

Michel Foucault (1999), ao estudar os mecanismos de disciplinarização nas sociedades, elaborou a ideia de que a sexualidade é um dispositivo regulatório na construção das subjetividades. Para compô-lo enquanto tal, diversos discursos, como os religiosos, os jurídicos, os científicos, os políticos e os educacionais, são atravessados pela homofobia (SILVA TEIXEIRA-FILHO; RONDINI; BESSA, 2011, p. 727).

A biopolítica da heterossexualidade compulsória arregimenta tod@s que desviarem do padrão da dita sexualidade normal. A adolescência costuma ser o período das primeiras relações afetivas. Logo nas primeiras paixões, infelizmente, Carolina conheceu a fundo também a homofobia, incorporada pela família e a escola. Acabou sendo atravessada por problemáticas que dificilmente um jovem heterossexual enfrentaria.

Portanto, nesse caso, atribuímos à homofobia, proveniente do dispositivo na sexualidade (para a sustentação da heteronormatividade vigente na nossa sociedade), um dos prováveis fatores que engendrou o quadro depressivo de Carolina.

Pode ainda restar uma questão: se não estaríamos inculcando o elemento da homofobia na história de Carolina. Pelo contrário, procuramos visibilizar um componente que costumeiramente, na literatura de psicologia, fica “dentro do armário” (SEDGWICK, 1990). E, no mais, pensamos não ser possível, de acordo com o relato da Carolina, desconsiderar o atravessamento da homofobia nessa história.

1.3 A depressão como sintoma social dominante

O sintoma resolve-se inteiramente numa análise de linguagem, porque ele próprio está estruturado como uma linguagem, porque é linguagem cuja palavra deve ser liberada. [...] O sintoma é um retorno da verdade. Ele não se interpreta a não ser na ordem do significante, que só tem sentido em sua relação com outro significante. [...] Se o sintoma é uma metáfora, não é metáfora dizê-lo [...] pois o sintoma é uma metáfora, quer se queira ou não dizê-lo (LACAN apud DOR, 1989, p. 66-67).

Para Lacan, o inconsciente é estruturado como uma linguagem, isso significa que as formações do inconsciente se manifestam por meio de metáfora ou metonímia, de acordo com as estruturas linguísticas discursivas. Deste modo, o sintoma na psicanálise se diferencia da queixa por um trabalho de metaforização da demanda de saber.

Ao longo deste subitem, esmiuçaremos as diversas faces do sintoma constituído discursivamente e como essas se relacionam com o diagnóstico psiquiátrico de depressão.

Muitos psicanalistas veem a depressão como um sintoma, tanto subjetivo, como do laço social:

Seria a depressão um sintoma? Psiquiatricamente sim, entendendo sintoma como o sofrimento de que um indivíduo se queixa. Mas, psicanaliticamente, não, posto que um sintoma pressupõe um trabalho de metaforização que não se encontra na depressão (COSER, 2003, p. 137).

Neste sentido, quando falamos em sintoma na psicanálise nos referimos a uma manifestação do inconsciente que guarda uma verdade subjetiva e, conseqüentemente, quadros clínicos em psicanálise se referem a processos de subjetivação.

Olhando para a discussão da medicalização de forma mais apurada, veremos que no seu centro gravitacional repousa a noção de sintoma. O embasamento teórico do sintoma atravessa a prática da clínica psi epistemologicamente e paradigmaticamente. A maneira como ele é fundamentado influencia diretamente em como ele é observado, descrito e tratado.

Na psicanálise é a partir dos sintomas relatados pelo sujeito que se constrói a análise; o sofrimento sintomático é o motivo do analisando buscar e entrar em análise.

Logicamente que quando se fala em sintoma na psiquiatria há pouca ressonância com o mesmo na psicanálise. Na “psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2011), o sintoma é algo emblemático, um sinal que remete a uma lista que caracteriza determinados transtornos. Essa lista, por sua vez, remete a outro catálogo (DSM) no qual estão classificadas todas as psicopatologias.

Para a “psiquiatria DSM”, o sintoma é um corpo estranho alojado no indivíduo, ela o vê de maneira externa ao sujeito, como uma disfunção neuroquímica que perturba o funcionamento mental:

[...] na medicina, o sintoma significa algo que não vai bem, algo de anormal e bizarro, uma alteração de função ou alerta de doença, alguma maneira de o paciente se perceber como um possível doente. Mas compete ao médico decifrar se o sintoma indica a presença ou a possibilidade de uma doença. O médico deverá definir aquilo que é objetivo do que é fantasia, ou pelo menos filtrar as queixas subjetivas indicativas de doença orgânica. Desta maneira, o médico deve procurar no sintoma, como queixa, como manifestação subjetiva, como percepção do paciente, a possibilidade de sua objetivação. Em outras palavras, compete ao médico discriminar se o sintoma tem como significado uma doença (PIMENTA, 2003, p. 223).

Deste modo, na nossa sociedade é o discurso médico que vai conferir legitimidade neuroquímica àquele sofrimento, de forma que é o médico quem confere realidade a queixa sintomática (ILLCH, 1975). Do contrário, se o sintoma não for decodificado dentro do campo da medicina é um impasse menor, ou seja, menos real (CALIMAN, 2012).

Entretanto, a manobra de reduzir as explicações de todas as psicopatologias a um desequilíbrio neuroquímico coloca em risco o próprio diferencial da clínica psiquiátrica. Já que todos os supostos transtornos mentais são fruto de um déficit neuroquímico, qual a especificidade da psiquiatria? Será que em um futuro próximo restará à clínica psiquiátrica somente a função de prescrição de psicofármacos?

Freud arquitetava um possível diálogo entre a psiquiatria com a psicanálise. Ele que tinha formação em medicina e pensava ser possível uma relação harmoniosa entre a psicanálise e psiquiatria, acreditava que: “a psicanálise relaciona-se com a psiquiatria

aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células” (FREUD, 1917 [1981], p. 233).

Compartilhamos essa posição freudiana. De forma que não nos posicionamos de maneira contrária aos psiquiatras, nem aos antidepressivos:

[...] é preciso que se compreenda que não há aí nenhuma proposição de renúncia à formação médica em alguns de seus importantes aspectos, pelo contrário, e muito menos, uma renúncia à utilização dos medicamentos.

A transcendência da medicalização exige compreender e operar a posição relativa do fármaco – a ponto de talvez concluir que ela tem uma função secundária, na maioria dos casos; tanto porque será utilizado como retaguarda, quanto porque não será utilizado em muitos casos. Também poderá haver algumas poucas situações em que a medicação será protagonista; em outras, como nas situações de sideração do sujeito, ela pode ser utilizada a serviço de ‘fazer falar’ (PROTA, 2010) (COSTA-ROSA, 2011, p. 295).

Portanto, para além de pensarmos os psicofármacos como instrumentos que fazem falar ou calam o sujeito, estamos aqui apenas indagando como podemos posicionar o antidepressivo para ser usado, ou não, de forma a empoderar o sujeito.

Os antidepressivos não podem ser usados em terapêuticas sem implicação subjetiva, visando apenas suprir a brecha de diálogo entre os movimentos de subjetivação do corpo e da biologização da alma (CARNEIRO, 2009).

Dessa maneira, tenta-se amordaçar a mensagem do sintoma, resultado de uma teia discursiva de relações complexas:

[...] em psicanálise, o sintoma nos surge de maneira diferente de um distúrbio que causa sofrimento: ele é, acima de tudo, um mal-estar que se impõe a nós, além de nós, e nos interpela. Um mal-estar que descrevemos com palavras singulares e metáforas inesperadas. Mas, quer seja um sofrimento, quer uma palavra singular para dizer o sofrimento, o sintoma é, antes de mais nada, um ato involuntário, produzido além de qualquer intencionalidade e de qualquer saber consciente. É um ato que menos remete a um estado doentio do que a um processo chamado inconsciente. O sintoma é, para nós, uma manifestação do inconsciente (NASIO, 1993, p. 13).

O sintoma não deve ser visto pelo seu aspecto manifesto, seu sentido literal, mas, sobretudo, deve ser analisado naquilo que carrega de metafórico, simbolizado; pois, também, “o sintoma conclama e inclui a presença do psicanalista” (NASIO, 1993, p.15), isso marca toda a diferença do sintoma e para a psicanálise e para psiquiatria.

O sintoma na psicanálise sempre implica o analista, não existe um olhar neutro sobre ele, estritamente objetivo. Em determinado momento do processo transferencial ocorrido em análise, o psicanalista é incluído no sintoma do analisando.

O sintoma possui uma história de constituição a ser desenrolada, não sendo algo que surge espontaneamente no sujeito, mas, antes, faz parte de uma tessitura subjetiva e não pode ser tratado como um elemento descartável, visto que é uma saída do sujeito, ainda que dolorosa. Tratar do sintoma na “psiquiatria DSM” tem significado silenciá-lo e tamponá-lo com psicofármacos, desprezando os conflitos latentes que estão para além daquilo manifestado pelo sofrimento do sintoma.

Mesmo que exista certa dificuldade em assimilar o lugar do inconsciente no discurso científico, ele não vai deixar de insistir ou de se manifestar só porque não se encaixa nos cânones biológicos, como diz Quinet: “Ora, o discurso científico prescreve da sua órbita tudo que seja relativo ao desejo e ao sujeito do inconsciente [...] mas ao rejeitar o inconsciente, isso não quer dizer que ele cesse de se manifestar” (QUINET, 2011, p. 20).

E no mais:

[...] visto que o inconsciente mantém seu estatuto de hipótese, quer dizer, uma vez que não há, no que concerne ao inconsciente, possibilidade de se realizar um experimento que o poria em evidência diretamente observável, desprovida de conceitos, são esses que fundam a prática e servem para organizar o que apreender do campo de ocorrências em que ela se constitui. De um conceito se extrai conseqüências, atos e práticas. Assim, os conceitos em que um analista se apoia determinam sua posição, definindo sua escuta e direcionando sua atenção (COSER, 2003, p. 27).

A impermeabilidade da aceitação do campo da “psiquiatria-DSM” do conceito de inconsciente se deve à impossibilidade de quantificá-lo e mensurá-lo. O inconsciente é um constructo teórico que pretende dar conta de determinados fenômenos, como o do sintoma.

Carolina, por exemplo, ao ser questionada sobre as sucessivas mudanças de medicamentos (cinco combinações medicamentosas), relata o que na psicanálise nomeamos como deslocamentos sintomáticos. Ela nos conta que inicialmente uma das suas grandes questões era a impulsividade, em seguida, ela diz sobre a necessidade de se cortar e as sucessivas tentativas de suicídio; cada um desses momentos era acompanhado de mudanças psicofarmacológicas.

Se partirmos da teoria psicanalítica, determinado uso de antidepressivos dificultaria o engajamento do sujeito na produção do seu sofrimento e, conseqüentemente, o sujeito perderia a possibilidade de acessar a sua via desejante. Comentaremos melhor isso no final do trabalho.

O conflito fica em suspensão no psiquismo, deixando espaço para que o sintoma se inscreva no sujeito vagarosamente, passando de uma solução temporária para algo inscrito de maneira permanente. O antidepressivo apazigua a expressão do impasse, entretanto, conjuntamente com essa neutralização do sintoma, oblitera-se o sujeito do inconsciente.

O sintoma carrega um saber subjetivo sobre o seu mal-estar, cujo valor situa-se no que ele carrega de metafórico, pois o sintoma se situa na sobreposição das malhas de significantes. Esse processo de dessubjetivação do sintoma, orquestrado pelos antidepressivos, torna necessário que façamos uma avaliação dos efeitos promovidos por essa mudança nos processos de subjetivação.

Em si mesma, a positivação do sofrimento ou do sintoma não é uma novidade para a psicanálise. Ela é uma prática orientada pelo desejo, e os sintomas são uma expressão do desejo. O psicanalista vê nos sintomas o esboço de um modo singular de existência: aquilo que faz sofrer pode também, graças a uma transformação delicada, afirmar-se como estilo de vida [...] No dispositivo clássico da psicanálise o tratamento passa por admitir o desejo em jogo no conflito, expresso de maneira deformada no sintoma (GONDAR, 2009, p. 139).

Obliterando-se o sintoma, esvazia-se a dimensão simbólica do aparelho psíquico, pois não existiriam motivos mais para estudá-lo nas intersecções dos regimes qualitativo (ordem da representação) e quantitativo (ordem da intensidade) (BIRMAN, 2009).

Neste sentido, se o sintoma é uma resposta ao conflito psíquico intersubjetivo, será que podemos falar de sintoma social?

A escolha da depressão como objeto de estudo não foi só por conta do assombroso aumento quantitativo, mas também pensamos que a experiência depressiva é um SSD (MELMAN, 1992), juntamente com as toxicomanias e a síndrome do pânico.

As toxicomanias são um sintoma social. Não basta que um grande número de indivíduos em uma comunidade seja atingido por algo para que isso se transforme em um sintoma social. É claro que pode haver um certo percentual de fóbicos em uma dada população sem que, no entanto, isto faça da fobia um sintoma social. Mas pode-se falar de sintoma social a partir do momento em que a toxicomania é de certo modo inscrita, mesmo que seja nas entrelinhas, de forma não explícita, não articulada como tal, no discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época (MELMAN, 1992, p. 66).

Assim, a depressão como sintoma social não é denominada por conta da quantidade de sujeitos que possuem determinado diagnóstico no laço social, mas sim por conta desse mal-estar enunciar algo da formação social dominante. O que é o laço social?

Essas quatro formas de relacionamento - governar, educar, psicanalisar e fazer desejar - foram chamadas por Lacan (1969-70) de discursos, em razão de os laços sociais serem tecidos e estruturados pela linguagem. Governar corresponde ao discurso do mestre/senhor, em que o poder domina; educar expressa o discurso universitário regido pelo saber; analisar se apaga como sujeito por ser apenas causa libidinal do processo analítico; e fazer desejar - o discurso histérico - implica o predomínio do sujeito da interrogação, que leva o mestre não só a querer saber, como também a produzir um saber (QUINET, 2001, p. 13).

Portanto, existiriam quatro revoluções discursivas que comporiam o laço social: o discurso da maestria/senhor, da universidade, da histeria e o da análise. Não nos alongaremos na explicação das modalidades discursivas, somente naquilo que serve ao nosso objeto de estudo.

O mal-estar contemporâneo nos remete ao discurso capitalista, que é um desdobramento do discurso do mestre, com a diferença de que discurso do capitalista não aparelha o gozo:

O discurso do capitalista, portanto, não é um laço social que regulariza, como o discurso do mestre o é. Sua política é liberal, do neoliberalismo, do cada um por si e do um contra todos [...] o discurso capitalista não regula, mas antes segrega, pois a única maneira de tratar as diferenças na atual sociedade científica e capitalista é a segregação determinada pelo mercado: os que têm ou não têm acesso aos produtos da ciência. Trata-se, pois de um discurso que ao não formar laços sociais, prolifera os sem: terra, teto, emprego, comida, etc. (QUINET, 2001, p.18).

Desse modo, “o discurso capitalista, efetivamente, não promove a ocorrência de laços sociais entre os seres humanos: ele propõe ao sujeito a relação com um *gadget*, um objeto de consumo curto e rápido” (QUINET, 2001, p. 17). Nesta modalidade discursiva as relações são sempre mediadas por objetos e, neste sentido, o antidepressivo seria o *gadget* que apaziguaria a conflitualidade presente no laço social, impasse expresso pelo “mal-do-século”.

Uma vez que na nossa sociedade o consumo rege as relações intersubjetivas, o antidepressivo tem a função de reinserir os depressivos nesse circuito. A nossa sociedade é do consumo, não necessariamente pelo consumo generalizado, mas pela questão do acesso a ele ter se tornado o fim absoluto, o ideal supremo da nossa sociedade.

Trata-se de ver o *gadget*-antidepressivo como suplemento (DERRIDA, 1988), no sentido de algo do fora que modifica a concepção e o campo de atuação. Após a “revolução psicofarmacológica” (RODRIGUES, 2003) as tecnologias de tratamento em saúde mental se modificaram, visto que a invenção de uma nova tecnologia não apenas supre uma necessidade, mas suplementa, criando novas demandas e, também, novos consumidores para ela. No caso, foram reinventados novos modos de descrever e tratar a experiência depressiva, a partir da ação do antidepressivo.

O *phármakon* é esse suplemento perigoso que entra por arrombamento exatamente naquilo que gostaria de não precisar dele e que, ao mesmo tempo, se deixa romper, violentar preencher e substituir, completar pelo

próprio rastro que no presente aumenta a si próprio e nisso desaparece (DERRIDA, 1988, p. 57).

Já adiantando a discussão do *phármakon*, por outro viés, então o *gadget* viria suprir a demanda de reinserção do depressivo no MCP, mal-estar que foi desenhado pelo dispositivo da medicalização na depressão.

Assim sendo, a depressão estaria em dissonância com o mandato do consumo promovido pelo modo de produção capitalista contemporâneo, tornando-se uma modalidade subjetiva desviantes desta injunção hedonista da cultura:

[...] a injunção superegóica não desapareceu, apenas mudou de face na organização do laço social. Se antes aparecia sob a forma de interdição que impunha limites claros e rígidos ao excesso de gozo, hoje surge sob o modo invertido da incitação ao gozo. O indivíduo torna-se um gestor de si. A felicidade, que era uma aspiração, tornou-se seu dever (BEZERRA JR, 2010, p. 2).

Como na época das históricas de Freud observávamos uma repressão sexual, fundamentada a partir de referências morais absolutas (família, Igreja), na nossa sociedade vigora a moral do hedonismo, baseada no referencial narcísico. Sendo assim, a experiência depressiva é imoral, pois todos devem seguir ao imperativo de gozo; quem não estiver feliz o tempo inteiro, com os objetos de consumo é um infame que deve ser normalizado.

O que o Outro exige do sujeito contemporâneo é que ele goze. Muito. Que esta seja uma das faces contraditórias do imperativo superegóico – “goze!/não goze!” só faz tornar esta exigência, promovida a condição organizadora do laço social, ainda mais angustiante e opressiva para os sujeitos (KEHL, 2011, p. 120).

Logo, defendemos que a depressão é um SSD, pois, também, dialoga com a tese de injunção ao gozo que regula os nossos afetos, prazeres e desejos, ou seja, os processos de subjetivação da formação social contemporânea.

Retomando as teses de Ehrenberg sobre o consumo, ele complementa:

[...] não são mais os valores materialistas e o consumo, considerado como um poderoso narcótico social, [...] que são referentes do debate,

mas a sobrevivência de indivíduos colocados em uma concorrência sem exterior. Passa-se de uma visão sedativa a uma visão psicoestimulante. A inflexão do discurso sobre os medicamentos psicotrópicos substitui o ópio do povo pela sociedade dopada: o indivíduo sob perfusão é um aspecto da empresarização da vida. A obsessão de ganhar, de vencer, de ser alguém, e o consumo em massa de medicamentos psicotrópicos estão estreitamente ligados, pois uma nova cultura da conquista é, necessariamente, uma cultura da ansiedade, que é a face de sombra dela (EHRENBERG, 2010, p. 139).

A exacerbação do individualismo contemporâneo substituiu as práticas de repressão ao indivíduo pela sua hiperestimulação, tendo em vista um “sobrevivencialismo” (PELBART, 2007) dentro da “sociedade dopada”.

Desse modo, os psicotrópicos da “sociedade dopada” não são mais para anestesiá-la, mas para fazê-la “mais-gozar”, em outras palavras, para se extrair sua mais-valia. O “indivíduo sob perfusão” na “empresarização da vida”, ao empenhar-se em superar a si mesmo constantemente, não percebe que no processo tem a sua energia vital esvaziada.

Dentro dessa lógica, do outro visto como objeto, cada vez mais ocorre o esvaziamento do espaço público, de compartilhamento de angústias coletivas. Assim, abrindo espaço para a medicalização de problemáticas sociopolíticas, a individualização do mal-estar da cultura e a palavra do sujeito modulada pelo *phármakon*.

Por fim, é preciso fazer uma ressalva:

[...] é preciso reconhecer que a idéia de sintoma social é controversa na psicanálise. Em primeiro lugar, porque a sociedade não é um sujeito; em segundo lugar, porque o sintoma social, embora não tenha outra expressão além daquela dos sujeitos que atuam e sofrem, não se reduz ao somatório dos sintomas singulares em circulação (KEHL, 2009, p. 24).

Neste sentido, procuramos ter cautela na formulação de hipóteses a respeito da depressão como modalidade do sintoma social contemporâneo, visto que o inconsciente é sempre transindividual, assim como suas manifestações.

A afirmação da depressão como sintoma social pode soar inadequada, contudo:

analisar o aumento significativo das depressões como sintoma do mal-estar social no século XXI significa dizer que o sofrimento dos depressivos funciona como sinal de alarme contra aquilo que faz água na grande nau da sociedade maníaca em que vivemos. **Que muitas vezes as simples manifestações de tristeza sejam entendidas (e medicadas) como depressões graves só faz confirmar essa idéia.** [...] as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado (KEHL, 2009, p. 31, grifo nosso).

Neste sentido, a articulação do *gadget* com o dispositivo da medicalização na depressão só reforça nossa tese, de que a banalização de antidepressivos suplementaria o incômodo promovido pela depressão; a experiência a qual nos oferece pistas sobre o funcionamento da nossa cultura do consumo.

Sendo assim levantamos hipóteses de como o modo de vida da sociedade contemporânea torna os depressivos “os desafinados dos coros dos contentes” (NETO apud KEHL, 2009). Explicitamos uma leitura possível, dentre outras, sobre as condições do crescimento do diagnóstico de depressão, e as mudanças das injunções no laço social que permitiram que a experiência depressiva fosse colocada como o “mal-do-século”. Intentamos com o relato das entrevistas erguer mais pilares que permitam a sustentação dessas hipóteses.

2 OS ANTIDEPRESSIVOS

*Estou vivendo no mundo do hospital
Tomando remédio de psiquiatria mental
Haldol, Diazepam, Rohypnol, Prometazina...
Meu médico não sabe como me tornar um cara normal*

*Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado
Socorro! Sou um cara normal asfixiado.
Minha mãe, meu irmão, minha tia, minha tia
Me encheram de drogas de levomepromazina.*

*Ai, ai, ai que sufoco da vida
Estou cansado de tanta levomepromazina*
("Sufoco da vida" - Compositores: Hamilton, Maurício e Alexandre M.-
Harmonia enlouquece)

Na seção anterior mencionamos que os antidepressivos são *gadgets*, objetos de consumo rápido e curto com o qual o sujeito se relaciona. Neste capítulo pretendemos esmiuçar outras faces dos antidepressivos.

Inicialmente, pensamos nele como o "*phármakon*", uma substância que oscila do remédio ao veneno. Em nossa pesquisa pudemos observar esse espectro após uma triste coincidência nas entrevistas, pois tanto a Carolina quanto o Francisco tentaram suicídio justamente por meio da ingestão de vários medicamentos, dentre eles antidepressivos.

No Capítulo 3 nos debruçaremos longamente nessa análise, mas adiantamos que não existem drogas psicofarmacológicas seguras. Se qualquer psicofármaco for mal empregado, ou utilizado indevidamente, sem nenhum acompanhamento, o tratamento pode até resultar em óbito. Nos casos acima citados, claramente o antidepressivo não serviu exatamente ao seu propósito inicial terapêutico, ou seja, não auxiliou o sujeito a se reposicionar frente ao seu sofrimento e nem possibilitou nenhum desvio.

A partir das entrevistas, arriscamo-nos a elaborar a hipótese de que eles, Carolina e Francisco, enviaram a seguinte mensagem, para si e para o Outro¹⁶: "se

¹⁶ "O Outro, na teoria lacanianiana, diz respeito à dimensão simbólica que está na origem da divisão do sujeito. A face simbólica do Outro pode ser resumida como a existência *necessária* da linguagem que determina e precede a existência dos sujeitos. Mas o campo simbólico é sustentado subjetivamente

querem que eu tome remédios para não sofrer, tomarei todos de uma vez para não sentir mais nada”. Afirmamos isso, pois ambos diziam que na verdade não queriam cometer suicídio, só não queriam pensar e nem sentir.

Carolina narrou três passagens por alas psiquiátricas e uma pela clínica de reabilitação. Conta ter experimentado mais de nove tipos de drogas, legais e uma ilegal, entre outras situações. Francisco, por sua vez, conta que ao longo dos três anos de tratamento usou uma pílula para cada momento diferente da vida. Resultado: em três anos, ele passou por 12 combinações medicamentosas diferentes.

Carolina que se encontrava em psicoterapia, confia-nos um dado curioso a respeito do lugar da psicologia no seu círculo social. Ela nos revela que as pessoas não se espantam quando sabem que ela toma remédios psiquiátricos, porém quando fala da psicoterapia, isso causa um estranhamento. Talvez porque seja difícil encontrar alguém que não ingira remédio de qualquer tipo e seja raro alguém em psicoterapia. Possivelmente, a psicologia ocupa na sociedade o lugar de “das unheimliche”¹⁷.

Esse estranhamento nos traz a questão inversa: qual será a função do antidepressivo na experiência depressiva para @s entrevistad@s? De um remédio para estabilizar a dor? Nesse sentido, que tipo de organização está oferecendo?

Defendemos que o quadro depressivo longe de ser só restrito ao resultado de um desbalanceamento neuroquímico a ser corrigido com o antidepressivo, é uma experiência de sentido. Logo, uma terapêutica estritamente farmacológica da depressão dificilmente é recomendável.

Para defendermos este posicionamento, esboçaremos proposições a respeito das dimensões dos psicofármacos para construirmos pistas relativas aos alcances de sua atuação.

sobre representações imaginárias do Outro: o imaginário provê consistência ao simbólico e à Lei que ele determina. A face imaginária do Outro são as formas – estas sim, contingentes – através das quais, em cada cultura, a Lei simbólica se apresenta aos homens” (KEHL, 2011, p. 105).

¹⁷ “Freud compreende que o *Unheimliche*, no sentido mais útil de “não-conhecido”, “não-familiar” ou “selvagem”, é na verdade uma derivação de *heimlich*, cuja significação chega, às vezes, de modo surpreendente, a *coincidir* com ele; *heimlich* é algo antes “familiar” ou “doméstico” que viria a ganhar, por alguma condição especial posterior, a qualidade de *assustador*. Mas o caráter angustiante da experiência não se justifica apenas porque se trata de um elemento imprevisto ou desconhecido: apresentando-se como novidade ao sujeito, a sensação *unheimlich* é estranha porque em alguma momento de seu passado “algo” novo se agregou ao componente antigo fazendo com que se tornasse “terrível”” (DIONÍSIO, 2010, p. 168).

Éric Laurent (2002), em um texto chamado “Como engolir a pílula?”, analisa quatro dimensões da pílula como objeto libidinal e, que estão intimamente interligadas: o *phármakon*, o “mais de vida”, o placebo e o anestésico.

A dimensão dialética do *phármakon* do antidepressivo será explorada no item seguinte. Adiantamos que:

o medicamento revela, por sua dimensão biológica própria, um aspecto do que deriva da dimensão do inconsciente transbiológico. O medicamento tem estranhas relações com a repetição. Se o encontramos onipresente em nosso campo, não seria por que combina muito bem com esse parasita do organismo que é o inconsciente? (LAURENT, 2002, p. 34)

Tal afirmação se refere à dimensão de “placebo” do medicamento. A avaliação do efeito placebo de um medicamento é uma variável essencial para a aprovação, ou não, da distribuição junto aos órgãos reguladores da questão.

Angell (2011), ao comentar os estudos de Kirsch sobre os antidepressivos, expõe que “75% dos placebos foram tão eficazes quanto os antidepressivos” (ANGELL, 2011, p. 5).

Ela relata que nos testes de aprovação dos seis antidepressivos mais usados, no período de 1987 e 1999 - Prozac, Pazil, Zoloft, Celexa, Serzonee, Effexor:

[...] ao todo, havia 42 testes das seis drogas. A maioria deles era negativa. No total, os placebos eram 82% tão eficazes quanto os medicamentos, tal como medido pela Escala de Depressão de Hamilton, uma classificação dos sintomas de depressão amplamente utilizada (KIRSCH apud ANGELL, 2011, p. 5-6).

O que surpreendeu os pesquisadores foi perceber que os sujeitos dos testes correlacionam a ação do medicamento, com a aparição dos efeitos colaterais. Em outras palavras, a partir da autossugestão se validava a eficácia farmacológica dos antidepressivos. "O que todos esses medicamentos tinham em comum era que produziam efeitos colaterais, sobre os quais os pacientes participantes haviam sido informados de que poderiam ocorrer" (ANGELL, 2011, p. 6).

Tenta-se expurgar o efeito placebo, já que este envenenaria a objetividade terapêutica do tratamento psicofarmacológico. Psicanaliticamente falando, o efeito placebo não é meramente uma sugestão dos efeitos, trata-se antes do surgimento da subjetividade, isto é, o aparecimento da “dimensão do inconsciente transbiológico”.

[...] o placebo não é para ser utilizado de maneira subtrativa. Ele revela simplesmente que todo medicamento é inseparável de uma ação subjetiva. [...] O placebo, de fato, deve nos separar da ilusão substancial. Não há possibilidade de separar o medicamento de seu sujeito. O sonho da pureza bioquímica é uma ilusão, mas o sonho do isolamento da crença no medicamento como sugestão também o é (LAURENT, 2002, p. 35).

A vertente “mais de vida”, ou “mais-de-libido”, do psicofármaco, é semelhante aos nootrópicos, isto é, remédios psicoestimulantes que guardam a promessa de aprimorar a *performance* (corporal, profissional, intelectual, emocional etc). Por exemplo, o clínico geral dizia para Josefina que o antidepressivo ajudaria a emagrecer, controlaria ansiedade e que faria bem para ela. No entanto, não explicou que também causava dependência (química e psicológica) e que a perda de peso era um dos efeitos colaterais. Ainda caberia a pergunta: bem para quem? “Pois, se é preciso fazer as coisas, pelo bem, na prática deve-se deveras sempre perguntar pelo bem de quem” (LACAN apud KEHL, 2011, p. 108).

Quando o sujeito perde a segurança de uma relação harmoniosa com essa vida, quando perde seu corpo libidinal, o antidepressivo afirma-se capaz de enviar uma mensagem enganosa. Interferindo na mensagem de dor, mediante um novo gozo, ele a confunde. Ele se afirma capaz de fazer esquecer a infelicidade do sujeito (LAURENT, 2002, p. 36).

Dentro dessa gama das atuações indevidas dos antidepressivos, podemos colocar, também, o rasuramento da subjetividade, o apagamento do sujeito. Como relatou Geraldo, o uso excessivo de antidepressivos deixou-o em “ponto morto”, sem transbordamentos, nem crises.

Será que se trata apenas de escolher o efeito colateral (a dor psíquica ou o do antidepressivo), então porque tomar? Como e por que engolir esse discurso encapsulador? Quais são seus benefícios?

Muitos dos entrevistados narram que os antidepressivos dão um bem-estar, aliviando-os daquele sofrimento que ocupava os seus dias. Nas palavras de Carolina, é um “favorzinho”, cuja função é equilibrar o funcionamento cerebral, visto que sem o remédio, o funcionamento cerebral vai ficar desorientado; segundo ela, trata-se de uma questão puramente química.

Os medicamentos psicoativos podem atuar na estabilização de crises agudas, fornecendo determinada organização psíquica, facilitando assim que o sujeito consiga se expressar de outras maneiras, como é o caso da Josefina, em que o antidepressivo lhe deu mais ânimo, ajudou-a sair do retraimento. Esse passo inicial pode ser essencial, entretanto, há que se ir além.

Talvez um “psiquiatra psicossocial” (COSTA-ROSA, 2011) tenha que medicar minimamente, suspendendo o insuportável do sofrimento, para que algo “a mais” possa ser produzido e, dessa forma, o sujeito possa elaborar e construir outras saídas.

Já que o medicamento não somente atua nos circuitos neuronais, o psicofármaco deve deixar o máximo de espaço para que o paciente possa trabalhar no sentido de construção de uma “retificação subjetiva” ao seu sofrimento e, assim, o “sujeito de desejo” possa advir.

A ação do antidepressivo deve tornar possível ao sujeito se tornar protagonista do seu tratamento, respeitando seu tempo subjetivo:

o único e geral “conselho” a respeito da depressão e dos estados depressivos centra-se – em consonância com os aspectos metapsicológicos que elaboramos em relação a eles – no respeito dos direitos do deprimido em se retirar junto de nós, oferecendo-lhes um leito para sua depressão (DELOUYA, 2010, p. 119).

Nesse sentido, a psicanálise pode oferecer uma escuta diferenciada para a experiência depressiva, um leito para a depressão, que não seja de Procusto, em outras palavras, um espaço que se respeite o seu tempo subjetivo, sem querer apressadamente tonificar o sujeito. A prescrição de psicotrópicos deve respeitar a escolha do sujeito de recolhimento do intercâmbio social, um afastamento da cena espetacular. A mesma lógica pode ser pensada na utilização de antidepressivos:

isso não significa não sermos atentos para os sinos de seu tempo de despertar. A tendência em querer animá-los, ou seja, chamá-los apressadamente para o Sol e para a vida, não é prudente. A maciça e acelerada produção – não apenas dos neuro e psicotrópicos, mas também dos estudos e tratamentos sugestivos – acerca da depressão constitui uma imagem inversa da lentidão de que o deprimido necessita. As primeiras drogas antidepressivas custaram a vida dos pacientes. O ânimo acelerado que comportam não resiste à tendência ao suicídio, quando não o provoca (DELOUYA, 2010, p. 120).

Neste sentido, há que se ter prudência e responsabilidade com o uso de antidepressivos para acelerar a vagarosidade depressiva, visto que temos poucas pesquisas sobre quantos sujeitos já se suicidaram, ou tentaram, após serem “reanimados” apressadamente pelos antidepressivos; no entanto, não podemos deixar de invocá-los ao despertar do seu desejo.

2.1 O “*phármakon*”

O *phármakon* é o movimento, o lugar e o jogo (a produção de) a diferença. Ele é a *diferencia* da diferença. Ele mantém em reserva, na sua sombra e vigília indecisas, os diferentes e o *diferindos* que a discriminação virá aí recortar. As contradições e os pares de opostos levantam-se sobre o fundo dessa reserva diacrítica e diferente. Já *diferante*, essa reserva, por “preceder” a oposição dos efeitos diferentes, por preceder as diferenças como efeitos, não tem pois a simplicidade pontual de uma *coincidentia oppositorum*. Desse fundo a dialética extrai seus filosofemas. O *phármakon*, sem nada ser por si mesmo, os excede sempre como seu fundo sem fundo. Ele se mantém sempre em reserva, ainda que não tenha profundidade fundamental nem última localidade. Nós o veremos prometer-se ao infinito e se escapar sempre por portas secretas, brilhantes como espelho e abertas sobre um labirinto (DERRIDA, 1988, p. 75).

Quando falamos de efeitos adversos, a rigor, existem efeitos primários, que são aqueles que procuramos atingir, e os efeitos secundários, conhecidos como efeitos colaterais.

Seguindo pelo caminho já traçado, será que apenas “dourou-se a pílula”, ou finalmente encontramos o emplastro Brás Cubas, “a cura de todos os males”? Certamente não. No limite, se pensarmos que o sofrimento é algo inerente à vida, “a cura de todos os males” é a própria morte.

Contudo, vendem-se os antidepressivos com uma promessa de um “tratamento seguro”, uma vida sem turbulências, uma ilusão-de-ótica da cura. Chega-se no limite de nem ao menos se fornecer a bula, pois o medicamento seria 100% seguro, como foi o caso de Josefina, que nem sabia que o tipo de medicamento que tomava era um antidepressivo, descobrindo por meio de terceiros, já que o clínico geral que não lhe informou.

Isabela, também, não tinha lido a bula, nem sabia o funcionamento farmacocinético do antidepressivo e nem muito menos os seus efeitos colaterais. Ao ser indagada sobre informações a respeito do antidepressivo que tomava, ela disse ter ouvido uma pesquisa sobre como ele estava aumentando o índice de suicídio. Os outros três entrevistados tinham informações sobre os efeitos dos medicamentos.

Um dos riscos dos antidepressivos, inclusive escrito na bula, é de risco de suicídio, como aconteceu com Francisco e Carolina durante o tratamento psicofarmacológico. Isso traz à tona a dimensão tóxica do “*phármakon*”: como um remédio dito como totalmente seguro pode virar um veneno?

Como já foi mencionado no início, “*phármakon*” carrega na sua raiz semântica o sentido de remédio e veneno. Percebemos que esses dois polos, aparentemente opostos, diferenciam-se apenas pela dosagem, isto é, conforme a dose o antidepressivo pode tanto aliviar o sofrimento, quanto intoxicar o sujeito a ponto de levá-lo a óbito.

Isso pode parecer óbvio, contudo:

[...] convém precisar o sentido que atribuímos ao termo medicalização nesses dois meios de ação da psiquiatria. Primeiro: medicalização, utilização do fármaco como meio de ação a priori; o *phármakon* apresenta-se, agora, assepsiado de sua ambiguidade: extraído o efeito veneno, ele fica reconduzido ao ideal de uma ação exclusivamente benigna (COSTA-ROSA, 2011, p. 287).

O processo de obnubilação da toxicidade do psicofármaco é próprio da medicalização, promovendo o medicamento psicoativo à posição de um ideal.

O antidepressivo parece escamotear as “metanarrativas”, como aconteceu com Geraldo que mesmo após o fim de um longo histórico de violência doméstica,

psicológica e física, continuou a tomar antidepressivos e só foi começar a elaborar essa história anos depois na psicoterapia.

Josefina tinha uma estória semelhante, ela sofria na convivência com seu marido, pois ele a insultava correntemente e ela não conseguia se defender. Separou-se dele, mas ainda sofria com a introversão. Depois de uma crise nervosa, começou a tomar antidepressivos, fazer psicoterapia e, assim, conseguiu impor-se mais e defender-se.

A proposta de uma existência sem sofrimento é realmente sedutora, mas será que essa assepsia da vida é sem custo? Será que a ausência de desprazer promovida pelo antidepressivo é o mesmo que presença de prazer?

Isabela nos relata que sente a necessidade de ter acompanhamento psicoterápico porque não acha que só o remédio vai ajudar. Ela acredita que com os dois juntos, consegue expor mais seus problemas, percebendo onde está errando ou não. Sente o remédio como um apazigua-dor, mas ele não a faz tentar mudar em relação a isso.

Podemos dizer, em certa medida, que o antidepressivo funciona como um amuleto, ou seja, um *gadget* para suplementar determinada sensação de segurança e, também, uma muleta, um artifício ortopédico que ajuda o sujeito a se equilibrar. Assim, observamos a ambiguidade do antidepressivo, um anestésico, silenciando a dor, mas não dá uma elaboração ao conflito. Contudo como poderia o antidepressivo fazer isso?

O medicamento pode ser um meio para auxiliar a promoção de saúde, mas não pode ser um fim em si. O *phármakon* é um instrumento com efeitos colaterais que deve ser auxiliar no fomento à autonomia e, portanto, facilitar a criação de recursos para o enfrentamento da crise.

O que observamos é uma mudança na própria concepção de saúde, entendida como gestão de riscos e, nesse sentido, o consumo de antidepressivos é para dar continência na contenção das crises depressivas. Como dizia Carolina, os psicofármacos que ela tomava eram mais que uma “ajudinha”, era o que a impedia de surtar.

Só que a prevenção excessiva acaba resultando em um tratamento tóxico, em uma iatrogenia – “*iatros*” (médico) e “*genesis*” (origem) - , isto é, o processo da

medicina, que deveria proteger saúde, acaba prejudicando a mesma e, paradoxalmente, produz mais doenças (ILLICH apud GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Sobre isso, Whitaker chega a fazer uma relação entre o desenvolvimento dos psicofármacos e o crescimento das psicopatologias:

Antes do tratamento, os pacientes diagnosticados com depressão, esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos não sofrem nenhum “desequilíbrio químico”. No entanto, depois que uma pessoa passa a tomar medicação psiquiátrica, que perturba a mecânica normal de uma via neuronal, seu cérebro começa a funcionar... anormalmente (WHITAKER apud ANGELL, 2011, p. 4).

Illich (1975) chama isso de iatrogênese clínica. Nesse nível de iatrogênese, as doenças são causadas pelos próprios efeitos secundário do tratamento. Illich diferencia três níveis de iatrogenia: clínica, estrutural (ou cultural) e social. Dentro da iatrogênese clínica, podemos incluir a dependência psicológica.

Talvez entendamos melhor a farmacodependência pelo processo inverso, de retirada do medicamento, chamada desabituação, ou o “desmame”. Se a retirada do medicamento chama-se “desmame”, então talvez possamos pensar que a entrada e fixação do psicofármaco na vida do sujeito guarda alguma relação com os objetos transicionais, ligados à oralidade da amamentação.

Portanto, é possível que o antidepressivo seja um objeto transicional, que funcionaria como um bote salva-vidas sem o qual o sujeito acredita que afogaria na depressão. Entretanto, os dados que temos não nos permitem afirmar isso com segurança, uma vez que observamos em duas entrevistas tentativas de suicídio, independente da utilização de antidepressivos.

Carolina foi a única entre os entrevistados que não tinha nenhum incômodo a respeito da dependência em relação aos medicamentos, dizia que se este era o preço para manter o seu bem-estar, estaria mais que disposta a pagar. @s outr@s relatavam certo desconforto em pensar que teriam que tomar pelo resto da vida, Geraldo, aliás, era o único que estava efetivamente na fase de desmame, a retirada do medicamento.

Iatrogenia social seria uma “toxicomania medicamentosa”, que se imbrica diretamente a medicalização do social. “Trata-se do efeito social não desejado e

danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica, como é o caso da iatrogênese clínica” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 248).

Iatrogênese cultural é a retirada da importância do sofrimento na vida, a pasteurização da existência. Sendo assim, na suposta psicopatologia é tratada como disfunção neuroquímica a ser equilibrada com remédios, conseqüentemente, priva-se o sujeito de entrar em contato com o conteúdo latente, “benzendo” o sintoma, “absolvendo-o”, ou melhor, desimplicando o sujeito da sua produção.

O essencial acaba sendo afastado do sujeito, isto é, o sintoma é um tentame de curar-se:

Escutar o sintoma como produção de modos de subjetivação, implica conceber a prática e a clínica como espaço político de acolhimento e gestação de subjetividades que pedem passagem, ouvindo a narrativa do paciente não apenas como uma enunciação individual, mas como um modo singular de dizer uma história que é necessariamente coletiva (NERI, 2005 p. 106).

Neste sentido, medicar o sintoma, visando sua eliminação, é a rasura da própria subjetividade. Na busca por uma vida esterilizada de sofrimento, almeja-se a produção de um bem-estar, só que pode ser um “bem que conduz ao pior” (Lacan). O conforto que o medicamento propicia não pode favorecer a estagnação do sujeito; a convocação do sintoma, na psicanálise, é um convite à subjetivação do desejo.

Atender à demanda do sujeito por uma resposta rápida e fácil ao seu sofrimento pode ter efeitos psíquicos desastrosos, principalmente, porque o que se pede quase nunca o conduzirá ao que ele deseja. O sintoma por mais mal falado que seja, carrega o bem-dizer da via desejante.

Portanto:

Lacan lembra o médico seu lugar ético, que é situar-se a partir da ‘demanda’. Essa dimensão ética, que acompanha necessariamente o medicamento, não é redutível às normas da boa clínica. [...] Lacan lembra o médico seu dever ético a partir das potencialidades do medicamento, aparato que assinala a irrupção da medicina na ciência. O medicamento é extraído da linguagem pela ciência, mas é o sujeito que o reintroduz na estrutura. O sujeito do medicamento, aquele que o acompanha como sua própria sombra, efetua a reinscrição do

medicamento nas categorias do dito. Não é um mestre, é um dos significantes-mestres de nossa civilização (LAURENT, 2002, p. 38).

O médico deve se posicionar eticamente a partir da demanda, a demanda deve ser a desencadeadora do trabalho terapêutico e não o seu fim. Então, não se trata apenas de comentar a ambivalência do "phármakon" (na sua dimensão tóxica e de remédio), nem a contraposição do medicamento que faz expressar e o que silencia (LAURENT, 20012), nem só discutir a "eficácia simbólica" do antidepressivo, é indispensável a discussão da gestão e os fins buscados quanto à prescrição dos antidepressivos, isto é, a dimensão ética.

2.2 A ética do bem dizer ou ética do "benzer" o sintoma?

Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome.
(Perto do Coração Selvagem - Clarice Lispector)

Retomando as contribuições psicanalíticas sobre o sintoma, é possível fazer uma analogia com a acústica para entendermos melhor o funcionamento sintomático: em um primeiro momento, ouviremos o sintoma como um barulho bastante incômodo aos ouvidos e a atitude mais óbvia seria silenciá-lo; contudo, mesmo que o sintoma esteja fora de sintonia com o som ao redor, está dentro da frequência polifônica do desejo, visto que o desejo é polivalente, pois é um articulador, é uma via.

Portanto, por mais desagradável que seja aos ouvidos, não se pode desconsiderá-lo ou obstruir sua passagem, visto que a distorção sonora produzida pelo sintoma é de autoria do próprio sujeito.

As discussões deste subitem não se limitam aos antidepressivos, são também reflexões a respeito do uso de todos os psicofármacos, pois, as colocações até agora expostas tornaram a questão da ética imanente. É necessário perguntar qual saúde afinal está sendo buscada? E qual está sendo produzida?

Discutiremos a ética psicanalítica em contraponto à prática medicalizante em curso na sociedade. Partiremos da ética de bem dizer o sintoma em oposição ao que nomearemos de "benzedura" do sintoma, uma absolvição do envolvimento subjetivo em seu sofrimento.

A “psiquiatria DSM” (COSTA-ROSA, 2011) toma o sintoma como alvo do seu *furor sanandi*, tentando atenuá-lo, balanceá-lo farmacologicamente, uma vez que se trata de um desequilíbrio neuroquímico. Como já foi explicitado,

a perda das dimensões da linguagem e do saber da figura do doente na experiência da enfermidade se desdobra na ausência da subjetividade nas perturbações psíquicas. A subjetividade, aliás, é uma figura inexistente na psiquiatria biológica; ela não é nem mesmo uma figura de retórica. Na atual concepção biológica das perturbações do espírito, não há espaço para a subjetividade, pois de acordo com ela o doente está despossuído de sua subjetividade na experiência do adoecer psíquico (BIRMAN, 2001, p. 24).

Coloca-se o sujeito à margem do saber sobre seu sofrimento e é a isso que a clínica psicanalítica se contrapõe fundamentalmente, pois impossibilita o sujeito de se reposicionar perante a sua produção sintomática. Para a psicanálise:

Trata-se [...] de fazer com que o sintoma se transforme (no sentido temporal) para o próprio sujeito, no intuito de deixar de ser sintoma do momento de concluir – concluir em sua incapacidade de lidar de outra forma com o gozo –, para transformar-se em um enigma do tempo para compreender. Em outros termos, trata-se de transformar o sintoma-resposta em sintoma-pergunta (QUINET, 2008, p. 19).

Desse modo, não podemos pôr um véu na conflitualidade psíquica inerente ao sintoma, isto é, trata-se não apenas de não atender a demanda por respostas ao sofrimento, mas de auxiliar com que o sujeito se reposicione perante as questões desejanças (*Che vuoi*¹⁸?).

É a partir disso que a psicanálise cultiva sua ética, correspondente à reconstrução subjetiva do saber a respeito do mal-estar que o acomete. Desse modo, o sujeito assume o papel ativo na produção do seu sofrimento, retificando-se subjetivamente no seu sintoma, ao contrário de benzê-lo, ou seja, absolver o sujeito daquilo que o aflige.

¹⁸ O que deseja?

A prática da “benzedura” nos remete diretamente à ética tutelar, já que retira do sujeito a possibilidade de saber sobre o seu mal-estar, somente remediando esse impasse. A subjetividade só existe em relação, no “entre”.

A “psiquiatria DSM”, ao recalcar as práticas anteriores ao uso de psicofármacos, tende a reproduzir em outros formatos a ética tutelar de tratamento. Se analisarmos historicamente, observamos uma coincidência entre o declínio do modelo manicomial como modo de tratamento em saúde mental e o avanço das teses neuroquímicas, impulsionadas pelo desenvolvimento psicofarmacológico. Como comenta Coser (2010):

A diminuição do número de internações está ligada, **primeiro**, a esse processo maior de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, em curso desde 1920. (...) **Segundo**, o impacto que a Guerra teve sobre a mentalidade e a tolerância social, que passou a se manifestar de forma cada vez mais eloquente contra a segregação instrumentalizada no asilo. **Terceiro**, a mudança econômica e social do próprio Estado, que, de segregacionista e repressivo nos anos que precedem a era psicotrópica da psiquiatria, se tornou “inclusivo” – os antigamente rotulados *outsiders* passam a estar dentro da máquina de controle neoliberal que o capitalismo globalizado institui. Ora, esta máquina não somente não tolera o dispêndio do aparato asilar como dispõe de instrumentos de controle e coerção mais eficazes e por mais baixos custos. **Quarto**, o serviço de emergência dos hospitais gerais tornou-se asilo dos desassistidos. A ausência de possibilidades de o paciente psiquiátrico se internar fez deste um sem-teto [*homeless*] (ISAAC; ARMAT, 1990). Por fim, a desassistência (COSER, 2010, p. 52).

O comentário condensa uma série de transformações ocorridas na sociedade para o abandono das éticas disciplinares no tratamento em saúde mental.

Primeiramente, um apontamento sobre a desinstitucionalização. O conceito de desinstitucionalização pressupõe a composição da rede de práticas de desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva (COSTA-ROSA, 2000), contudo, especialmente em relação a práticas desmedicalizantes, temos observado avanços tímidos na saúde mental.

O Brasil vem passando, nas últimas décadas, por um processo de desospitalização e não necessariamente de desinstitucionalização, pois as estruturas e a lógica asilar foram mantidas em muitos serviços de saúde mental. Em muitos lugares

ainda se tenta encerrar os sujeitos nos serviços de saúde mental, que supostamente deveriam substituir a lógica manicomial.

As ponderações de Coser (2010) tocam, também, a mudança da nossa sociedade disciplinar para uma sociedade do controle, o que nos remete às instituições a céu aberto, à camisa-de-força química (SILVEIRA, 1981); portanto, quando colocamos em pauta a questão da ética, é para que avaliemos exatamente quais são as pretensões dos tratamentos exclusivamente psicofarmacológicos e o que de fato tem se produzido.

As contribuições da psicanálise nesse balanço parecem ímpares, pois na medida em que Freud modificou o lugar do inconsciente em relação ao da exigência pulsional no aparelho psíquico, foi possível ressignificar a importância do sujeito no cuidado de si:

[...] o remanejamento teórico a que se assiste na obra de Freud abre espaço para o resgate da pulsão como criação radical, isto é, como impulso ou exigência de trabalho que se efetua pela criação de si. As pulsões seriam, antes, forças que emanam da *potência do encontro* que se empreende pela via do registro simbólico da fala (ROZENTHAL, 2009, p. 259).

O trecho acima propõe uma guinada no pensamento freudiano, passando da dialética da consciente-inconsciente, para um paradigma psíquico de exigência pulsional de estilística de reconstrução de si, proposto pela necessidade de “significantização” dos representantes pulsionais e a ética do encontro, do bem dizer, modulado pela cadeia de significante.

O deslocamento empreendido reorienta os interesses da psicanálise, introduzindo novas prioridades teóricas: do inconsciente em direção a pulsão ou dos representantes em direção à força pulsional [...] Esse novo eixo de preocupações teóricas iria lançar o pensamento psicanalítico diretamente no registro estético da criação da subjetividade e ético do encontro, mediado pelas leis da fala e da linguagem (ROZENTHAL, 2009 p. 257-8).

Em outros termos, a pulsão exige cria-atividade. A pulsão é o conceito psicanalítico que toca ao sintoma e ao desejo, produzida na borda do somático com o psíquico e perpassa os territórios do corpo erógeno e orgânico. Sem nos alongar muito,

a pulsão uma força proveniente do somático, tornando a produção de si inescapável ao sujeito, um compromisso da ordem desejante de uma criação de si mesmo, como uma chama inerente à existência, que necessita ser incessantemente alimentada com algum combustível.

O essencial dessas considerações sobre a pulsão é notar a obrigação da implicação do sujeito nesse processo de rediscussão do entendimento de cura. É possível aplicar o princípio de cura-doença para o psiquismo, dentro do ideário médico correcional, de uma busca por uma normalidade psíquica? Ou, deveríamos ressignificar o sentido da palavra “cura” para amadurecimento das potencialidades e de autocuidado, aproximando-nos mais da psicanálise?

Por essa razão, recorreremos aqui à ética do bem dizer, para propor que o sujeito se recoloca em relação ao discurso do Outro, dando o lugar do dito sobre o sintoma pela sua enunciação, visto que “[...] para o desamparo do sujeito não existe cura possível, pois frente a ele é preciso, ao sujeito, inventar para si novos destinos, para tornar sua existência possível e prazerosa” (BIRMAN, 1996, p. 18).

Bem dizer ou benzer o sintoma não é um simples trocadilho, mas um posicionamento ético perante o sintoma. A ética da psicanálise é do compromisso com a via desejante, comprometimento diante do qual nunca se poderá abster. Para isso, o posicionamento ético psicanalítico perante o sintoma é de considerá-lo um detalhe que faz toda diferença, pois até mesmo o pormenor de um sonho, por exemplo, pode mudar os rumos de uma interpretação psicanalítica.

A estrutura de linguagem do inconsciente é o que faz a psicanálise como práxis operar por meio da fala e sua ética ser definida por Lacan em *Televisão* como ética do bem dizer. Trata-se de uma ética relativa a implicação do sujeito, pelo dizer, no gozo que seu sintoma denuncia – ética de bem dizer o sintoma. O psicanalista tem uma atitude diferenciada diante do sintoma apresentado pelo paciente, precavendo-se contra o *furor sanandi* de exigir a qualquer custo a suspensão do sintoma. Pois lá onde há o sintoma, está o sujeito (QUINET, 2008, p. 19).

Finalizando, tecemos uma série de críticas aos procedimentos que colocam o antidepressivo como uma resposta prévia no tratamento do sofrimento depressivo, pois ao mesmo tempo em que incluíram os sujeitos, deixaram-nos à margem da sua via

desejante, excluindo seu protagonismo da terapêutica, oferecendo a letargia com uma mão e com a outra a inserção na sociedade do consumo, por meio do psicotrópico (COSTA-ROSA, 2011). Onde estaria o desvio para a construção de um percurso da realização das potencialidades? Estaria a discussão ética sendo preterida em nome do lucro das indústrias farmacêuticas?

Desse modo, os antidepressivos acabam funcionando de maneira semelhante à técnica de hipnose, não no sentido de acesso ao inconsciente, mas no sentido de desconsiderar as resistências psíquicas, logo impossibilitando a transferência.

[...] Censuro essa técnica [hipnose] por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico; ela não nos permite, por exemplo, identificar a resistência com que os doentes se aferram a sua doença, chegando em função disso a lutar contra sua própria recuperação; e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida (FREUD, 1904, p. 250).

Portanto, devemos apostar na subversão do sintoma, escutá-lo nas suas entrelinhas. O desajuste que ele causa na vida do sujeito é uma tentativa, ainda que fracassada, porém é uma tangente da via desejante.

Na Conclusão iremos propor reflexões acerca de alternativas que fomentem a autonomia do sujeito, refletir sobre práticas desmedicalizantes, promoção de saúde – “a capacidade de lidar com os obstáculos da vida recriando novas formas de estar no mundo” (CANGUILHEM apud GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 249) – e a positivação das resistências, mola propulsora da constituição da subjetividade. Por conta disso, também retomaremos a discussão ética.

3 @S ENTREVISTAD@S

*Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é.
(Caetano Veloso)¹⁹*

Nos capítulos anteriores partilhamos alguns trechos dos relatos d@s entrevistad@s. Neste capítulo contaremos a história pormenorizada de cada um, porém, por questões éticas, omitiremos quaisquer informações que possam levar a identificação dos sujeitos.

Entre as tramas de forças, relações institucionais (indústria farmacêutica, psiquiatria, psicologia, neurociências, etc.) encontram-se os sujeitos com os seus impasses. As entrevistas fotografaram um momento dessa encruzilhada discursiva.

As entrevistas ocorreram no período de junho a outubro de 2012, no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPPA), em uma unidade auxiliar da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Assis. Todas foram realizadas nas salas da clínica psicológica do CPPA.

O roteiro de perguntas (Anexo 1) teve a função de ser um guia para a realização da entrevista e foi fechado no presente formato após as duas primeiras entrevistas-piloto (Isabela e Carolina). As questões contidas no roteiro foram, ou não, utilizadas conforme o andamento da conversa, sempre tendo em vista a temática central da pesquisa.

As perguntas iniciais versam sobre dados objetivos (nome, idade, tipo de medicamento e tempo de uso). Em seguida, entramos nas particularidades para investigar a história d@s entrevistad@s com o(s) psicofármaco(s), sempre buscando as suas singularidades. Na medida em que fomos mapeando os efeitos dos usos de antidepressivos, aprofundamos em alguns âmbitos da vida dos sujeitos em detrimento de outros.

As questões buscavam pistas, no sentido investigativo, de um indício que leva a outro que possibilite a montagem do território no qual o sujeito se subjetivou, com as relações estabelecidas por ele, uma avaliação retrospectiva dos anos de utilização dos psicofármacos e as perspectivas quanto ao futuro.

¹⁹ Agradeço ao amigo Gustavo H. pela lembrança.

Colocamos no horizonte o método psicanalítico de livre-associação, não o atingimos por razões transferenciais anteriormente comentadas, porém procuramos seguir os fios soltos nos discursos que propiciassem a esses sujeitos ressignificar o impasse que os afligia, ou seja, construir uma noção do seu mal-estar não restrita ao discurso psiquiátrico.

@s entrevistad@s chegaram até nós por meio de uma ampla divulgação nos serviços públicos de saúde da cidade de Assis e região. Difundimos panfletos que convidavam voluntários para participar de uma pesquisa sobre os efeitos a longo prazo de antidepressivos. Convidamos exclusivamente adultos que utilizavam antidepressivos por mais de três anos. Disponibilizou-se um e-mail para contato para quem se interessasse e se encaixasse no perfil. Houve o contato de apenas cinco sujeitos que são as entrevistas a seguir, não foi necessária nenhuma seleção além dos critérios contidos no panfleto.

No início de cada entrevista lia-se um termo de consentimento (Anexo 2), aprovado pelo Comitê de ética da UNESP, em que o participante era avisado sobre o conteúdo da pesquisa, do tempo de duração da entrevista, os possíveis riscos e encaminhamentos, se assim fosse a vontade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas com a anuência dos entrevistados. O tempo das entrevistas foi em média de uma hora, variando de 30 minutos (Isabela) até uma hora e trinta minutos (Francisco).

Não assumimos uma pretensa posição de neutralidade. Sabemos que, às vezes, as perguntas tinham minimamente um tom que demonstrava uma posição contrária ao uso do medicamento, e, também, as entrevistas, mesmo de apenas uma hora, tiveram efeitos na vida d@s entrevistad@s, já que três d@s entrevistad@s ao final da entrevista agradeceram pelo espaço e disseram como ele se assemelhava à psicoterapia que frequentavam. Um deles chegou a entrar em contato pedindo um encaminhamento de psicoterapia.

Entendemos que os procedimentos adotados nas entrevistas, ao mesmo tempo em que possibilitaram enxergar certas nuances, delimitaram o próprio modo de observar o objeto a ser investigado. Os procedimentos são parte da articulação de saber e poder que se estabelecem no campo da produção de conhecimento. Propor um procedimento é pensar em certas estratégias de pensamento baseadas em teorias,

conceitos e ideias que a constituem, como os óculos que dão as dimensões do objeto visado, além de permitir determinada visão.

Usaremos como procedimento de análise das entrevistas a psicanálise implicada (FRAYZE-PEREIRA, 2005), de modo que o procedimento interpretativo que realizaremos não visa à confirmação da teoria, mas buscar traçar novos sentidos sobre os efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos.

Tendo em vista a nossa experiência psicanalítica e a teoria do campo de Freud/Lacan ouviremos as entrevistas e faremos uma escuta similar à “clínica da primeira entrevista” em psicanálise, com uma ressalva principal, de que nós trouxemos a demanda, não o contrário. O trabalho psicanalítico se dá sempre a partir da queixa do sujeito, por essa razão não se tratam de entrevistas preliminares, propriamente ditas, já que não foram realizadas sob transferência, dentro da “moldura” analítica tradicional (HERRMANN, 1991). Por conseguinte, a partir das entrelinhas do material coletado, elaboraremos um novo texto.

Em uma primeira leitura transversal das entrevistas percebemos que as manifestações do inconsciente, possivelmente, encontrar-se-iam nos “acidentes de linguagem”, ou seja, nas reticências, nos esquecimentos, na hesitação e nos lapsos. E, para nos aproximarmos do inconsciente, precisaríamos de mais tempo e de ter constituída uma relação analítica.

Inicialmente, faremos um texto de análise do eixo das constantes, isto é, elementos comuns que apareceram em no mínimo dois sujeitos; no subitem seguinte, iremos para o eixo das singularidades. Dentro desses eixos, construiremos uma “escrita-*phármakon*”, falando da dimensão tóxica e a do bálsamo, isto é, faremos uma narrativa dos efeitos maléficos e dos benéficos, de acordo com os relatos d@s entrevistad@s.

Por fim, comentaremos os dados ambíguos, que entendemos como aqueles elementos que não nos permitem uma definição categórica e nem binária. Cruzaremos um eixo diacrônico (das singularidades) e um eixo sincrônico (do que se repete), formando um mapa com as questões indefinidas e indefiníveis e buscando avaliar sobre o sofrimento subjacente ao uso de antidepressivo. Sabemos das nossas limitações e que não conseguiremos abarcar todas as informações contidas nas entrevistas.

O que levou essas pessoas a entrarem no circuito psicofarmacológico do antidepressivo? As queixas iniciais foram as mais variadas possíveis, quando entrarmos nas histórias particulares exporemos mais detalhes. Podemos adiantar que quando @s entrevistad@s foram interrogad@s sobre o motivo de ainda tomarem o antidepressivo posicionavam a sua história de vida de forma desvinculada da razão de tomarem antidepressivo. Não entendiam o rompimento da crise como uma construção histórica, mas como um mal-estar que os acometeu subitamente e mesmo após o seu apaziguamento, o antidepressivo foi mantido para se obter estabilidade emocional.

Outro dado importante foi que duas entrevistadas foram encaminhadas pelas suas respectivas psicólogas para o tratamento psicofarmacológico: “Então no começo assim, quando a minha psicóloga me recomendou, minha mãe ainda ficou meio assim de me levar na psiquiatra. Ela não queria, pois sabia que ia me passar remédio.” (ISABELA); “E numa dessas de fazer uso abusivo de álcool, desaparecer de casa, sem dar notícias, ficar horas fora de casa bebendo. Foi que minha psicóloga achou que estava na hora de fazer uma avaliação psiquiátrica.” (CAROLINA). Algumas hipóteses podem ser levantadas, como: uma limitação na atuação do psicólogo nesses casos; uma tentativa de “acelerar” o tratamento do sofrimento psíquico; ou até, uma desresponsabilização da demanda, por parte do profissional.

Tod@s @s entrevistad@s relataram ter passado por experiências traumáticas, a individualização e o rasuramento dessas histórias de violências (físicas e/ou psicológicas), atrás de um diagnóstico descritivo-fenomenológico dos sintomas e da prescrição de um antidepressivo, talvez seja o lado mais nefasto da medicalização do estado depressivo.

Todas as entrevistas mostram uma relação entre o diagnóstico de depressão e alguma história de violência: psicológica, física e/ou moral. É difícil imaginar que sucessivos episódios de violência não tenham repercussão negativa na vida do sujeito. Talvez, nas entrevistas pensemos em uma relação direta entre violência psicológica e a depressão. Como se tal violência podasse tanto o sujeito, que o impedisse continuar a experimentar o seu universo de satisfações.

Mesmo vivendo situações de muito assédio (físico e/ou moral), os sujeitos criaram diferentes estratégias para lidar com esses acontecimentos, desenvolvendo

algo como um amortecedor psíquico da dor de existir. Essa indiferenciação diante da vida não os livrou de sentirem uma profunda angústia. Relatando que, às vezes, se sentiam “a par da vida”, uma sensação de que sob o jugo do antidepressivo “não sentiam ser a si mesmo”. Qual sensação de “eu” seria essa que se perde com o antidepressivo?

Pode-se ler esse “si mesmo” de várias maneiras, como um “eu interior”, personalidade, individualidade etc., conforme a teoria que atravessa a descrição. Nós optamos pela visão psicanalítica para nos aproximar dessa formulação. Segundo ela, o que se tampona no uso indevido e contínuo de psicofármacos é o próprio sujeito do inconsciente.

A respeito da psicoterapia conjuntamente ao uso de antidepressivos, tod@s entrevistad@s sentem que o remédio ajuda, conjuntamente com a psicoterapia a ficarem melhor. Relatam que na psicoterapia tem um espaço para expor mais os seus problemas e, assim são capazes de se avaliar, implicando-se subjetivamente na sua história. Falam que o antidepressivo é um apaziguador, mas da mesma forma que suprime o sofrimento, não permite que o sujeito compreenda seu funcionamento e nem possibilita que o sujeito mude em relação a isso.

Determinadas utilizações de antidepressivo são incompatíveis com o conceito de inconsciente, pois o primeiro oferece a ilusão da completude, enquanto o segundo emerge da noção de agenciamento da falta, do sujeito barrado. Ou seja, sem o desajuste do sintoma não há sintonização possível na trajetória desejante. Iremos nos debruçar mais profundamente sobre isso no subtópico final, quando comentaremos sobre a (im)possível combinação da psicoterapia e os antidepressivos.

Por que essas pessoas vieram para serem entrevistadas? Talvez esta seja uma das várias perguntas que faltaram, mas o que podemos afirmar de antemão é que essas pessoas queriam contribuir para a pesquisa, com suas histórias de vida e suas narrativas. Possivelmente, tentando se reapropriar do saber sobre o seu mal-estar. Querendo ser ouvid@s, lógico. Talvez, queriam que seu relato ficasse gravado na história podendo auxiliar outras pessoas a decidirem se vão, ou não, tomar antidepressivos.

Pessoalmente, como entrevistador, o que tod@s eles me despertaram? A sensação de amortecimento perante a vida, acabando por me deixar anestesiado, pois são pessoas que, às vezes, não transmitem, nem fazem questão de fingir um entusiasmo e nem animação pela vida, o que não significa que não o tenham. Parece que seu tom ameno incomoda uma sociedade sempre exigente de espetáculo, demandante de entretenimento.

Nos relatos sentimos uma fragilidade, talvez, advinda de uma extrema sensibilidade. A enunciação dos entrevistados era sempre uma desconfiança de si, da eminência de uma crise, como se a todo o momento corressem o risco de desabar. Quiçá, possamos pensar que a questão que @s trouxeram para a entrevista seja a demanda de saber, não somente o que se deu do tratamento psicofarmacológico, mas “o que acontece comigo”?

O que todos eles têm em comum? Uma questão, ainda que mínima, de insatisfação perante o uso contínuo de antidepressivo. A maioria sentia-se incomodada com isso, com exceção da Carolina. Mas, inegavelmente, existia uma vontade de falar e pensar sobre isso, pôr em discussão, visto que eles não se negaram a responder nenhuma questão, por mais íntima que fosse.

Nosologicamente, mesmo na descrição das queixas, não percebemos nada que unisse @s entrevistad@s, nenhuma característica clínica que os alinhe em uma mesma malha, a não ser o diagnóstico dado pelos respectivos médicos. Havia pontos de contato, aproximação entre as histórias, entrecruzamentos constantes, relatos de experiências afetivas muito semelhantes. Contudo, nesses casos, observamos o diagnóstico de depressão sendo empregado sem uma unidade diagnóstica entre os psiquiatras e com critérios clínicos aleatórios.

Ainda relacionado ao diagnóstico psiquiátrico, ouvimos com certa frequência o emprego da curiosa expressão “cair na depressão”. Entretanto, qual seria o sentido mais profundo dela?

O conceito de depressão, inicialmente, nada mais indica que uma queda de pressão ou deformidade de terreno, sentido que esta categoria oriunda da física, da geologia e no campo médico da neurologia, originalmente expressava, e que nestes contextos ainda expressa. Na psiquiatria, esse conceito começa a ser usado nessa acepção

mecanicista, energética, passando em seguida a expressar um estado de espírito ou um sentimento, caracterizado exatamente pela baixa, pela diminuição. Mas diminuição de quê? Digamos, provisoriamente, da vivacidade afetiva de quem o vivencia. Todo o problema reside em saber o que é que alimenta a vivacidade afetiva; de que fatores dependeria sua regulação (COSER, 2003, p. 53).

Não é novidade na formulação de hipóteses sobre as causas da depressão a de que ela é fruto do decréscimo, da deficiência de algum elemento, pois o próprio termo “depressão”, em diferentes disciplinas, já carrega semanticamente a noção de carência. No entanto, o que falta, ou seja, o que está esgotado neles? Talvez tenhamos pistas se articularmos essa questão com a problemática do sono.

Todos @s entrevistad@s mencionaram uma articulação entre problemas com o sono como um sinal de estar deprimido. A maioria relatou que se sentia depressivo quando dormia o dia inteiro, não conseguia levantar da cama, ou seja, havia uma falta de interesse pelo convívio social e um recolhimento; como se eles dormissem um sono profundo para despertar do pesadelo acordado.

O relato de Josefina é emblemático dessa questão, pois dizia que nos períodos de crise (em que seu filho estava envolvido com adicção de drogas ilícitas, vivia um segundo divórcio e passava por problemas no emprego), ela se trancava no quarto e ficava fantasiando outra vida, muito semelhante à de um conto de fadas, onde tudo era perfeito.

Não é difícil imaginar que @s outr@s entrevistad@s deveriam passar por experiências semelhantes de evasão onírica. O que isso nos diz? A princípio nada, a não ser que o estado depressivo, tomado fora da nosologia psiquiátrica, trata-se primordialmente de uma experiência sensível e “[...] a depressão não pode ser tomada como um sintoma. Considerada fonte de sofrimento, ela é, sim, um sintoma, mas no sentido freudiano, não. O sintoma, para Freud, implica um trabalho frente ao qual o deprimido recua” (COSER, 2003, p. 126).

Nesse sentido, todos admitiram que o remédio os auxiliou, fazendo com que levantassem da cama e voltassem ao convívio social. Por outro ângulo, após um período de uso contínuo de antidepressivos, muitos relataram uma queixa avessa ao “sono deprimido”: a insônia.

@s entrevistad@s parecem oscilar nos seus dias entre o “sono deprimido”, que dormem horas a fio, e a “insônia angustiante”, na qual não conseguem dormir. Sobre isso, faltou explorar as seguintes perguntas: no “sono deprimido”, com o que sonhava? E como eram as noites de insônia?

Por meio da primeira questão conseguiríamos tatear, através do mundo onírico, com o que fantasiavam os entrevistad@s. Já com a segunda, poderíamos saber mais sobre os fantasmas que circundavam o aparelho psíquico, tirando o sono d@s entrevistad@s. Assim poderíamos formular hipóteses sobre como determinada utilização de antidepressivo promove um deslocamento sintomático.

Muitas vezes, pareceu-nos que do mesmo modo que o antidepressivo veio como um objeto de consumo curto e rápido para o apaziguamento do sofrimento psíquico, no momento em que apareceram os efeitos colaterais, ele foi descartado. Como é o caso da Isabela, que a partir do momento que começou a sentir insônia, parou de tomar por conta própria e, logicamente, em seguida sofreu o efeito rebote. Isto é, voltaram às crises depressivas e, conseqüentemente, o antidepressivo, só que de outra marca.

Em relação aos estágios de vinculação com os antidepressivos, de uma maneira geral, percebemos sujeitos em diferentes estágios com o remédio: Isabela, Josefina e Francisco diziam se incomodar e que não desejariam tomar para o resto da vida os psicofármacos; já Carolina diz que surtaria sem os medicamentos; Geraldo estava no desmame (processo de retirada do medicamento).

Enquanto Josefina não tinha nenhuma informação sobre o antidepressivo, nem sabia que o tipo de medicamento que ingeria era um psicofármaco, pois não teve acesso à bula, @s outr@s entrevistad@s tinham plenas informações farmacocinéticas do antidepressivo.

No entanto, como falar da depressão e do uso de antidepressivos sem falar do “fantasma vivo” do suicídio? E quando o suicídio é a única alternativa que esses sujeitos enxergam?

Não falaremos do suicídio como uma categoria abstrata, mas baseada nos relatos d@s entrevistad@s. Já na bula dos antidepressivos existe o aviso do risco de suicídio. Portanto, a prescrição indevida de antidepressivos e da avaliação diagnóstica incorreta apresentam um risco possível. “Animar” apressadamente esses sujeitos pode

lhes custar à vida, visto que podem-se restaurar suas energias psíquicas, mas e se essas forças servirem a uma vontade de morrer?

Podemos usar a metáfora comparando esses sujeitos a uma casa. O antidepressivo tapa os buracos, porém ele não modifica os vazamentos, as canalizações de energia. A ação do antidepressivo é a de tapar as rachaduras na parede, levantar alguns tijolos. Entretanto, a atuação do medicamento tem limitações; o psicofármaco, por si só, dificilmente propicia a construção de novas paredes ou conserta a “hidráulica” do aparelho psíquico e nem mexe nas fundações da casa que estão abaladas.

Pensando nas histórias de Carolina e Francisco, por que será que eles escolheram justamente o medicamento para se matar? Será que em algum nível mandavam uma mensagem, como: “se é assim que fico bem, então tomarei todos os medicamentos, ao mesmo tempo, para ficar melhor”?

E ainda, por que mesmo tendo observado uma ausência de melhora no sofrimento psíquico (persistência da angústia, sucessivas tentativas de suicídio) continuaram a insistir nos psicofármacos? Por que culpavam a si mesmos e não o tratamento?

Nossa hipótese, comentada extensamente no Capítulo 2, é que a dimensão de envenenamento do *phármakon* tem sido subsumida, não só pela minimização dos efeitos colaterais, que não são poucos, mas por conta da legitimidade social do uso de psicofármacos na busca da “cura”. Nesse sentido, podemos considerar a tentativa de suicídio pela ingestão de vários psicofármacos como alegórica dessa hipótese.

Dando continuidade a nossa análise, nas entrevistas foi marcante o relato de que o medicamento auxiliou @s entrevistad@s a serem mais tolerantes à frustração e à rejeição, antes tomadas de forma mais grave. Qualquer turbulência era motivo de desabamento. Por exemplo, Isabela, após o fim de um relacionamento amoroso, sentiu um baque muito grande, entrou em uma crise depressiva e teve um aumento de dosagem.

Aproveitando o ensejo, façamos uma breve digressão para falar de uma das defasagens da nossa pesquisa em tecer comentários e analisar a influência da dosagem medicamentosa, a interação entre psicofármacos, a diferença dos tipos de

antidepressivos, a comorbidade; e, também, mudando a temática, a ausência de uma reflexão sobre a intersecção de gênero e uso de antidepressivos, pois descobrimos por meio da pesquisa de Tavares (2009), entre outras, que as mulheres, de maneira geral, são as maiores usuárias deste medicamento. Consideramos que outros atravessamentos de raça, gênero, orientação sexual etc., ou seja, os marcadores sociais de diferença devam ser estudados, porém voltamos nossa análise para outros dados igualmente relevantes. Portanto, deixamos essas questões em aberto para futuras pesquisas.

Houve uma questão que gerou um mal-estar em tod@s @s entrevistad@s. A pergunta sobre como reagem as pessoas que sabem do uso de antidepressivos. Alguns subitamente silenciaram, outros balbuciaram por um momento uma resposta, a maioria sentiu um enorme desconforto com essa questão. Entendemos esse impasse como resultante de diversas variáveis, principalmente, a do estigma social da “loucura”, em parte, construído da leitura equivocada de teorias psicológicas e psiquiátricas.

Ainda em relação ao diagnóstico de depressão, de que modo essas pessoas incorporaram e viveram com tal nomeação? A maioria d@s entrevistad@s ou não se vê como depressivo, ou acredita que essa nomeação seja muito pouco para explicar sua condição. Com exceção da Carolina, que não tem dúvidas que seja portadora de um transtorno mental.

Para nós, foi visível como o diagnóstico psiquiátrico não contribuiu como um desvio para a diferença, isto é, não auxiliou o sujeito a ressignificar seu sofrimento, pelo contrário, só causou ressentimento. Clínica, etimologicamente, significa “declinar-se sobre o leito”, em outras palavras, alguém com um saber superior ditará qual a causa do sofrimento e os rumos da sua superação. Por outro lado, *Kliname* é “[...] portanto, derivar do radical *Klin*, um sentido mais apropriado aos fins da Reforma Psiquiátrica; como inclinação, não para baixo, mas para os lados, no sentido de bifurcar, divergir, de buscar novos sentidos” (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003, p. 22). Na conclusão retomaremos essa discussão da *kliname*.

Uma última pergunta em que as respostas coincidiram foi a respeito do prognóstico, o que eles entendiam por cura e como a sentiram. As respostas oscilaram entre a cura como uma estabilidade, em que não se cairia tão fácil por problemas tão

normais da vida, conseguindo enfrentá-los; já Geraldo e Francisco não viam mais perspectiva de cura no sentido definitivo. Eles aceitavam que outros sofrimentos viriam e teriam que inventar recursos para lidar com eles.

Até aqui, o trajeto das sincronicidades nos deu alguns contornos daquilo que aconteceria com o sofrimento ao se tomar antidepressivos por um tempo prolongado. É necessário adensarmos nossa análise com as singularidades de cada sujeito, onde poderemos perceber, subjetivamente, os efeitos dos antidepressivos.

3.1 As singularidades

“Só se aprende com a diferença.”
(Contramestre Xandão)

Como já comentamos, nossos procedimentos foram a leitura exaustiva das entrevistas e a separação de trechos em três eixos: benefícios, malefícios do medicamento e os elementos ambíguos. Neste subitem comentaremos as duas primeiras categorias em cada entrevistado e fecharemos o capítulo com os dados dúbios.

Leremos as nuances das entrevistas de forma semelhante à construção da narrativa de uma pintura, pois o material que temos é a captura de um momento na vida d@s entrevistad@s. Um quadro que captura determinada perspectiva, um momento dos efeitos da utilização dos antidepressivos na vida dessas pessoas e, sendo assim, não iremos universalizá-lo.

O processo de construção dos personagens (bailarina, nômade, equilibrista, etc) não se prendeu totalmente ao sentido literal das narrativas, mas, também, ao literário, isto é, a partir da relação estabelecida com @s entrevistad@s e com as transcrições, procuramos metaforizar os enunciados, buscando outras palavras da enunciação.

Trabalhamos sob a perspectiva da psicanálise, onde o essencial é a produção de sentido subjetiva, mas, por motivos já explicitados, não foi possível realizar esta análise. Assim sendo, nossos procedimentos seguiram por outras vias: decompomos o conteúdo manifesto nas entrevista, lançando outra luminosidade sobre esses discursos e, assim, elaboramos outra composição a partir das entrelinhas, buscando o que possa

estar silenciado e sublinhando a potência da resistência, que talvez não esteja sendo ouvido com a devida intensidade.

O resultado deste manejo com as entrevistas, vemos a seguir. O processo de amalgamação das histórias contadas, isto é, extraímos certos elementos singulares, em detrimento de outros, para tornar certos aspectos que nos interessam visíveis.

Seguiremos a ordem em que as entrevistas foram realizadas, porém nos alongaremos mais na entrevista da Carolina, pois sua história nos permite captar uma série de nuances importantes relativas ao uso contínuo de antidepressivos.

3.1.1 A bailarina

*Todo mundo tem um primeiro namorado.
Só a bailarina que não tem.
(Chico Buarque)*

A canção de Chico Buarque, "Ciranda da bailarina", fala sobre uma figura que habita um plano ideal. Na música, a personagem é quase uma boneca de plástico e é constantemente indagada por essa flutuação na perfeição. Isabela parece sentir que vive na dimensão avessa da bailarina, conta-nos sentir um "complexo de inferioridade", ou seja, como se ela sofresse com tudo que a bailarina não tem.

Isabela é uma moça de 19 anos que toma antidepressivo há três anos. Na vida conta que sempre se sentiu aquém em relação aos outros. Uma relação que começa na relação com sua irmã e perdura na relação com as amigas.

Faz terapia desde os 14 anos, pois a sua mãe a considerava muito nervosa. Iniciou a psicoterapia contra a sua vontade.

Eu comecei a me interessa por Psicologia quando eu comecei a fazer terapia. Eu tinha uns 14 anos, aí minha mãe me levou, meio ao meu contragosto. Eu tinha aquele preconceito, de 'só louco faz'. Aí depois eu me interessei bastante e comecei a pesquisar, ver e começa a fazer. (ISABELA).

Começou a tomar Fluoxetina com 16 anos, por meio de encaminhamento à psiquiatra pela psicóloga que a atendia. Isabela diz:

Eu estava bem agitada. Eu comecei a namorar um tempo, começou a me dar crises. Logo depois que eu comecei a tomar (antidepressivos), eu terminei o namoro, ele terminou comigo no caso. Foi um baque muito grande em mim! Eu aumentei a dose e depois disso continuei.

Ela nos conta da extrema dificuldade que encontra para afastar qualquer sinal de instabilidade. Perguntamos se já havia sentido alguma tristeza remanescente ao uso do antidepressivo e ela respondeu:

De vez em quando assim, parece que eu tenho uns **picos de depressão**, que eu falo, pelo menos parece. Às vezes essa vontade de não querer fazer as coisas, não querer sair da cama, acha que tudo tá acabado, **só querer sumir e desaparecer**, [...], **o mundo pode continuar sem mim**, eu vou ficar aqui, eu não vou fazer mais nada (ISABELA).

Como nos diz Kehl (2011, p. 106), “depressão é o nome contemporâneo para os sofrimentos decorrentes de tais perdas de lugar, no âmbito da vida pública (ou pelo menos, coletiva), atinge todas as certezas imaginárias que sustentam o sentimento de ser”. Como no relato de Isabela, e de outros, é marcante a posição de abjeção em relação ao Outro, de como o próprio “existir” é um sofrimento da ordem do insuportável e como essa dor acaba por ocupar todos os âmbitos da vida.

Quando perguntamos para nos contar a história da sua experiência depressiva:

Eu acho que foi disso, já o sentimento de inferioridade, eu sempre senti. Eu sempre me senti muito em segundo plano nas coisas. Para mim, sempre todas as outras pessoas passavam na minha frente em tudo, eu fiquei mal e a única pessoa que me dava mais ânimo, depois que começou, foi meu namorado, meu ex-namorado. Eu sentia que ele me deixava em primeiro plano, quando ele terminou comigo, eu senti que ninguém realmente, eu nunca vou ser superior a ninguém. (ISABELA)

Outra situação de crise que ela cita é quando sua *performance* é colocada à prova, esse é o momento em que se sente mais desestabilizada. Parece-nos que nesses momentos de avaliação ela sente o retorno do “complexo de inferioridade”.

Isabela diz que a psicoterapia a deixou menos suscetível ao sentimento de inferioridade, “porque quando eu estou no psicólogo é bem mais raro eu ter esses picos

de tristeza profunda”. Talvez porque nesse espaço ela possa “desembaraçar” aquilo que insistia em diminuir-la, isto é, reposicionar-se diante da sensação de diminuição na relação com os outros.

Ela não pensa que só o tratamento psicofarmacológico ajude, mas que este conjuntamente com a terapia fica bem melhor. Na medida em que na psicoterapia conseguiu ressignificar os seus problemas, expondo-os consegue se avaliar. Para ela, o antidepressivo é um apoio-dor relativo, em que ela oscila entre um bem estar em alguns dias e outros nem tanto, mas não a faz tentar mudar em relação as suas dificuldades.

Tanto o antidepressivo era um acessório que quando começaram os efeitos colaterais (a insônia), Isabela não hesitou em trocar por outra marca. Faltou perguntar-lhe o que ela fará quando o presente antidepressivo começar a dar problemas?

Isabela sente que nesses três anos melhorou em relação à depressão, que se tornou uma pessoa mais fácil de lidar, tem mais paciência, não que consiga aguentar todos os problemas sem perder a calma, mas antes essa possibilidade nem existia, pois era muito explosiva.

Antes do antidepressivo sentia que a depressão perdurava mais tempo, como um sofrimento relativo ao transcorrer do tempo. Quando ficava bem mal, sentia que arrumava diferentes motivos para ficar pior, como um redemoinho que sugava toda sua alegria só deixando as tristezas.

Ela acha que conseguiria abandonar o antidepressivo, mas sentindo muito receio. Talvez isso aconteça se conseguir adaptar-se direito e encontrar outra psicóloga no lugar novo que está morando, mas que ainda não procurou.

3.1.2 A equilibrista

*A esperança equilibrista
Sabe que o show
De todo artista
Tem que continuar...
(João Bosco e Aldir Blanc)*

Carolina é uma equilibrista que caminha na corda bamba da vida. Tem 24 anos, há sete anos toma psicofármacos continuamente. Apesar da pouca idade, já passou na vida por várias turbulências bem graves.

Ela vem tentando se compensar de qualquer modo, às vezes até flertando com a morte. Ela passou por cinco fases diferentes de coquetéis psicofarmacológicos, três internações hospitalares, consultou-se com quatro psiquiatras diferentes e já tentou suicídio quatro vezes.

Conta-nos que

Na verdade, a depressão é secundária, então o diagnóstico central é de transtorno de personalidade.

E depois de muito tempo, eu tenho 9 anos de terapia, depois de muito tempo analisando, eu cheguei a conclusão de que eu já era uma criança deprimida, já era uma criança com problemas de socialização, na verdade com 15 anos foi só aparecer o problema de fato.

Desde criança eu já tinha distúrbios de problema de comportamento, de agressividade. Uma coisa bem interligada.(CAROLINA)

Na entrevista, deixou explícito que já sofreu violência física do pai, tanto que quando foi assumir sua homossexualidade para seus pais o fez no consultório da psicóloga, pois sabia que lá o pai não a agrediria.

O que nos faz perguntar: o que haveria de neurológico nessa história?

Mesmo diante desse cenário de violência, Carolina atribui seu estado psicológico a contingências biológicas. Por exemplo, diz que desde criança sempre foi muito contestadora, contudo, não vê como uma forma de resistência a esse contexto opressor, mas como um sinal do seu transtorno de personalidade.

Ao ser questionada sobre as sucessivas mudanças de medicamentos, atribui à falta da combinação certa para seu organismo:

É porque, na verdade, uma das minhas grandes questões, era a questão da impulsividade e a sucessão de estabilizadores e antidepressivos não dão conta disso. Só consegui me estabilizar quando eu comecei a tomar anti-psicótico. Eu comecei a ter uma resposta boa, aí eu não tive mais. Minha impulsividade dava para se ver de várias formas, desde relacionamento e tinha necessidade de me corta, tricotilomania. (CAROLINA)

Talvez possamos tomar esse acontecimento como fruto do processo de medicalização, visto que cada queixa sintomática é tomada como um problema de ordem médica, passível de ser medicado.

Ela já fez uso de diversas substâncias psicoativas: desde os psicofármacos (antidepressivos, estabilizadores de humor, antipsicóticos e ansiolíticos), passando pelo álcool e a maconha. A primeira tentativa de se matar, aos 15 anos, foi por meio da ingestão de vários medicamentos.

A segunda foi aos 17 anos, paradoxalmente, logo que começou o tratamento com antidepressivos, na fase em que ela mesma nomeou como perigosa, os 15 primeiros dias. No nono dia, ela tentou suicídio por meio de overdose de antidepressivos.

A terceira tentativa de suicídio foi aos 21 anos com veneno de barata. Apesar de Carolina dizer que só queria dormir, esta quarta tentativa foi considerada uma tentativa de suicídio, porque ela tomou outra overdose de 52 comprimidos de medicamentos diferentes.

Apesar da confiança de Carolina no discurso biológico, é visível que há uma questão com a ingestão de medicamentos, tanto que duas tentativas de suicídio foram pelo excesso de comprimidos. É importante apontar novamente que um dos perigos da prescrição indevida de medicamento é restaurar inadvertidamente as energias do sujeito, mas e se estas forem na direção da vontade de morrer?

Todas as vezes que tentou se suicidar Carolina foi hospitalizada, mas nessa última foi para UTI. Ela fala com naturalidade da morte, até com um tom banal, diz: “Morte é uma coisa bem comum para mim, bem natural. Morre e pronto! Sem crises” (CAROLINA). Logo após dizer isso, ela interrompe o discurso e pergunta – “onde eu estava”, como se tivesse se dado conta do seu tom niilista.

Contou-nos que foi internada pela primeira vez no hospital psiquiátrico aos 21 anos:

Minha primeira internação foi com 21 anos. Eu interrompi a faculdade, porque eu mandei um e-mail para minha psicóloga, falando que eu tinha emagrecido 10 kg, estava passando por uma fase que beirava bulimia, parei de comer, comecei a vomitar muito. E vai esperando que eu vou morrer em breve, então vai preparando meus pais.

Aí nisso ela me internou, fiquei em tratamento psiquiátrico, fiquei um mês internada no hospital psiquiátrico.

Lá tiveram um diagnóstico diferencial de transtorno de personalidade borderline com depressão.

Saí de lá fiquei dois meses em casa, aí foi essa quarta tentativa de suicídio e aí fui internada de novo numa clínica para dependentes químicos. Lá eu descobri que era dependente química, que eu tive dependência química. [...] Eu era dependente de benzodiazepínico e de maconha, com uso eventual de álcool.

Nesse processo todo, eu me tornei dependente químico de benzodiazepínico e já era dependente de maconha, na faculdade.

Nessa internação eu fiquei 91 dias. Aí eu recebi alta, fiquei quatro meses fora e nesses quatro meses eu caí na depressão, comecei a ficar deprimida de novo. Aí houve uma internação de um mês, para fazer uma reciclagem.

Depois de ter ficado bem, ficado livre das drogas, de ter estabilizado os medicamentos, que eu vi que eu tinha caído na depressão.

Então foi mais terapêutico a internação. Não por risco, mas por um tratamento intensivo, terapêutico. Que lá tinha grupo terapêutico todos os dias, lá tinha terapia todos os dias, eu fui mais para isso também. (CAROLINA)

Carolina tem arraigado no seu relato o discurso psiquiátrico e entende o conceito de saúde a partir da sua performance individual. Ela interpreta os percalços da sua trajetória medicamentosa como a dificuldade de encontrar um tratamento adequado, a partir de um diagnóstico adequado; no entanto, ela não coloca em dúvida as próprias práticas de cuidado a que foi submetida, se foram iatrogênicas ou não.

Já no meio da entrevista, foram aparecer aspectos emocionais e até a possibilidade do que viria a ser uma implicação subjetiva no seu mal-estar.

Eu acho que porque faltou uma combinação mesmo. A impulsividade me botava em situações que me deixava deprimida. O que estava faltando encontrar era o transtorno de personalidade mesmo, porque destruía minhas relações. Porque eu tinha relações extremamente agressivas, ao mesmo tempo, em que me deixava deprimida e tinha um clima tenso dentro de casa e isso ia me deixando deprimida.

Outra coisa que me deixava deprimida, era o medo de ser abandonada, isso me causava uma angústia muito forte. O tempo todo achava que alguém ia me abandonar, alguém ia me deixar, alguém simplesmente não gostava de mim, isso me botava em um ciclo vicioso. Enquanto eu não consegui entender a rejeição, entender o que acontecia comigo, o modo como eu funcionava. Eu não tive sucesso no tratamento. Porque o medicamento não se fechava, ele não resolvia o problema. Porque eu provocava a depressão! (CAROLINA)

Um elemento novo aparece no seu discurso, ela associa a maioria das tentativas de suicídio ao medo de abandono, já que isso era um dos fatores que a deixava deprimida. Disse que enquanto não conseguiu entender a rejeição, compreender o que acontecia com ela, o modo como funcionava, o tratamento não teve sucesso, porque o medicamento não a fechava, isto é, a ação do psicofármaco não era total, sempre deixava uma incompletude. Por mais que se venda a ilusão de que o antidepressivo sanará a queixa, as entrevistas nos mostram exatamente o contrário.

Perguntamos como funcionou a psicoterapia conjuntamente com os psicofármacos. Ela disse que depois que se estabilizou psicofarmacologicamente foi perfeito. Fala que o medicamento não resolve nenhum problema emocional, ele só a deixa hábil para começar a ver as coisas e funcionar no dia-a-dia. Segundo ela, a psicoterapia a auxiliou a reconstruir as suas relações em bases estáveis.

As histórias de Isabela e Carolina fazem notar algo essencial da experiência depressiva que independe das descrições do DSM, das hipóteses neurotransmissivas e até genéticas: esta modalidade de sofrimento psíquico é, antes de tudo, da ordem do sensível e, portanto, qualquer tratamento, seja psicológico, ou psiquiátrico, minimamente ético, não pode prescindir dessa premissa.

Quanto à Carolina, quando questionada se conseguiria ficar sem medicamentos, respondeu prontamente: "Consgo. Surtada!" Disse que já ficou um ano sem psicoativos e foi quando desenvolveu a dependência pela maconha.

Quando ela nos contou sobre o uso de maconha, perguntamos se ela fazia relação entre esta substância e o uso de medicamento. Respondeu-nos que a maconha têm efeitos físicos semelhantes ao do ansiolítico e ao do antipsicótico. Tal dado abre um campo de estudos sobre a "toxicomania medicamentosa".

Em seguida, comentou sobre os psiquiatras que a atenderam. Disse que o primeiro psiquiatra que a atendeu, apenas perguntava se estava tudo bem, enquanto já fazia uma receita e falava do quadro na parede. Já o segundo psiquiatra preferia mais falar dele mesmo, não parecendo estar minimamente interessado nela, chegou a atrelar a cura da depressão dela com a passagem no vestibular e a entrada na universidade.

Disse que o terceiro psiquiatra foi melhor, perguntou sobre todas as áreas da vida dela (família, relacionamento, relacionamento com colegas). O quarto psiquiatra

que passou foi o que mais a agradou, pois ele não era óbvio, não ficava atento a sintomas psiquiátricos, olhava padrões de relacionamento.

Nas consultas com esse último psiquiatra, ela tinha espaço para falar sobre a sua vida, as preocupações com a vida prática, discutir essas questões. Ele era mais amplo que um psiquiatra regular, que só queria saber se ela tinha parado de idealizar suicídio, se continuava sentindo tristeza. Este quarto psiquiatra tangencia a posição do analista de trabalhar com o não-dito, um “psiquiatra psicossocial”, supomos até que seja um psiquiatra precavido pela psicanálise.

Já no fim da entrevista disse que testaria cem medicamentos, até que eles funcionassem, pois ela tem uma biologia própria. Ou seja, ela reduz a holística subjetiva à fisiologia orgânica.

Afinal, o medicamento é só um “favorzinho”, isto é, ele funciona como equilibrador do funcionamento cerebral, visto que as suas questões existenciais são puramente químicas. Ela chega a fazer uma equivalência entre o diabético e a injeção de insulina e a sua deficiência de neurotransmissores e os psicofármacos.

Para ela, a cura é estabilidade, no sentido médico. Um funcionamento otimizado, como tomar medicamento para que o corpo funcione. Ainda que para ter uma vida boa ela precise tomar psicofármacos para sempre.

3.1.3 O “niilista ativo”

Quando exercemos a crítica, isso [...] é [...] uma prova de quem em nós há energias vitais que estão crescendo e quebrando uma casca. Nós negamos e temo de negar, pois algo em nós está querendo viver e se afirmar, algo que talvez ainda não conheçamos, ainda não vejamos!
(Nietzsche – Crepúsculo dos ídolos).

Geraldo é um “niilista ativo”, de acordo com o conceito de Nietzsche. O tema do niilismo em Nietzsche segue trajetórias opostas que se convergem. O filósofo alemão fala de tipos de niilismo, focaremos no conceito de “niilismo ativo” por meio da história de Geraldo.

Geraldo nos conta que por mais que não veja sentido em muitas coisas, não se conforma e se recria: “Mas eu não penso, não tenho essa visão de cura, não tenho, já

tive essa ilusão. Tenho projeto, evolução. Se eu vou ter recaída, aprendi a lidar com a recaída, também. Não penso em cura não, para falar bem a verdade para você.”(GERALDO)

Neste sentido, ele repudia completamente o conceito idealista psiquiátrico de “cura”, visto que este compactuaría com o niilismo passivo, que seria “aquele que fica paralisado ao perceber que o mundo tal como ele é *não* deveria ser, e o mundo tal qual ele deveria ser *não* existe, e que portanto não faz sentido agir, sofrer, querer, sentir, em suma – tudo é em vão” (PELBART, 2013, p. 100).

Geraldo foi alvo constante de violência doméstica e, por muitos anos, protagonizada pelo seu pai. Situação que só foi mudar quando ele já era adolescente, mas que ele diz sentir as ressonâncias até então. Ele é usuário de antidepressivo e ansiolítico há sete anos e está no processo de retirada do medicamento (desmame).

Começou com dezenove anos e, durante o colegial (atual ensino médio), realizava psicoterapia, mas sentia que não estava adiantando, pois não estava perto do sintoma depressivo, inclusive já estava em processo de automutilação. Ele ficou oito meses na psicoterapia e depois ficou só com o medicamento.

Nos primeiros meses não sentiu o efeito do remédio, até que a sua psiquiatra dobrou a dosagem e manteve por três anos. Geraldo dizia estar muito ruim nessa época, completamente arrastado, dopado, chapado. Conta que faz um ano que voltou à psicoterapia.

Atribui os seus sintomas de depressão à sua infância e à violência doméstica que sofreu. O pai o repreendia constantemente, sentia que sua introversão vem dessa contenção excessiva. Narrou que vivia em um ambiente de sufocamento psicológico. Isso durou por toda a infância e praticamente a adolescência, até os pais se separarem.

Não, era assim, era constante. Acontecia isso com a gente. Foi assim, meu pai era intolerante, ainda é na verdade. Eu é que não converso muito com ele. Era (violência) mais verbal, era psicológica. Era praticamente quase que todo dia, toda semana. Durante quase todo o tempo ficava sempre um clima tenso em casa. Chegava em casa já ficava tenso. Era assim praticamente todo dia.

E repreendimento. Não podia fazer nada, que ele já repreendia, já chamava atenção. Acho que isso já vem do meu introvertimento, algumas coisas do tipo, introversão mesmo.

É, fui meio me contendo, muito contido. Acho que vem disso daí também. Era preso, um ambiente de **sufocamento psicológico**. Foi tempo da minha infância e praticamente minha adolescência toda, até, não sei, apesar de me minha mãe ter separado.(GERALDO)

Mesmo com a separação dos pais, sentiu-se cada vez mais introvertido e esse processo de isolamento começou a ficar mais torturante e passou o colegial todo desse jeito. Sob a ação do antidepressivo, sentia-se mais livre, sem aquele “sufocamento psicológico” externo, mas a angústia persistia. Talvez, como já vimos, porque o remédio não muda o funcionamento subjetivo e nem altera os processos que engendram o sofrimento.

Disse-nos que voltou à psicoterapia devido a um incômodo com o antidepressivo, pois este não tinha mais os efeitos benéficos; diz que o corpo já estava tolerando o medicamento, como se estivesse em “ponto morto” e, assim, começava a se cortar. No entanto, o antidepressivo também o ajudava a se concentrar nos estudos da faculdade.

Disse que consegue se enxergar sem os psicofármacos,

Espero que corra tudo bem, com o tempo. Chegar na primeira semana, nas primeiras semanas sem tomar nenhum comprimido, não sentir nenhum tipo de abstinência . Como acontecia, no primeiro mês que eu passei a tomar, eu fiquei sem nos dois, três dias que a farmácia ficou sem. Passei três dias sem tomar, fiquei horrível, fiquei cabeça ruim, mas com o tempo, passei uma semana sem tomar, diminuiu a ansiedade, por causa de ficar sem. Agora não sei se é igual antigamente. O remédio parece que influencia agora nos sonhos, tem pesadelos, mais realistas, digamos assim. (GERALDO)

Ele traz uma informação interessante sobre a atuação do psicofármaco, de rompimento das barreiras psíquicas no sonho (mesmo que angustiante) que visam proteger o sono. Ele espera que o seu orgânico tolere a desabitução do medicamento. Já sente que as crises melhoraram e afirma que certas características são próprias de sua personalidade e o remédio não dará conta disso.

Pensa que o medicamento e a psicoterapia ajudaram bastante, pois com o tempo foi amadurecendo e se não estivesse tomando não estaria ali, porque frequentemente tinha ideias de suicídio. Com a medicação passou a pensar melhor, ter

um tempo maior para ele e ficar mais seguro. Isso nos mostra que a intervenção medicamentosa, quando bem empregada, pode ser crucial entre a vida e morte.

Avaliando os efeitos psicológicos do medicamento, Geraldo fala que

[...] passei a ser mais crítico, passei a ser mais niilista sobre as coisas, realista demais, muitas vezes. Eu disfarço um otimismo alheio, do qual eu sofro. Digamos assim confraternizo otimismo alheio, mas quanto a mim não tenho muito otimismo, sou meio que hipócrita as vezes em dizer isso, tipo 'poxa, quem bom, que legal! Mas para que isso? Lógico que não vou falar isso para a pessoa, me sinto assim. Acho que fiquei mais filosófico, mais crítico mesmo. [...] É o que venho falando nos ultimo tempo na psicoterapia, insatisfação mesmo, uma coisa que, às vezes, deixo de fazer alguma coisa, paro no meio do caminho, porque já sei que não vai me satisfazer. Eu vou buscando as coisas mais frívolas, mais rápidas de satisfação, com os afazeres. Essas coisas de planejamento de longo prazo, é raro terem. Só com a faculdade mesmo, vê se consigo terminar, porque a maioria das coisas eu faço e paro pela metade, no meio do caminho eu paro. Mais com a faculdade eu pretendo, já estou no terceiro ano. Vamos se consigo chegar até o final. (GERALDO)

Ele nos conta sobre seus planos a longo prazo com certa desconfiança de si mesmo, mas, ao mesmo tempo, não pretende depender do remédio para o resto da vida e quer começar a caminhar com as próprias pernas.

3.1.4 O nômade

*Viajar é preciso.
Viver não é preciso.
(Fernando Pessoa)*

Francisco é um nômade, menos pelo seu histórico de nos últimos anos ter passado por três cidades e três cursos diferentes, mais pela aproximação, ainda que, em determinados momentos, pelo negativo do conceito de nomadismo, de Deleuze (1992). Utilizando da vertente artística:

O nômade que falamos aqui é aquele que reside em nós. É um nômade que nos torna inquietos e nos faz buscar algo maior. Cada nômade

desenha seu próprio mapa e segue um percurso que pode nos levar a romper nossos paradigmas, ultrapassar fronteiras, vencer os medos e a descobrir novos mundos. Sem medo do desconhecido e a uma reflexão (CIA. de DANÇA MÁRIO NASCIMENTO, 2013).

Neste sentido, o trânsito de Francisco sempre foi atravancado por esses territórios carregados de ressentimento, como se a cada viagem ele levasse uma mala insuportável com todos os sofrimentos, assim, sem conseguir se deslocar e criar diferentes linhas de fugas, que não fossem de aniquilamento.

A entrevista com ele foi a mais longa das cinco, durou uma hora e meia, sendo que o previsto era uma hora, no máximo. Muito em razão da sua precisão nas palavras. Ele foi bem detalhista na sua história, tergiversava bastante sobre as questões e apresentava um discurso sem pausa.

Por outro lado, o excesso de detalhes técnicos dos medicamentos impediu-nos de tocar nas intensidades ligadas à depressão, que era o material que nos interessava. No entanto, foi uma entrevista rica, na qual conseguimos colher elementos particulares importantes.

Como já dissemos no início do Capítulo 2, em apenas quatro anos Francisco experimentou 12 combinações diferentes de psicotrópicos. Atribui sua depressão à solidão e a fatores anteriores, os quais não foram explicitados.

Francisco era bem ligado ao pai, tanto que foi o pai marcou a primeira consulta e, também, quem acompanhava o filho à psiquiatria. Em determinado momento do tratamento psiquiátrico, Francisco no conta que: "meu pai na minha presença, com a psiquiatria, ele perguntou para ela se já não seria o momento de pensar em uma redução de dose ou de repente parar de tomar o medicamento".

A desimplicação de Francisco em relação à sua história mostrou-se em outros pontos. Em certos momentos, ele tratava a sua saúde como algo mecânico, uma mera ajustamento ao meio em que vivia, de maneira que a crise era vista como um mal adaptativo. Tanto é que em determinadas ocasiões de desespero usava um ansiolítico para se tranquilizar, sem refletir sobre o contexto em que habitava e nem sobre a possibilidade de construção de ferramentas para lidar com a angústia.

Relatou que a primeira vez que foi morar longe dos pais para estudar em uma universidade fora da sua cidade natal, enfrentou um ambiente hostil. Morava em um

alojamento no qual os colegas o assediaram moralmente, em que foi perseguido, sentindo-se diversas vezes com vontade de sumir.

Atribui sua entrada no circuito psicofarmacológico a uma conversa com a tia, quando comentou essa situação;

Mas diretamente essa questão do meu pai, psiquiatra. Na época passou na minha cabeça essa questão do ou 'tudo ou nada'. O pensamento e com essa tia, irmã dele, eu cheguei a falar mais abertamente que não estava legal.

Eu não lembro como eu me expressei, mas foi algo no sentido de vontade de sumir, como se fosse algo para se matar e também pelo fato de meus pais saberem que eu estava em uma cidade que em comparação com a vida que eu levava era outra realidade[...] meu pai ter procurado um apoio também com a psiquiatra, talvez, pelo histórico do pai dele, meu avô. Na idade de 20, 30 anos ele passou por internações psiquiátricas, eu lembro, meu pai já falou um pouco e essa tia já falou que ele foi amarrado, como se fosse para conter ele na época da juventude. Falaram também, na época do meu avô do seu fanatismo religioso, quando ela saía sozinho, como um louco mesmo, rezando por aí. Sei que no final da vida, ele tomava lítio. Já idoso, depois dos seus 70 anos, teve um diagnóstico, não sei, pelo que ouço na família, talvez de depressão. Talvez, ele (o pai de Francisco) teve alguma apreensão, alguma sensibilidade em relação ao momento que eu estava vivendo. (FRANCISCO)

Então, a tia teria contado para o pai de Francisco, sobre a vontade do seu filho de sumir e o pai, por sua vez, teria marcado uma consulta com um psiquiatra. Francisco compreende essa atitude do pai também por conta do avô paterno ter sido internado em hospital psiquiátrico. O avô de Francisco chegou a ser amarrado e a tomar psicofármacos. Talvez, esse fantasma do enlouquecimento do avô tenha assombrado seu pai até então e ele tenha tentado regular esse risco.

Francisco abandonou a primeira faculdade, tentou outra em uma cidade diferente, mas não conseguiu e voltou para sua cidade natal. Conta que este segundo retorno foi bastante frustrante, nisso perdeu o controle e seu quadro se agravou.

A volta para a cidade natal o fragilizou mais ainda, chegando a acontecer vários episódios de abusos de medicamentos (misturados com bebida alcoólica), uso recreativo de psicofármacos, próximo a uma toxicomania medicamentosa. Conta que

[...] aquela volta para Cidade O, já tendo na bagagem algumas experiências negativas, a vontade de sair de lá e de ter voltado uma segunda vez, então poderia ficar falando muito, muito, mas foi um conjunto de fatores que me levaram aquele momento que eu queria sumir. Era como se eu quisesse, eu não uso muito a palavra suicídio, morte, mas essa superdosagem, essas questões, era como se fosse para ter um sono profundo, para apagar, para acabar com aquilo, para mim era algo pesado. De ter morado na cidade que eu morei vários anos, morando com meus pais, não tava trabalhando não estava estudando, mas não alguma vagabundagem ou pensamento. (FRANCISCO)

Ele passava o dia inteiro no quarto deitado e pensava bastante na morte. Tentou se matar três vezes e, dentre elas, duas foram por meio da ingestão de vários medicamentos.

Para ele, esse ano na sua cidade natal foi sem vida, logo, parece-nos que as tentativas de sumir eram como materializações de uma fantasia do esgotamento da sua potência. Ele fala que com isso queria ter um sono profundo para apagar. Talvez, possamos ler esse enunciado como se ele quisesse despertar desse sonho diurno angustiante e sonhar outras coisas, transitar por outros territórios.

Francisco fala que os psicofármacos o ajudaram, de modo a livrá-lo de todos os males, possivelmente realizando uma “benzedura da queixa sintomática”, como comentamos anteriormente.

Pensamos que, provavelmente, em determinado momento, o consumo de psicofármacos para Francisco foi iatrogênico, pois ele associa que o uso de antipsicótico atuou como elemento desencadeador de crises alucinatórias sinestésicas. Narra ter sentido o “cheiro de morte”, “cheiro de felicidade”, não sabia distinguir a realidade do irreal, olhava para o espelho e acreditava que ele mesmo não era real.

Francisco pensa em reduzir a dose, mas não se sentiria seguro de parar completamente com todos os medicamentos. Isso nos faz pensar qual a segurança que o remédio oferece? Talvez, às vezes, ele seja uma máscara de oxigênio no caso de uma forte turbulência existencial.

Em vários momentos ele falou da dificuldade em lidar com a rejeição, frustração, tomando muito dessas mudanças de território como fracassos. Contudo, ele não restringiu seu campo de experimentações, o seu universo de satisfações e conta que

não se identifica e nem se deixa taxar como depressivo, psicótico, ou ansioso, que essas classificações não são maiores do que ele:

Eu não acho e de fato não é, se for depressão, de fato, ansiedade, psicose, não é maior do que eu. [...] 'nós depressivos' eu não me incluo como depressivo assim, **eu não me taxo, não me deixo taxar por nenhuma doença a ponto de me prender** e falar 'não, sou assim, eu tenho que aceitar certas coisas. Minha ideia é essa. (FRANCISCO)

Como observamos, Francisco teve diversos choques com a realidade, ficando com tamanha ausência de signos referenciais do seu território que não teve nada, a não ser a sensação de abismo. Pensamos que talvez a desterritorialização sentida por ele tenha sido tão desestabilizadora de maneira a ser uma das razões que o impulsionaram a tentar se suicidar.

Diversas vezes, esse sujeito foi reinserido em situações limites, em que se viu impotente frente ao sofrimento. E, antes paralisado, viu-se apressadamente animado pela intervenção psicofarmacológica. Só que esse tratamento somente permitiu que Francisco “mudasse para ficar o mesmo”, sendo que foi o seu funcionamento anterior à crise que o fez verter.

Portanto, se o sintoma não for interrogado, o antidepressivo não servirá para fomentar a autonomia do sujeito. O medicamento psicoativo deve auxiliar o sujeito a se implicar subjetivamente no seu sofrimento psíquico, tendo a possibilidade de dar novos sentidos e (re) pensar outras estratégias de existência. É necessário reescrever a história, realocando os psicotrópicos no seu lugar de coadjuvantes e recolocar o sujeito como coautor e protagonista de seu tratamento.

3.1.5 A malabarista

*Enunciar é costurar o tecido da realidade
Cozemos as ruas com malabares.
Talvez na violência de adiar o desejo.*

Josefina é uma malabarista tentando manter equilibrado no alto: sua família, seu emprego e sua saúde. Ela foi inserida no tratamento com antidepressivos de maneira peculiar, porém não incomum. Conta-nos

O primeiro motivo assim que me receitaram a Fluoxetina (antidepressivo) foi para emagrecer. Eu conversei com o médico, aí ele me deu um outro remédio, tinha até uma faixa preta, não lembro nem o nome, para emagrecer. Não lembro mais nem o nome e a Fluoxetina junto. Eu emagreci. Nossa 15 quilos! E coisa de 5, 6 meses eu emagreci bastante. (JOSEFINA)

O primeiro motivo de ter começado a tomar o medicamento era para emagrecimento e pela sua ansiedade. De fato, conseguiu perder peso, por conta de este ser o efeito colateral de alguns antidepressivos. No entanto, isso traz uma questão ética importante: o que está sendo visado neste tratamento psicofarmacológico?

Levantamos a hipótese de que, neste caso, a relação entre o uso do psicofármaco, o emagrecimento e a queixa sintomática, aproxima-se do regime de controle farmacopornográfico contemporâneo em que vivemos, comentado no início do texto.

O caso de Josefina demonstra um tratamento psiquiátrico visando nem ao menos a suposta psicopatologia, mas um ganho secundário, do efeito colateral. Pensamos que, neste caso, há uma forte influência do biopoder, em que para além da emolduração subjetiva, de tamponamento do sintoma, haveria a tentativa de normatização dos corpos.

Assim, inicialmente o antidepressivo para Josefina não foi prescrito para uma experiência depressiva, diferentemente dos casos anteriores. O psicofármaco visava atender a outra demanda, talvez, decorrente dessa biopolítica da sociedade de controle.

Em sete anos, Josefina fez um uso intermitente do antidepressivo, de certa maneira até como um medicamento acessório, manejando o psicofármaco conforme o aparecimento da queixa sintomática. A princípio, nem sabia que tomava antidepressivo, o clínico geral que receitou não a avisou, somente indicou que faria bem para ela, mas qual melhor?

Conta-nos que teve algumas crises nervosas por uma conjunção de fatores. Perguntamos sobre essas questões e ela associou a um histórico de vida de despotencialização.

Então eu sempre tive assim uma auto-estima bem baixa, sempre fui assim, meio que precisando, sempre fazendo alguma coisa para me sentir melhor, para me sentir a altura da pessoas. Poder me sentir tipo assim a altura. Quando eu estava com meu ex-marido, ele me deixava muito para baixo, me deixava bem para baixo, eu sempre tive assim uma coisa. (JOSEFINA)

Josefina já passou por duas separações com o mesmo marido, que sempre a hostilizava verbalmente. Conta que

[...] às vezes, a pessoa podia virar assim me xingar, eu não tinha coragem de responder, abaixava a cabeça e saía andando, ia chorar. Não sei por causa da criação, sou filha única, minha mãe só teve eu, era muito eu e ela, tinha um tio que morava comigo, meu tio era super calmo, era tudo muito tranquilo ninguém falava alto em casa. Eu cresci assim e minha mãe é assim, o gênio dela era assim. A minha mãe não tem boca para nada, você pode montar em cima dela e ficar que ela não fala, até hoje, 80 e poucos anos, se eu to aqui sentado e falo 'mãe, dá um copo d'água para mim?', ela levanta, se arrastando e vai buscar, só falta por na sua boca. (JOSEFINA)

Juntamente com a história da separação, Josefina foi levada ao limite. No mesmo período em que estava terminando a graduação, sua filha solteira ficou grávida, seu filho mais velho enfrentava problemas com o uso de drogas ilícitas e, ainda, cuidava da sua mãe idosa. Conta que teve um surto no trabalho em uma discussão com a diretora.

Aí um dia no meu serviço, eu tive um surto com a minha diretora, eu trabalho na escola. Uma crise nervosa, mandei-a calar boca que eu não aguentava mais, peguei minha bolsa e falei 'eu vou embora, fica aí que eu não aguento mais'. Foi aí que desencadeou um monte de coisa, depois ela (a diretora) acabou comigo, eu acabei ficando seis meses afastada. Aí desencadeou uma depressão, uma crise do pânico, foi aí que me mandaram para a psiquiatra. E a psiquiatra entrou com Sertralina e Rivotril. Hoje eu já não to com o Rivotril, já voltei a trabalhar. Fiquei seis meses afastada. Voltei a trabalhar, não no mesmo lugar, não tinha como. Tentei

duas vezes. A psiquiatra pegou minha licença, vamos ver como você reage, aí fui um dia só (JOSEFINA).

Transbordamento que nos parece mais que compreensível e saudável, dado o malabarismo que ela se propôs a manejar. No entanto, o quadro se agravou e ela desencadeou crises de pânico e a experiência depressiva.

Tentou voltar ao trabalho, em outro lugar, mas não conseguiu. Conta que só recentemente está sendo acompanhada por um psiquiatra, antes recebia as receitas de um clínico geral. Tentou fazer psicoterapia com um psicólogo do posto de saúde, mas ela ia somente quando precisava, acabando por abandonar o tratamento. No momento, está sendo atendida regularmente em outra clínica.

Perguntamos sobre a origem das crises, se teria relação com seu casamento. Ela nos diz que não, que tentou manter a relação por diversas vezes, mesmo sendo penosa. Ela diz que aguentava o casamento porque almejava dar aos filhos aquela ilusão da família com pai e mãe, pois cresceu sem um pai, o que foi muito ruim, segundo palavras dela. Josefina só foi conhecer esse pai quando já tinha mais de 30 anos.

É importante relatar todas essas experiências para enfatizar o pouco, ou nenhum, espaço para singularização e à singularidade inerente ao estado depressivo. Apesar de a “psiquiatria-DSM” crer que depressão é apenas consequência de um déficit neuroquímico, passível de ser corrigido com antidepressivos, muitas vezes, o estado depressivo guarda nas entrelinhas uma narrativa de sofrimento que precisa ser ressignificada. Estas contingências não serão apagadas psicofarmacologicamente, nem muito menos superadas quimicamente, os psicofármacos podem auxiliar, porém o sujeito precisa protagonizar o seu tratamento.

Josefina percebeu que com o antidepressivo conseguiu manter os malabares equilibrados, pois mesmo vivendo em crise o remédio aliviava a ansiedade. Nesse sentido, o medicamento suprimiu o sofrimento proporcionado pelas contingências desprazerosas, mas este foi o limite da sua atuação, pois:

Melhor não significa, necessariamente, com menos sofrimento. Mas pode significar uma vida com menos dor, pois nem todo sofrimento é idêntico à dor moral da depressão. Sigo Espinosa, para quem a ética da

vida não consiste no conforto de quem não se deixa afetar pelas paixões, mas na busca de se conhecer as *causas adequadas* delas. O conhecimento das causas não garante a felicidade, mas alguma liberdade. Por outro lado, a independência que o “conhecimento da causa” possibilita abre brechas para o conhecimento da alegria (KEHL, 2009, p. 222).

Nesse sentido, Josefina não se conformou com o antidepressivo e buscou conhecer a origem adequada do *pathos* que a afetava. Ela nos conta que, com o medicamento, conjuntamente com a terapia conseguiu se colocar mais, falar mais. A entrada na faculdade também a ajudou a se valorizar e vem permitindo a ela se reposicionar na realidade perante aos seus impasses.

3.2 O duplo

Só não peça para ser o mesmo.
(Michel Foucault)

Foi preciso este longo trajeto para refletir sobre o que é o diagnóstico de depressão dentro das relações intra e intersubjetivas; para, no contexto mais amplo reposicionarmos o lugar, a função e múltiplas faces dos antidepressivos; e, por fim, revisitarmos e conseguirmos realocar o discurso d@s entrevistad@s como elemento essencial para a análise.

Nos subtópicos anteriores descrevemos as nuances do estado depressivo e efeitos do uso de antidepressivos de acordo as palavras d@s entrevistad@s. Chegamos até a levantar algumas interpretações possíveis de alguns acontecimentos.

“A questão que a depressão levanta, mais do que a um efeito do organismo (no sentido de uma entidade kraepeliniana), diz respeito ao sujeito daquela experiência. A aparição de efeitos-sujeito anda na direção contrária à da química” (COSER, 2003, p.141). Conforme já foi dito, nas entrevistas o aparecimento do efeito-sujeito, isto é, as manifestações do inconsciente (esquecimentos, atos falhos e lapsos de linguagem), foram quase um “acidente de percurso”, impossíveis de serem interpretados psicanaliticamente.

Acreditamos que isso seria uma aplicação “selvagem” da teoria psicanalítica, visto que não se tratava de um processo terapêutico. Entretanto, no final da entrevista, alguns entrevistad@s relataram sentir como se estivessem na sua psicoterapia.

Buscamos dividir os relatos dentro da dialética do *phámakon* – veneno (malefícios) e remédio (benefícios) – contudo, nem tudo nos relatos foi tão dialético, seguindo essa divisão binária. A pergunta reflexiva sobre os efeitos psicológicos do medicamento ao longo desses anos obrigou-nos à construção do último subitem sobre o duplo, pois, dentro da mesma entrevista, as respostas versaram entre polos bem diferentes.

[...] uma interpretação é psicanalítica porque retoma o *modo de pensar* inventado por Freud [...] ‘pela percepção dos efeitos do inconsciente tanto no objeto a analisar quanto na atividade do analista, o que faz da interpretação não apenas reconstrução do sentido, mas sobretudo *construção* dele’. Uma interpretação só se poderá dizer psicanalítica se obedecer, ‘ao princípio fundamental, que é o da interpretação do singular pelo singular nas condições definidas - *porém não preenchidas a priori* - pelo parâmetros reguladores da teoria (MEZAN apud FRAYZE-PEREIRA, 2005, p. 64).

Tendo isso em vista, explicitamos a seguir as dubiedades, as ambiguidades, o duplo das entrevistas. Não faremos uma análise psicanalítica, visto as nossas limitações, mas percorreremos as sinuosidades que os enunciados merecem, com objetivo de, na Conclusão levantar questões sobre o nosso objeto de estudo.

Recortados esses dados, avancemos em direção aos elementos dúbios. Tomamos o duplo como a dobra do olhar d@s entrevistad@s sobre si e sobre as relações que circundam a utilização de antidepressivo. Nesse sentido, centraremos nossa discussão no duplo movimento do psicofármaco: a possibilidade do uso do medicamento para o fomento da autonomia e a dependência (psicológica e química) promovida pelo mesmo.

@s entrevistad@s nos relataram como essa dependência é algo relativo, isto é, não se sabe distinguir se o antidepressivo é algo acessório, para sanar uma crise e/ou se existem momentos em que é o psicofármaco que sustenta o sujeito. A dúvida que ficou em suspensão nas entrevistas é se a melhora obtida ao longo do processo é

efeito psicofarmacológico e/ou da mudança no estilo de vida. Para nós isso é um falso problema.

Os acontecimentos não se dão de modo binário (causa x consequência), logo a pergunta não é se a evolução se deu de maneira artificial (antidepressivo), pela ação (natural) do sujeito na realidade ou pela interação de ambos. Todavia, o problema é a sombra que se criou sobre a autonomia desses sujeitos, desempoderando-os, de modo que, talvez, seja cada vez mais difícil que eles se impliquem subjetivamente no sofrimento psíquico.

Não é difícil perceber que a ausência do sujeito nessas discussões sobre a ética é apenas a aparência da sua objetificação necessária decorrente do paradigma disciplinar “sujeito-objeto” e do princípio médico “doença-cura” (COSTA-ROSA, 2011, p. 744).

É preciso discutir com o sujeito em sofrimento psíquico sobre a dosagem, a elaboração do plano terapêutico, subverter a relação “sujeito-objeto”, visando uma relação horizontalizante e o rompimento com o binarismo doença-cura, uma vez que existe saúde na doença, por exemplo, o sintoma causa sofrimento, porém é um elemento sinalizador sobre uma conflitualidade psíquica; e, por outro lado, existe doença na saúde, como o antidepressivo sendo usado como um *gadget*, um instrumento de ajustamento ao dispositivo da medicalização da depressão, que é uma modalidade do mal-estar contemporâneo.

O efeito do antidepressivo indica um duplo movimento, de produção de bem-estar, dependência psicológica, etc., e, também, é produto de uma demanda do intercâmbio social. Neste sentido, o que seria da “pílula da felicidade” sem o diagnóstico psiquiátrico da depressão?

Possivelmente, sem a descrição da depressão no DSM, o antidepressivo não seria mais que um item de fundo de prateleira de farmácia com pouca, ou nenhuma, utilidade, já que não haveria bem-estar a se restituir e nem a psicopatologia específica ao qual se dirigir. Deste modo, a própria invenção de uma nova tecnologia é um *phármakon*.

O *phármakon* guarda em recolhimento na sua sombra algo que vai “diferindo” o corpo (pulsional e orgânico). Em si, ele não é nada, ou seja, sem a psicopatologia

correspondente não tem sentido. Ele alivia a pressão e areja as ideias, porém não se aproxima do desejo. Desse modo, o sintoma deveria receber uma positivação em razão da sua dimensão simbólica, ou seja, segundo a psicanálise, o sintoma carrega em seu bojo uma verdade subjetiva, tangenciando o fluxo desejante.

A prescrição irresponsável de psicofármaco coloca o sujeito como passivo, um possível farmacodependente, e não como agente ativo, protagonista do seu tratamento. De modo que “se as drogas tradicionais nos permitem fugir para a irrealidade, os medicamentos psicotrópicos estão aí para nos fazer enfrentar a realidade” (EHRENBERG, 2010, p. 143). Se os narcóticos são usados para fins evasivos, de escape da realidade, os remédios psicoativos parecem que são para se conseguir suportá-la, porém sem questioná-la.

Neste sentido, parece haver um sofrimento silencioso, não-dito, todavia impregnante e residual. O prazer do farmacodependente quando da neutralização do impasse, logo se transforma no apagamento da sua subjetividade. Contudo, às vezes, acontece de o sofrimento não caber na cápsula e se buscar um afastamento maior da realidade desejante ou a criação de uma neo-realidade (GURFINKEL, 1996), como é o caso da Josefina.

O farmacodependente parece tentar alojar o seu sofrimento silencioso, não-dito (mas residual) em uma “zona de conformação”, uma região nebulosa que a pessoa se adapta a sua condição de passividade. “Chapam-se” os sujeitos em dois sentidos: de deixá-lo dopado pela utilização dos psicofármacos, esterilizados da vida; e, também uma subjetividade sem topologias, deixando a via desejante passar ao largo.

No transcorrer das entrevistas até notamos uma mudança de posicionamento do discurso indireto para o direto, ou seja, no início os relatos eram de “olhe o que me aconteceu”, para em seguida caminharem para uma alusão do seu modo de existir no mundo relacionado ao seu estado afetivo.

Pode-se conjecturar que a resposta para esse nó seria a realização de uma psicoterapia juntamente com o medicamento psicoativo, mas isso também não garante a superação do problema.

Há uma fala, muito difundida, da medicação atuando e sendo usada como facilitadora do processo psicoterápico, frequentemente lembrada

como favorecedora de um tratamento integrado. Em contradição a esta, no entanto, verifica-se uma forte tendência em certos profissionais de utilizar medicamentos para que nada se altere (COSER, 2003, p. 137).

Logo, a combinação de antidepressivos e psicoterapia aponta para outra ambiguidade: o antidepressivo pode ser facilitador de um processo psicoterápico ou uma forma de tudo continuar igual, isto é, a psicoterapia pode caminhar no sentido adaptativo, de um sujeito bem adaptado ao regime das drogas (COSER, 2003).

Portanto, não podemos recair em soluções padronizadas e nem em uma lógica maniqueísta que ditaria o antidepressivo e/ou psicoterapia como sendo sempre a melhor solução. Ainda que certa prática da “psiquiatria-DSM” queira substituir a “terapia da fala” pelo psicofármaco, será que o remédio atingirá os mesmos resultados?

A complexidade das questões referente à implicação subjetiva nos interpela para além das bases orgânicas neurofisiológicas e, sobre isso, o dispositivo analítico pode dar sua contribuição. A famosa formulação freudiana referente ao objetivo de uma análise, “tornar consciente o inconsciente”, aponta-nos uma direção:

[...] tornar consciente o inconsciente significa substituir as imagens manifestas pelas ideias latentes que o trabalho de livre associação expõe a céu aberto. Mas também significa que, uma vez exposta a trama, cabe ao paciente a tarefa de reconhecer e assumir a inequívoca existência desse debate que o implica e diz respeito a ele (CABAS, 2009, p. 32).

Nesse movimento de emergência do inconsciente não há restauração do “eu”, pelo contrário, há “uma assunção cujo efeito é a transformação real – e não apenas ideativa ou virtual – dos dados da consciência” (CABAS, 2009, p. 32).

O estabelecimento do dispositivo analítico, a relação transferencial, dá pistas ao sujeito sobre o seu desejo inconsciente e, conseqüentemente, subjetivar o desejo inconsciente requer um trabalho, uma produção. Este processo não é algo incólume à subjetividade.

Um importante mecanismo de ação dos fármacos, sempre ignorado pelos que patrocinam experimentos medicamentosos, pode-se aqui entrever. Eles oferecem para esses pacientes uma infusão de ego ideal, que os poupa de trabalhar psiquicamente para dar conta da

irredutibilidade da perda que os atormenta, agindo como um tampão. Note-se que isso não tem necessariamente a ver com o famoso efeito placebo, mas com a produção de uma totalidade gozosa. O sujeito obtém através da droga uma prótese ideal egóica que o faz sentir-se completo, e o satisfaz (COSER, 2003, p. 141).

Portanto, um processo analítico confronta o sujeito com a sua falta, o que é incompatível com determinada prescrição de psicofármacos, já que a psicanálise atua com o 'não-saber', a obturação do ser, pelo agenciamento da falta e, a partir disso, a produção de subjetividade. O psicofármaco carrega a ilusão da completude, com a denegação da falta, a absolutização do humano.

Assim, é necessário discutir as implicações clínicas envolvidas nesses processos: suas bases epistemológico-paradigmáticas (conceito de sintoma, diagnóstico, psicofármacos), as práticas discursivas em questão e o prognóstico do tratamento e a sua dimensão ética.

4 CONCLUSÕES

*Primum non nocere*²⁰

Nesta primeira parte da Conclusão realizaremos uma última reflexão sobre a diretriz central do nosso trabalho: a análise dos efeitos do uso prolongado de antidepressivos, a partir das entrevistas entrelaçadas com a bibliografia, tendo como horizonte a clínica. No subtópico seguinte, percorreremos a travessia do sintoma ao desejo e, por fim, realizaremos proposições ético-estético-políticas sobre o cuidado de si.

Como pudemos observar, a reflexão dos efeitos do uso a longo prazo de antidepressivos é de suma importância, tendo em vista a complexidade do tema. Entrevistamos cinco pessoas buscando resgatar a dimensão temporal do uso de antidepressivos: a etiologia do estado depressivo, o prognóstico do tratamento, a persistência, ou não, da queixa inicial; entre outros aspectos, como a ética do tratamento, a cura.

Finalizamos com mais questões que afirmações categóricas. Entretanto, levantaremos algumas hipóteses conclusivas e debateremos os dados apresentados. Neste momento final, a psicanálise irá nos auxiliar para pensarmos sobre a experiência depressiva, os efeitos dos antidepressivos, os limites da nossa pesquisa, o idealismo psiquiátrico subjacente ao DSM e, principalmente, a ética.

O debate epistemológico-paradigmático referente ao diagnóstico da depressão, realizado no início do trabalho, mostrou-nos por quais linhas se constituíram o diagnóstico da depressão, a sua produção e sua composição dentro do dispositivo da medicalização.

Utilizamos o conceito de dispositivo para entender como se criou e se fortaleceu o diagnóstico de depressão dentro da nossa sociedade e o porquê podemos considerá-la uma exclusão da “intimidade do quarto”. A partir do dispositivo, estudamos de que forma se engendra o sentimento de não-pertencimento nesses sujeitos e como se constituem as normativas as quais a depressão desviaria; em outras palavras, por qual tipo de exclusão a depressão se (a)sujeita e é submetida.

²⁰ Consagrado ditado da medicina, em latim, antes de tudo, não causar dano.

Percebemos que a experiência depressiva rompe com a moral hedonista, tornando-se imoral na nossa cultura do gozo, de consumo de objetos. Por conseguinte, os depressivos seriam os arautos das más notícias, estas que ninguém quer saber (KEHL, 2009).

Pressionados, eles buscam a qualquer custo manter-se funcionais e desejáveis diante do mercado de trabalho arredo e implacável. Atormentados, os indivíduos buscam referenciais que possam conduzi-los com segurança a um porto seguro, ainda que tal porto não seja mais uma miragem (WOOD JR; PAES DE PAULA, 2010, p. 199-200).

Assim, o uso de antidepressivos frente a esses atravessamentos se torna, até certo ponto, algo pequeno, um preço irrisório a se pagar para se ter a “felicidade” contida na pílula, entrar na “festa dos contentes” e corresponder às expectativas do Outro.

Só que tal entrada no “coro dos contentes” não é tão simples como se imagina. Como vimos, acontecem percalços no caminho e diante da frustração dessa tentativa, não é difícil entender o desespero em silêncio que levou às tentativas de suicídio, uma vez que os sujeitos, sistematicamente rejeitados pela sociedade do espetáculo, sentiram que não conseguiriam se ajustar a ela. Talvez por incorporarem o mal-estar contemporâneo.

É preciso diferenciar eticamente o mal-estar que nos referimos acima, do sofrimento, do sintoma psicanalítico; que são dimensões que se cruzam, mas não são da mesma ordem:

Há uma distinção ética a fazer entre sofrimento (como categoria moral, que contém uma história, que forma vínculos que unem ou separam pessoas), mal-estar (como posição existencial sobre a condição trágica e cômica de nossos assuntos humanos) e sintoma (como privação de liberdade e realização simbólica de um desejo recalcado) (DUNKER, 2009, p. 23).

O sofrimento se refere à dimensão intensiva existencial, é a dor do sujeito que demanda apaziguamento com o antidepressivo; a natureza metafórica do sintoma

psicanalítico já foi comentada anteriormente; e o mal-estar é fruto do próprio laço social, Freud já falava isso em “Mal-estar na cultura” (1930):

Freud considerou o relacionamento com os outros homens a principal causa do sofrimento do homem. O mal-estar na civilização, portanto, é o mal-estar dos laços sociais, expressos nos atos de governar e ser governado, educar e ser educado, e, como mostrou Freud, tanto no ato de fazer desejar, como as históricas o ensinaram, quanto no vínculo entre analista e analisando, por ele inaugurado (QUINET, 2001, p. 13).

Por mais que nossa civilização se esforce para se livrar das inquietações provocadas pela manifestação do inconsciente e tenha convicção de que o discurso do mestre (encarnado na figura do “psiquiatra-DSM”) nos livrará de todo sofrimento, o mal-estar é irremediável, assim como o sintoma psicanalítico. O projeto “Emplastro Brás Cubas” de eliminação de todos os males humanos está dando índices de sua falência, conforme apontamos no capítulo sobre a medicalização da depressão.

Uma linha de análise a ser levada em consideração, narrada nas entrevistas, é a sensação de esvaziamento existencial. Este sentimento de perda de sentido se passa no processo de subjetivação, ou seja, na intersubjetividade, no laço social.

Se, por vezes, nos identificamos com este esgotamento de criação de sentido, com algum critério diagnóstico da depressão listada do DSM, ou até com algum dos personagens entrevistados, talvez não seja por também sofrermos de “depressão maior”, mas pela familiaridade que esta “ferida de ser” tenha com o mal-estar na cultura contemporâneo e, também, pelo alargamento dos critérios descritivos da depressão.

Por mais que os manuais auxiliares diagnósticos tentem circunscrever sinais patológicos no campo da medicina utilizando-se de termos objetivos que buscam abranger tudo que é “demasiadamente humano”, os critérios se tornam excessivamente vagos; por conseguinte, a interpretação nosológica deste manual varia conforme o profissional da saúde. Notamos isso a partir das diferentes razões que levaram cada um d@s entrevistad@s a serem diagnosticad@s com depressão. Por isso questionamos: para quem é o diagnóstico?

Frente a uma obra abrem-se múltiplas interpretações, descortina-se assim como as cortinas de uma peça de teatro que está para começar, transportando-nos para outras experiências relacionais. Assim deveria ser o momento diagnóstico, as

nomenclaturas psiquiátricas passariam por essa cena, mas não se fixariam, dariam espaço para que um horizonte despontasse.

No caso de Carolina é visível a ausência de coerência entre os diagnósticos psiquiátricos de depressão, pois ela passou por quatro psiquiatras ao longo dos sete anos de tratamento, recebeu dois diagnósticos diferentes, primeiro de depressão e, em seguida, de transtorno de personalidade *borderline* com depressão.

Tal constatação aponta para o seguinte dado:

O vivido depressivo, por sua vez, não deve ser tomado como encontrando num estado do organismo seu referente fisiológico. Que ele possa, tal como a angústia, ser testemunhado no corpo, não o torna menos uma experiência que diz respeito ao particular de um sujeito, e não ao universal do organismo. Verificar o afeto é indagar o inconsciente do sujeito afetado, para que diga onde ele encontraria sua verdade, o que implica uma estratégia terapêutica de responsabilização do sujeito (COSER, 2003, p. 150).

Assim, talvez a “epidemia” do estado depressivo tenha menos elementos universalizantes nosográficos, orgânicos e neurofisiológicos e mais aspectos intensivos da nossa formação social contemporânea, da nossa cultura da *performance* e da construção do sujeito sobre a sua experiência depressiva.

Foi o que as histórias singulares d@s entrevistad@s e os desdobramentos do sujeito do inconsciente psicanalítico nos permitiram observar, trazendo de volta a importância do aspecto sensível da experiência depressiva. Logo, pudemos ir além da questão: se a depressão é a causa do desequilíbrio neuroquímico ou o desbalanceamento de substâncias é fruto da depressão.

O problema não está em mostrar que a depressão é reversível por meio de intervenções no cérebro, mas em mostrar por que ela também é reversível por meio de inúmeras outras práticas não químicas (psicoterapêuticas, narrativas, experienciais). Hipóteses serotoninérgicas e similares são descritivas, não causais ou etiológicas (DUNKER, 2009, p. 23).

Nesse sentido, para além de pensar se a causa da depressão é uma doença neuroquímica, no sentido lato e/ou estrito, antes temos que pensar no que nos serve circunscrever clinicamente a depressão no campo psicopatológico, estritamente

neurocientífico. Pensamos que, ao invés de nos atermos somente nos signos patológicos, seria o caso de pensar em “formas de vida” e o diagnóstico clínico como reconstrução delas (DUNKER, 2011).

Caminhamos para a discussão das vertentes da clínica, já que este território é atravessado por todas essas questões éticas, políticas, epistemológicas e teóricas. Então, qual clínica se deseja constituir? Com qual compromisso ético-político? A clínica que siga as “leis do mercado” dos laboratórios farmacêuticos? Uma clínica esterilizada, entorpecida, que afasta as intensidades? Ou a *kliname*, uma clínica voltada para os fluxos e intensidades?

No nosso entendimento, as possíveis clínicas ‘psis’ não têm outra função que não a de promoção de saúde, ou seja, de serem espaços de pluralização dos sentidos, que permitam ao sujeito criar novas formas de vida, diferentes modos de existência e que propiciem a realização das potencialidades subjetivas:

Teríamos assim uma das acepções fundamentais que podem ser dadas às crises, alcançando uma dimensão criativa, oportunidades de transformação de estados e situações insustentáveis. Aqui, também, não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do “olhar” que vê além do sintoma. A clínica como encontro, capaz de produzir senso, sentidos; produção de sentidos, no lugar de reprodução; como lugar onde as identidades dos participantes já não estão predefinidas. Essa referência à palavra clínica como encontro de identidades predefinidas (o paciente deitado e o médico acima), que gera reprodução de poderes, de ideologias, de doenças, é que faz com que vários autores critiquem esse conceito, alegando, em contraposição, uma prática mais complexa e articulada. Ora, que maior complexidade podemos buscar do que a possibilidade de divergir, de bifurcar, em relação ao sentido vivido da dor e do sofrimento, buscando novas formas de implicação subjetiva e sociocultural? [...] É necessária uma atitude clínica capaz de pôr em foco não apenas o sujeito do sofrimento, mas também a postura de quem o acolhe. Clínica como clinâmem; ato de divergir, bifurcar (BARROS; PASSOS, 2000) (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003, p. 22-23).

Portanto, a clínica não pode ser um espaço de adaptação à sociedade e à manutenção ao *status quo*. Antes, ela deve se assumir como um espaço político, isto é, das políticas desejanças, tendo em vista que o desejo é produzido no social. Se tamponarmos os atravessamentos da clínica, continuaremos a escamotear violências,

como o racismo, a homofobia (Carolina), machismo, precarização do trabalho etc., quer seja pela medicalização, quer seja pela psicologização.

A clínica não deve ignorar os conflitos socioculturais existentes, o que não significa que deva ser partidária, mas militante no sentido de luta contra as forças que enfraquecem a vida, um território que propicie a produção de “reexistência”, isto é, campo de passagem de fluxos desejantes que possibilite a afirmação da potência de vida e a invenção de novas estilísticas de existências (BIRMAN, 1996).

Consequentemente, o diagnóstico clínico tem de seguir as pistas dos regimes de prazer, os campos de criação, e os antidepressivos, por sua vez, devem ser prescritos eticamente, o que significa que “[...] é impossível levar em conta uma ética em critérios puramente abstratos, que não levem em conta os afetos, os aspectos particulares de cada escolha, a condição subjetiva dos agentes” (KEHL, 2002, p. 27)

A ética não é uma conduta preestabelecida, ela se constrói em relação, acontece na intersubjetividade. Portanto, a ética pressupõe uma fundamentação teórica, nós adotaremos a ética psicanalítica para esboçarmos comentários sobre os efeitos dos antidepressivos a longo prazo.

Primeiramente, é preciso lembrar que nosso campo de pesquisa é uma composição de forças discursivas em embate, pois determinadas utilizações de antidepressivos são incompatíveis com outras terapêuticas. Por mais que exista um véu que tenta cobrir esse conflito, há um ponto importante na contemporaneidade que:

[...] diz respeito à intolerância ao conflito predominante nas culturas *soi-disant* do “bem-estar”, culturas nas quais as ideias de felicidade e saúde psíquica se reduzem a projetos de conforto, segurança e auto-afirmação. Para realizar tal projeto, não há melhor recurso do que a medicação: ela contribui para o apagamento do conflito psíquico ao agir no lugar do sujeito. Sob efeito da medicação, o sujeito não se indispõe contra si mesmo nem interroga as razões do seu mal-estar: vai pelo caminho mais curto, que consiste e, tornar-se objeto de seu remédio. O sujeito e sua medicação formam uma unidade indivisível (EHRENBERG apud KEHL, 2009, p. 219).

Portanto, buscamos manter ao longo do trabalho a conflitualidade inerente à questão dos efeitos do tratamento com antidepressivos, tentando não recair no maniqueísmo (biológico ou psicológico), no sentido da diluição da problemática

(panaceia) e nem em certo pensamento cumulativo (bio+psico+cultural+ genético), para que, assim, não se escamoteie as linhas discursivas, nem se oblitere os modos de produção de subjetividade que compõem a trama.

A discussão dessas questões, para ser fecunda, não nos pode levar a uma perspectiva maniqueísta de tomar partido de uma contra a outra. Também não deveria levar-nos a um ecletismo complacente e pouco rigoroso. Portanto, não se deve entender essas diversas suposições etiológicas como cumulativas, no sentido, por exemplo, de um estado psíquico que teria uma base genética, sua vertente bioquímica, suas peculiaridades neurofisiológicas, sua dinâmica psicológica e aspectos culturais (COSER, 2003, p. 140).

Tendo em vista a clínica tal como a definimos anteriormente, ao mesmo tempo em que o antidepressivo pode auxiliar o sujeito a se reposicionar, este uso tem seus limites e pode precipitar uma tentativa de suicídio. Buscamos transmitir a rigurosidade com que deve se tratar o antidepressivo quando resgatamos a etimologia do *phármakon*.

Recorremos à discussão que Derrida (1988) faz, baseada em Platão, a respeito da criação da escritura como um *phármakon*. Em linhas gerais, a obra discute como a escritura pode ter seu efeito verdadeiro revertido, isto é, a escrita pode agir para além do favorecimento do registro mnêmico, chegando a entorpecer a memória.

Neste sentido, a utilização do antidepressivo nos coloca o seguinte desafio: “o *phármakon* é o que, sobrevivendo sempre do fora, agindo como o próprio fora, não terá, jamais, virtude própria e definível” (DERRIDA, 1988, p. 49); isto é, é preciso reposicionar o uso do *phármakon*, para não colocá-lo como um artifício de segundo plano em relação a outras tecnologias, e nem tampouco como um instrumento receitado *a priori*.

Como nos aponta Dunker (2009, p. 25):

[...] o medicamento traz efeitos colaterais ruins, mas uma relação ruim com o medicamento traz efeitos ainda piores. Assim como qualquer tecnologia, o que está em juízo é a maneira como nós a empregamos, interpretamos e incluímos em nossa vida.

É essencial não recairmos no maniqueísmo, soluções cumulativas padronizadas, ou na panaceia; é preciso trazer a relação ética, no sentido dos fins que estão sendo buscados com determinado projeto terapêutico.

Assim como os antidepressivos não devem ser um instrumento *a priori*, não podemos ignorar seus benefícios, pois a sua invenção trouxe avanços inegáveis aos tratamentos do sofrimento psíquico. Pensamos que o psicofármaco pode ser usado para baixar o ruído da dor, quando este for tão ensurdecedor que não se escute mais nada.

O antidepressivo é uma alternativa interessante quando o sofrimento é tão intenso que ocupa toda a vida do sujeito e o impede de realizar qualquer tarefa. Mesmo que o alívio proporcionado pelo *phármakon* seja temporário, essa medida paliativa não deve ser descartada.

É preciso refletir para não hipervalorizar seu uso e nem empregá-lo incorretamente, já que possui a dimensão de envenenamento, não só pelos efeitos colaterais, mas pelo seu efeito tóxico mais grave: a sombra que se faz sobre a autonomia do sujeito.

Por essa razão buscamos avaliar amplamente o desempenho desses remédios na contemporaneidade, a partir de um recorte baseado no relato de cinco usuários. Interrogamo-nos se existiria algum sofrimento que o antidepressivo estaria camuflando sob a fachada de bem-estar e se, pior, este medicamento estaria produzindo mais impasses.

Deste modo, ao longo das entrevistas observamos uma mudança de posicionamento discursivo notável. Percebemos um lampejo do que viria a ser uma “assunção subjetiva” da sua condição. Implicação subjetiva é o reposicionamento do sujeito frente à queixa emocional. É primordial para que da demanda ele consiga realizar um trabalho de metaforização do sintoma analítico; esta constituição “é correlata ao estabelecimento da transferência que faz emergir o sujeito suposto saber, pivô da transferência” (QUINET, 2009, p. 17).

Logo, vemo-nos diante da questão ética: como impedir que o antidepressivo seja um substituto da palavra do sujeito?

Percebemos que a palavra destes sujeitos vem sendo obnublada pelo *phármakon* e reduzida aos manuais auxiliares de diagnóstico: “trata-se de romper a nefasta ligação que se produziu entre uma droga da felicidade e um sujeito definido simplesmente como deprimido” (BARROS apud COSER, 2003, p. 11). As queixas são tomadas no sentido literal, enquanto a enunciação subjetiva perdeu seu valor e a conflitualidade intrapsíquica e intersubjetiva (medicalização do social) é perdida.

A partir das entrevistas, percebemos que, às vezes, a prescrição do antidepressivo silencia a narrativa do sujeito e, conseqüentemente, produz um efeito antagônico ao do tratamento analítico, pois, enquanto o psicofármaco oferece a ilusão da completude, a análise segue as pistas do desajuste do sintoma para buscar o afluyente do desejo.

O sintoma não deixa de representar, para o sujeito algo da particularidade do desejo que lhe escapa, a aposta na cura analítica permite que ele faça disso, que a ele sempre retorna e dele sempre escapa, alguma outra coisa além da banalidade da repetição sintomática (KEHL, 2002, p. 37).

A insistência do sintoma se relaciona com a invocação desejante e é por isso que o sintoma tem um papel tão importante no tratamento psicanalítico, pois guarda a verdade subjetiva do desejo. No subitem seguinte, examinaremos detalhadamente o trajeto que toca do sintoma ao desejo.

Assim, utilizar o antidepressivo para livrar-se das agruras das manifestações sintomáticas do conflito psíquico é, também, rejeitar a “positividade simbólica” do sintoma (BIRMAN, 2002), que é um caminho possível de construção da autonomia e empoderamento do sujeito.

Em suma, observamos um processo intenso de medicalização da depressão no contemporâneo, em que notamos cada vez mais o apagamento do protagonismo do sujeito no seu tratamento e, conseqüentemente, sem a participação ativa do sujeito no tratamento da experiência depressiva, não há a mínima possibilidade de superação do seu sofrimento.

4.1 Do sintoma ao desejo: o que toca a ambos?

Na nossa pesquisa tecemos críticas que achamos necessárias às práticas medicalizantes dos “psiquiatras-DSMs”, entretanto não vemos a teoria psicanalítica como a solução final da questão. Visamos demonstrar a potência de suas contribuições como um instrumento de análise, possibilitando amplificar a escuta das entrevistas.

Consideramos que é preciso ser precavido pela psicanálise para nos servirmos dos seus constructos (teoria, método e clínica); porém, também é necessário termos precaução para não extrapolar sua aplicabilidade, nem nos esquecermos das suas limitações, das suas bases de fundação e seus agenciamentos históricos.

Neste sentido, não podemos nos deter em especialismos, as problemáticas em saúde requerem um olhar transdisciplinar (COSTA-ROSA, 2011). Por isso em diversos momentos do nosso trabalho recorreremos à filosofia de Deleuze e Guattari, pois acreditamos que esta vertente de pensamento tenha contribuições essenciais ao campo da saúde e o estudo de processos de subjetivação.

Além do mais, a filosofia da diferença traz uma ampliação teórica das perspectivas do inconsciente, com implicações na prática clínica. Acreditamos que tal abordagem do desejo possa contribuir com o nosso trabalho na medida em que oferece também outra visão sobre o sintoma:

Os lapsos, os atos falhos, **os sintomas, são como pássaros, que vêm bater seus bicos no vidro da janela.** [...] Trata-se, isto sim, de situar sua trajetória para ver se eles têm condições de servir de indicadores de novos universos referência, os quais podem adquirir uma consistência para provocar uma virada na situação (GUATTARI, F; ROLNIK, S apud SAUVAGNARGUES, 2012, p. 29, grifo nosso).

Nesta concepção, estaríamos atentos ao processo de transfiguração do sintoma, olharíamos sua travessia, o conjunto de dispositivos. Assim, o estudo sintomático seria explorado na sua dimensão de experimentação estética, uma vez que as descrições científicas não atingiriam a sua consistência intensiva (SAUVAGNARGUES, 2012).

O pássaro da história não é o protagonista do sintoma, somente podemos considerá-lo como metafórico na sua passagem como metamórfica. Neste sentido, o

estatuto “interpretativo” do sintoma é produtivo e a inventividade da cura é a reelaboração criativa da gramática do desejo.

Como o sintoma, a arte mas também as diferentes práticas sociais têm esta faculdade de perfurar, linha de fuga não consiste apenas em escapar de um agenciamento dado, mas em construir uma alternativa: esta linha, todavia, nem sempre tem êxito, e se transforma, por vezes, em uma linha mais desfavorável que o muro inicial (SAUVAGNARGUES, 2012, p. 37).

Desse modo, a análise do sintoma se aproxima mais do paradigma ético-estético-político, do que do científico, pois ele é devir, é uma encruzilhada, é agenciamento e uma “cartografia de um porvir possível” (SAUVAGNARGUES, 2012). Assim, esquizoanálise abre a clínica para os atravessamentos políticos, pois atribui à determinação social a produção do desejo, tornando-o uma produção histórica e coletiva.

Neste sentido, “desejar, para Deleuze, é passar por devires. O que define o desejo não é uma representação recalcada ou o objeto que ele visa, é o processo pelo qual outro modo de viver e de sentir atravessa o nosso” (GONDAR, 2009, p. 142).

O desejo é imanente, não é transcendente, é um agenciamento feito por conexões. Por meio do conceito de devir podemos compreender o processo desejante como a reinvenção de linhas de fuga, diferentes formas de vida e novos modos de existência.

Por mais que não tenhamos explorado o campo esquizoanalítico propriamente dito, ele influenciou constantemente nosso trabalho e pensamos ser relevante a proposta de ampliação da visão com o inconsciente maquínico, para nos auxiliar a pensar as múltiplas saídas e outras concepções de “saúdessubjetividades”²¹.

Por outra vertente, o dito freudiano, “tornar consciente o inconsciente”, que sintetiza a meta do trabalho analítico, ajudará a entender a proposta da psicanálise e como seria o afluente que toca o sintoma e o fluxo do desejo.

²¹ Termo de Costa-Rosa (2011, p. 750), “[...] que condensa saúde e subjetividade e, ao redobrar a letra s, pluraliza as possibilidades da saúde, sempre relativa. No campo psíquico, ele é sinônimo de subjetividadesaúde, em que o mesmo redobrimento da letra s pluraliza as diversidades subjetivas, indicando também que a subjetivação e a subjetividade, como a saúde, estão sempre em movimento. Propomos que o termo saúdessubjetividade indique ainda que, no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas”.

A formulação freudiana modifica e subverte a noção de cura médica de uma adaptação do “eu” ao ambiente. A subjetivação do desejo passa, necessariamente, pela reinvenção de si, uma metamorfose subjetiva: “por este viés é possível ao sujeito assumir a função ativa de intérprete do real, pela construção de novos sentidos” (BIRMAN, 1996, p. 61), se o sujeito não subjetivar o “isso”, ele paralisa no sintoma, congelando o seu fluxo desejante.

Deste modo, vemos a importância do reconhecimento do sujeito como desejante, dotado de autonomia e não um mero objeto passível de intervenções. De certa maneira, a prática prescritiva da “psiquiatria-DSM” (COSTA-ROSA, 2011) subjuga os sujeitos em sofrimento psíquico, desconsiderando a existência de uma subjetividade e reduzindo o sujeito a um “cérebro corporificado”.

É necessário que a “psiquiatria-DSM” amplie o conceito de cérebro, para além da neurofisiologia química, e de um corpo para além do extensivo, um corpo intensivo, isto é, sensível, um campo de afetações e encontros.

Deste modo, acreditamos que a ética psicanalítica é de grande valor, pois “[...] eticamente, é preferível que o sujeito arque com as consequências dos efeitos do seu inconsciente, fazendo deles o início de uma investigação sobre o seu desejo, a que ele permita que tais efeitos se manifestem apenas nas formas do sintoma” (KEHL, 2002, p.32). O sintoma dá elementos subjetivos para a construção da ponte que o levará ao desejo.

Usamos via desejante, contudo poderíamos falar naquilo que, no campo da Atenção Psicossocial, se chama “empoderamento” (*empowerment*), ou fomento da autonomia, que é contínua criação de recursos para o enfrentamento da crise e para produção do cuidado de si.

Assim, podemos problematizar qual objetivo do oferecimento de tratamentos estritamente psicofarmacológicos: saúde como normatização, disciplinarização, contenção química? Ou realização das potencialidades?

Trata-se, contudo, de apostar num sentido paradoxal, pois, sem destituí-lo [o sintoma] como uma simples patologia ou disfunção, como querem certas vertentes da psicologia e da psiquiatria, deve-se, com a escuta analítica, aprender a acolhê-lo como invenção e, às vezes, possibilidade de amarração e estabilização, no caso a caso, mesmo sabendo de sua

associação com uma cota de gozo intratável. O sintoma, apesar de paradoxal, pode, quando atrelado à criação, tornar-se um achado (*trouvaille*), um aliado propiciador. A aposta em jogo aqui, portanto, é transformar o sintoma, originalmente atrelado ao que vem do Outro e devasta o sujeito, em processo de criação, ou seja, num aliado da direção do tratamento psicanalítico (FREIRE, 2007, p. 7).

A importante travessia do sintoma ao sujeito do desejo se dá, primeiramente, pela localização do sujeito na realidade do seu sintoma (NASIO, 1999), em outras palavras, o sujeito deve se implicar subjetivamente na sua realidade sintomática, por meio de uma transformação sensível.

Apesar do uso banalizado de psicofármacos ter proscrito o sintoma subjetivo do tratamento em saúde mental, “do ponto de vista da economia psíquica e dos fatores de desprazer-prazer (...) sintoma e criação têm um fundo comum” (McDOUGALL, 1989, p. 25), logo, quando os remédios psicoativos são utilizados para silenciar a manifestação sintomática, afasta-se o sujeito desse reposicionamento subjetivo.

Desse modo, tomamos o sintoma como um caleidoscópio de signos que se rearranjam formando figuras semelhantes, mesmo com diferentes elementos e essa repetição das formas que causam esgotamento. Pode-se perguntar, ainda, o porquê do percurso subjetivo do sintoma ao desejo ser tão cheio de agonias, armadilhas e atritos, no entanto:

[...] quando satisfeito, o desejo morre para o conhecimento; quando desespera de toda satisfação possível, ele regride a formas muito indiferenciadas e primitivas, tendendo a se reduzir às necessidades básicas, incharacterísticas do sujeito. O desejo vive de meias satisfações, de delongas e compromissos (HERRMANN, 1991, p. 78).

Assim sendo o desejo é uma força criadora paradoxal. Não existe como prescrever uma fórmula de como se realiza esse trajeto do sintoma ao desejo, pois é um percurso singularizante e é trilhado de maneira subjetiva. Apenas buscamos ampliar as visões sobre essa travessia e, principalmente, reforçar as condições necessárias de protagonismo do sujeito para que essa caminhada seja possível.

4.2 Das saídas múltiplas

Enlou-cresça.
(Carlos Drummond de Andrade)

Ao longo do nosso trabalho propusemos constantemente um movimento de reposicionamento diante dos elementos analisados que implicava a mudança do próprio dado apresentado.

Desse modo, tomamos esta parte final não para a construção de um manual de desmedicalização: como usar os antidepressivos, as saídas para a experiência depressiva, ou mirando o aprimoramento da atuação psicofarmacológica dos antidepressivos; mas para pensarmos em possibilidades de alternativas ao uso indevido de antidepressivos.

Assim sendo faremos um breve relato de como foi o encontro com as experiências depressivas relatadas nas entrevistas, os desdobramentos finais e, a partir disso, faremos proposições.

Como pesquisadores, por diversas vezes evitamos o contato com as entrevistas. Não pelo seu conteúdo escrito, mas por estes carregarem um intenso sofrimento. Era praticamente impossível não se emocionar perante o cenário narrado de sucessivas violências psicológicas, psiquiátricas e físicas; e mais difícil, imaginamos, deve ser se recriar, reposicionar-se frente a esse contexto opressor, muitas vezes vivido solitariamente na intimidade do quarto.

Por sua vez, tratamentos que deveriam propiciar outros tipos de encaminhamento ao sofrimento, acabaram por produzir mais impasses. Os profissionais da saúde que deveriam colocar-se ao lado da construção da autonomia desses sujeitos, parecem ter agido sem nenhum comprometimento com a subjetividade, sem o mínimo de ética. Relembro a prescrição de antidepressivos para emagrecer, na entrevista de Josefina, pois esta nos mostra as contradições do tema e as regulações do corpo.

Foi difícil revisitar o desespero silencioso das sucessivas tentativas de suicídio. Entretanto o mais admirável é que muitos d@s entrevistad@s, não só sobreviveram, mas viveram, inventando saídas na “arte e na cultura” (FRANCISCO) e estas

invenções, como nos diz Carolina: “[...] na verdade funciona, amanhã também, depois de amanhã não funciona, depois a gente tem que arranja algo que funcione, como a vida de qualquer pessoa”.

Só foi possível retomar a leitura quando ampliamos os relatos para além do sofrimento e percebemos a potência de “reexistência” d@s entrevistad@s. Este desvio permitiu construir outras narrativas, inventar personagens (malabarista, nômade, bailarina) a partir das potencialidades apresentadas por esses sujeitos.

“a questão é que ao pensarmos essas modalidades subjetivas pela via do “não”, insistimos em manter como referência um modo de subjetivação majoritário [...] e diante do qual as subjetivações fragmentadas aparecem como casos-limites” (GONDAR, 2009, p. 138).

Percebemos que se continuássemos a reforçar o que a literatura nos dizia sobre depressão não conseguiríamos avançar no entendimento da experiência depressiva. Sendo assim, tomamos uma postura política de positivar sua resistência, não idealizando os sujeitos, mas atentos para contarmos as narrativas que os fizeram viver.

Desse modo, pensamos que é por aí que passa a travessia da criação de si. O processo de singularização envolve necessariamente um abandono da normalidade, ou seja, um enlou-crescimento, como diz Drummond. Nesse sentido, a noção de identidade abre espaço para a emersão de processualidades subjetivas, fluxos e a construção de uma estilística da existência (BIRMAN, 1996).

A construção do cuidado de si dista do princípio cura-doença, do ideário médico de uma busca por uma normatividade psíquica. Entretanto, se ressignificarmos o termo “cura” para amadurecimento das potencialidades podemos nos aproximar mais do sentido psicanalítico: “a cura psicanalítica consiste na possibilidade de o sujeito identificar-se com seu sintoma, adquirindo certa mobilidade criativa em relação a ele” (KEHL, 2002, p. 37).

Assim sendo, alguns dos entrevistados entenderam que a sua melhora passa por um reposicionamento diante da existência, de que, até certo ponto, eles são os protagonistas da sua produção de saúde e que isso não significa que o sofrimento será extinto da vida, mas que a superação da crise exige sua ação na realidade, atividade

que por sua vez, não pode ser desassociada das pistas desejantes oferecidas pelo sintoma.

Neste sentido o desmame medicamentoso, a desabituação, a retirada do psicofármaco será um processo difícil, talvez só seja comparável ao enfrentamento do sofrimento que antecedia a introdução do comprimido. Assim sendo, não podemos paralisar e nos colocar de forma reativa diante das intempéries dos efeitos do uso indevido de antidepressivos; é preciso propor outros movimentos, outras orientações.

Segundo Illich, apenas com uma desmedicalização que limitasse a intensidade das terapias heterônomas, o indivíduo poderia resgatar sua autonomia. Para ele, a desmedicalização passa pelas dimensões do direito e da liberdade de ordenamento público da saúde. Assim, admite que o direito à saúde como liberdade tem um horizonte mais amplo e precede ao direito ao acesso aos serviços heterônomos, afirmando que é exatamente o reconhecimento dessa precedência o fundamental para que a produção de serviços de saúde seja mantida em níveis que não gerem iatrogênese (ILLICH apud GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 250).

Desse modo, intentamos ressaltar a importância da política para o debate, já que o desejo não trata de uma questão de fórum individual, mas de atravessamentos coletivos e, por conseguinte, a invenção de linhas de fugas devem ser pensadas por esse caminho

Quando, no campo da Saúde Mental, conseguirmos trabalhar transdisciplinarmente, superando os “especialismos” e a rigidez teórica teremos superados diversos desafios, como a medicalização. A respeito da complexidade deste campo, Musso Garcia Greco tem uma proposta no “quase”:

É clara a indignação de qualquer tentativa lógica de determinação de uma hegemonia no campo difuso da saúde mental. A ausência de um modelo que possa enfim eleger qual o eixo próprio desse campo não deve fazer supor que não seja possível organizá-lo de forma operacional. Construir um modelo de organização de serviços de saúde mental implica fazer a escolha de um discurso e de uma ética, mantendo uma posição de suspensão que permita suportar a insuficiência própria de cada conjunto de conceitos e práticas. Se a alienação é inevitável, isso não induz necessariamente ao impasse a que a mera polarização de eixos teórico-políticos poderia conduzir (GRECO, p. 112, 2001).

O desafio epistemológico na Saúde Mental é de articulação de diferentes campos de tensão teórico e prático, assim, afastando-se da circular ideologia-corporativista, mantendo imanente o debate ético. Para isso, o autor propõe uma lógica da borda, do entre, uma operação de intersecção que não seja “ou um, ou outro” e “nem um, nem outro”, porém a lógica da não-totalização no *quase* (quase um, quase outro)” (GRECO, 2001).

Em consonância com essa abordagem, Costa-Rosa (2011, p. 743) complementa:

[...] a construção do protagonismo dos sujeitos do sofrimento na produção do sentido necessário à superação do sofrimento e demais impasses que motivaram a procura de ajuda, e para a possibilidade de seu reposicionamento no ‘entre social’ e no ‘entre sentido’.

Ao limitar o sofrimento psíquico como estritamente neuroquímico, não se exige um trabalho subjetivo, retira-se a implicação do sujeito sobre o mal-estar que o acomete e, também a possibilidade de criação de si no “entre”, no quase, na fronteira, ou seja, no encontro.

Buscamos reforçar que, para além do biológico, existem outras linhas de subjetivação e, assim, com o mascaramento sintomático se perde a possibilidade de ouvir o sintoma naquilo que ele margeia o desejo, uma vez que aquela queixa sintomática seria mero produto de uma disfunção neuroquímica, o procedimento habitual será a correção desse desequilíbrio com um psicofármaco e, no limite, com alguma terapia de reprogramação de comportamento.

Neste sentido, propomos uma abordagem de saúde mental que transversalize as disciplinas:

[...] análises, sobretudo as que pretendem chegar a formulações sobre a transdisciplinaridade, têm muita dificuldade de superar o sentido do “inter”, que se mantém como relação entre especialismos. Estes ainda sendo tomados por especialidades disciplinares. A mesma dificuldade se apresenta quando se trata de superar o sentido do “trans”, que nessas análises se mantém como transposição de fronteiras dos campos disciplinares. Ainda estamos longe de ver as discussões e análises ousarem falar em superação da divisão do trabalho fragmentado da divisão taylorista das disciplinas (COSTA-ROSA, 1987, PASSOS e BARROS, 2000). Muito menos ouvimos qualquer balbúcio que seja capaz de conceber o ‘trans’ como transposição paradigmática das

disciplinas, cujo eixo paradigmático principal é o princípio sujeito-objeto tão caro às ciências que insistem em tomar o Homem como objeto de conhecimento e transformação (trata-se, ainda do velho lema positivista: “conhecer para transformar”) (COSTA-ROSA, 2011, p. 298).

Para tanto, o exercício de transversalização dos saberes não enxerga os limites entre as disciplinas como fronteiras rígidas, fixas, isoladas, porém como bordas permeáveis, passíveis de intercâmbio, de diálogos (MENESES, YASUI; 2012). Uma consequência imediata desse processo de aproximação interdisciplinar é que essas disciplinas se tornam cada vez mais complementares e suplementares, interagindo e se modificando entre si.

O engajamento do sujeito na ética do desejo equivale à reaquisição da capacidade autopoietica estancada pelo sofrimento e pelo sintoma. É a retomada da potência de produção do sentido radicalmente novo que é capaz de mudar a relação do sujeito com sentido do sofrimento e do sintoma, e ao mesmo tempo capaz de permitir-lhe outros modos de posicionamento nas relações sociais, que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas (COSTA-ROSA, 2011, p. 752).

Dito isso, podemos vislumbrar um horizonte clínico do uso ético dos antidepressivos, ético no sentido de pensar uma clínica em que cada caso os sintomas sejam considerados formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico, utilizado para ajudar o sintoma a expressar a verdade subjetiva.

Por fim, a “cura” é produzida na relação entre iguais, uma horizontalidade, reconhecimento do outro como sujeito desejante, na sua diferença e respeito mútuo. Parafraseando Francisco, seja pela arte, seja pela análise, ou esquizoanálise, nossa função é propiciar as condições para que o sujeito dê vazão àquilo que pulsa nele, que o faz vibrar, enchendo de cores o desejo e sua vida.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 2, n.1/2, pp. 5-20, 1987.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDREASEN, N. *Brave New Brain. Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. Londres, New York, Oxford University Press, 2001. p. XI.

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. *Revista Piauí*, v. 59, 2011.

APA. Manual de diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais – on-line. 4. ed. Washinton D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

ASSIS, M. *O Alienista*. Obra Completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

BARONI, D. P. M.; VARGAS, R. F. S.; CAPONI, S. N. Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 70-77, 2010.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. *Vida Líquida*. Tradução de C. A. Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BEZERRA Jr, B. C. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: FREIRE FILHO, J. (Org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

____. Resenha de "A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência" de Adriano Amaral de Aguiar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 1, pp. 182-184, 2007.

BIRMAN, J. *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

____. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

____. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

____. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

____. *Por uma estilística da existência: sobre a psicanálise, a modernidade e a arte*. São Paulo: Editora 34, 1996.

BOWKER, G. C.; STAR, S. L. *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.

BUCHALLA, A. P. VEJA Entrevista: Valentim Gentil Filho. *Veja*, São Paulo, 28 abr. 2007.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABAS, A. G. *Curso e discurso da obra de Jacques Lacan*. Tradução de Maria Lúcia Baltazar. São Paulo: Moraes, 1982.

____. *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, 2012.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, v. 19, n. 2, 2009.

_____. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

_____. O diagnóstico de depressão, a “*petite biologie*” e os modos de subjetivação. In: CAPONI, S. et al. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Santa Catarina: Editora Unisul, 2010.

CARNEIRO, H. F. A subjetivação do corpo ou a biologização da alma? Tributo a Freud. *Revista Polêmica*, v. 8. Disponível em: <[http://www.polemica.uerj.br/8\(4\)/artigos/lipis_4.pdf](http://www.polemica.uerj.br/8(4)/artigos/lipis_4.pdf)> . Acesso em: 27 jan. 2013.

CONDE, H. *Sintoma em Lacan*. São Paulo: Escuta, 2008.

COSER, O. *As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaio de metapsicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. *Depressão: clínica, crítica e ética*. Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 2003.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na Atenção Psicossocial: contribuições de psicanálise de Freud a Lacan, *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, Usp, v. 20, n. 3, p.743-757, 2011.

_____. Modo psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. *Vertentes*, v. 5, 1999.

_____. *Para uma crítica da Razão Medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante, Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.* Tese (Livre-docência em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

_____. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaíos: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168, 2000.

_____. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo.* 546f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1987.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo.* Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELEUZE, G. *Abecedário Deleuze.* Direção de Pierre-André Boutang, 1988-1989. Vídeo.

_____. *Conversações (1972-1990).* Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

_____. O que é um dispositivo? Tradução de Ruy de Souza Dias. In: FOUCAULT, M. *Philosophe Rencontre International.* Paris, 1988.

DELOUYA, D. *Depressão.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DERRIDA, J. *A Farmácia de Platão.* Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

DIAS, R. M. *Nietzsche, a vida como obra de arte.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

DIONISIO, Gustavo Henrique. *Pede-se abrir os olhos: psicanálise e reflexão estética hoje.* São Paulo : Annablume/Fapesp, 2012.

DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Tradução: Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991.

_____. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Tradução de Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artmed, 1989.

DUNKER, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 23, n. 1, p. 115-136, 2011.

_____. O Urso-Polar e a Baleia: as divergências entre psicanálise e psiquiatria estão mal focadas. *Cult* (São Paulo), v. 1, p. 23-25, 2009.

EDLER, S. P. B. Desejo, remédio contra angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano V, n. 2, 2002.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob, 1998.

_____. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Tradução de Pedro F. Bendassolli. Aparecida, SP: Idéia & Letras, 2010.

_____. O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*. Tradução de Marianna T. de Oliveira e Monah Winograd. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2013.

EIDT, N. M., TULESKI, S. C. Discutindo a medicalização brutal numa sociedade hiperativa. In: MEIRA, M. E. M., FACCI, M. G. D. (Org.). *Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FARAH, B. L. A depressão e vergonha: contrafaces dos ideais de iniciativa e autonomia na contemporaneidade. In: VERZTMAN, J. et al. (Org.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud; UFRJ; Brasília: CAPES PRODOC, 2012.

FÉDIDA, P. *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. Tradução de Martha Gambini. São Paulo: Escuta, 2009.

_____. A fala e o *phármakon*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 1, n. 1, p. 29-45, 1998.

FENDRIK, S. O DSM-IV: Uma metafísica comportamentalista. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

FERRAZZA, D. A. *A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, 2009.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *Arte, dor*. Inquietudes entre estética e psicanálise. Cotia, SP: Atêlie Editorial, 2005.

FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

_____. A vida dos homens infames. In: *O que é um autor?* Lisboa: Passagens, 1992.

_____. *História da Loucura: na Idade clássica*. Tradução: José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2012.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FORTES, I. O vazio e o excesso no sintoma contemporâneo. In: FREIRE, A. B. (Org.) *Apostar no sintoma*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

FREIRE, A. B. (Org.) *Apostar no sintoma*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

FREUD, S. (1917) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Tradução de José L. Etcheverry. In: Edição Standard Argentina das Obras psicológicas completas de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. Vol. XVI.

_____. (1917[1915]) *Duelo e melancolia*. Tradução de José L. Etcheverry. In: Edição Standard Argentina das Obras psicológicas completas de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, Vol. XIV.

_____. (1930 [1929]) *El malestar en la cultura*. Tradução de José L. Etcheverry. In: Edição Standard Argentina das Obras psicológicas completas de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. Vol. XXI.

_____. (1915). *Las pulsiones y sus destinos de pulsión*. Tradução de José L. Etcheverry. In: Edição Standard Argentina das Obras psicológicas completas de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. Vol. XIV.

_____. (1915). *La represión*. Tradução de José L. Etcheverry. In: Edição Standard Argentina das Obras psicológicas completas de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. Vol. XIV.

_____. (1904[1905]) *Sobre las teorías sexuales infantiles*. Tradução de José L. Etcheverry. In: Edição Standard Argentina das Obras psicológicas completas de S. Freud. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. Vol. XIV.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. v.11, n. 22, p. 1-12, 2007.

GARCIA, R. Cresce influência da indústria sobre manual de psiquiatria, *Folha de São Paulo*. 31 mar. de 2012.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 16, n. 40, 2012.

GIÁCOIA Jr, O. *Nietzsche*. São Paulo: Publifolha, 2000.

GOLIN, C; WEILER, L. *Homossexualidade, cultura e política*. Porto Alegre: Editora Sulina, 1999.

GONDAR, J. A sociedade de controle e as novas formas de sofrimento. In: ARÁN, M. (Org.) *Soberanias*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.

_____. Deleuze a psicanálise. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. (Org.). *Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

GRECO, M. G. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In: QUINET, A. (Org.), *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. *Micropolíticas: cartografias do desejo*. Tradução de Renaud Barbaras. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

GURFINKEL, D. *A pulsão e o seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. São Paulo: Vozes, 1996.

HANNS, L. A. *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1999.

HERRMANN, F. *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JIMENEZ, S. Depressão e melancolia. Em: ALMEIDA, C. P.; MOURA, J. M. (Org.). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Contracapa Ed, 1997.

JIMENEZ, S.; MOTTA, M. B. *O desejo é o diabo: as formações do inconsciente em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Contracapa Ed, 1999.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. A atualidade das depressões (como pensar as depressões sem o DSM-IV). In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1953.

LAURENT, É. Como engolir a pílula? *Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano*, n. 1, p. 24-35, 2002.

LISPECTOR, C. *A paixão segundo G.H.*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MAJOR, R. *Lacan com Derrida*. Tradução de Fernanda Abreu. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MASER, J. D; PATTERSON, T. *Spectrum and nosology: implications for DSM-V*. *Psychiatric Clinics of North America*, 2002. p. 855-885.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. DSM-II and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the history behavioral sciences*, vol 41(3), 2005.

McDOUGALL, J. *Em Defesa de uma certa normalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *Teatros do eu*. Tradução de Orlando Coddá. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992.

MENESES, M. P.; YASUI, S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? *Ciência da Saúde Coletiva*, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10181>.

MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

MIOTO, I. SAGAWA, R. Y. A contribuição de estudos longitudinais e psicodinâmicos na elaboração de diagnósticos em instituição de saúde mental pública. *Vertentes*, v. 5, 1999.

MORANGOS Selvagens. Direção de Ingmar Bergman. Estocolmo: Svensk Filmindustri, 1957. 91 min.

NASIO, J. D. Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

_____. *Como trabalha um psicanalista?* Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

NERI, Regina. A clínica como política de resistência da vida. Em: Lugar Comum, n. 21, Rio de Janeiro: Rede Universidade Nômade, 2005.

NIETZSCHE, F. *A gaia ciência*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NUCCI, M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*. Rio de Janeiro, n. 10, abr. 2012.

OLIEVENSTEIN, C. & colaboradores. *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1990.

OMS. Organização Mundial da Saúde (World Health Organization). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>> />. Acesso em: 23 out. de 2012.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, 2000.

PELBART, P. P. *A Clausura do Fora e o Fora da Clausura*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. *Biopolítica*. Sala Preta, n. 7, p. 57-65, 2007.

_____. *O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento*. Cartography of exhaustion: nihilism inside out. Tradução de John Laudenberger. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

_____. Vida nua, vida besta, uma vida. In: *Trópico*. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. *Viver não é sobreviver: para além da vida aprisionada*. In: III SEMINÁRIO INTERNACIONAL A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA: RECONHECER E ACOLHER AS DIFERENÇAS, 2013, São Paulo. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/63611-viver-nao-e-sobreviver-para-alem-da-vida-aprisionada-peter-pal-pelbart-primeira-parte>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise - notas preliminares. *Revista Médica de Minas Gerais, Órgão Oficial da Associação Mineira de Educação Médica*, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://veterinariosnodiva.com.br/books/9-O-SINTOMA-NA-MEDICINA-E-NA-PSICANALISE.pdf>>.

PRADAL, H. *O mercado da Angústia*. Tradução de Nancy Miertle. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

PRADO, G. A. S. *A Voz do silêncio: Inquietações entre arte e produção de sentido na resignificação em saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal Fluminense, 2013.

PRECIADO, B. *Manifiesto contra-sexual*. Madrid, Espanha: Editorial Opera Prima, 2002.

_____. *Testo yonqui*. Madrid, Espanha: Espasa, 2008.

PROTA, F. D. G. *O que pode a medicação no tratamento psicanalítico*. Consultado no Sítio da Escola Brasileira de Psicanálise, em novembro de 2010.

QUINET, A. *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

_____. *A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade*. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RODRIGUES, J. T. *A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo*. *Revista Psicologia em Estudo*, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003.

ROLNIK, S. *Subjetividade, ética e cultura nas práticas clínicas*. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, 1995.

_____. *Toxicônomos de identidade: subjetividade em tempos de globalização*. In: LINS, D. (Org.). *Cultura e subjetividade: Saberes nômades*. Campinas: Papirus, 1997.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROZENTHAL, E. Por uma ética e uma estética da psicanálise. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. (Org.). *Ética e Subjetividade: novos impasses no contemporâneo*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

SANTOS, K. Y. P.; DIONISIO, G. H.; YASUI, S.; PEREIRA, A. C. A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 12, p. 44-57, 2012.
SANTOS, K. Y. P.; DIONISIO, G. H. Pelo direito de ser um monstro. *Artefactum*, v. 1, p. 1-14, 2013.

SANTOS, K. Y. P.; DIONISIO, G. H.; YASUI, S. O sujeito-comprimido. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 4, p. 103-112, 2012.

SAUVAGNARGUES, A. Os sintomas são como pássaros que batem o bico na vidraça. Tradução de Adriana Barin de Azevedo, São Paulo, *Cadernos de Subjetividade*, 2012.

SEDGWICK, E. K. *Epistemology of the closet*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1990.

SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

TAVARES, L. A. T. *A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. Assis, 2009.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A.; BESSA, J. C. Reflexões sobre homofobia e educação em escolas do interior paulista. *Educação e Pesquisa*, v. 37, n. 4, 2011.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. *Do estigma à exclusão: histórias de corpos (des)acreditados*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2005.

_____. *Psicologia e Teoria Queer: das identidades aos devires*. Assis, Tese de Livre Docência – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, 2013.

VIANA, D.; TAVARES, F. A cabeça infatigável, *Valor*, 11 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/cultura/2654244/cabeça-infatigável#ixzz2DPy0kymy>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 1-8, 2003.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001.

WOOD Jr., T.; PAES DE PAULA, A. P. O culto da *performance* e o indivíduo S.A. In: EHRENBURG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida, SP: Idéia & Letras, 2010.
ZIZEK, S. *Não existe grande Outro*. Tradução de Ronaldo Manzi e Eduardo Socha, *Revista Cult*, v. 125. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/nao-existe-grande-outro/>> Acesso em: 6 mar. 2013.

ANEXO 1

Roteiro de entrevista

1. Qual o seu nome e idade?
2. Qual é o que medicamento você toma?
3. Há quanto tempo toma o medicamento?
4. Por que começou a tomar o medicamento? Como começou (psiquiatra, clínico geral, auto-medicação)?
5. Quando começaram os sintomas?
6. Por que acha que teve esses sintomas?
7. O que acontecia na época de relevante? De onde acha que surgiu?
8. Apareceu algum outro comportamento indesejado ao longo do tratamento? Por que você acha que isso aconteceu? Acha ou vê alguma relação com o primeiro? Já sentiu algum efeito colateral?
9. Tem informações sobre a medicação? Se sabe do seu funcionamento? Consegue se enxergar sem a medicação?
10. Você teve que operar mudanças no seu dia-a-dia em seu estilo de vida para se adaptar aos efeitos colaterais?
11. Como acha que as pessoas que sabem que você faz uso dessa medicação vêem?
12. Qual foi a última vez que sentiu o mal-estar que o levou a tomar medicação? Teve recaída?
13. Como é você deprimida ?
14. Quais efeitos psicológicos percebeu nesses anos?
15. Como você avalia a eficácia do medicamento?
16. Conseguiria abandonar o uso? Como?
17. O que entende por cura?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO Universidade Estadual Paulista Campus de Assis

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado sobre o uso de antidepressivos. O objetivo da pesquisa é analisar a psicodinâmica do sofrimento com o uso a longo prazo do antidepressivo.

A pesquisa será conduzida pelo pesquisador Kwame Yonatan Poli dos Santos, matriculada no curso de Pós-Graduação de Psicologia desta Universidade, orientada pelo Prof. Silvio Yasui e co-orientada pelo Gustavo Henrique Dionísio. A participação do entrevistado consiste em responder a uma entrevista, sendo que o participante poderá se recusar a responder questões que não desejar. Vale ressaltar que sua participação é **voluntária** e **sigilosa**, pois o pesquisador não poderá identificá-lo quando da utilização de material para análise. Por outro lado, os dados podem vir a ser publicados, **sem a identificação** dos participantes, em revistas científicas especializadas.

A entrevista terá duração de uma hora e terá questões referentes ao sofrimento que levou ao uso de antidepressivo, havendo o risco do entrevistado se sentir fragilizado e ficar suscetível a crises. E se houver uma demanda de psicoterapia por parte do entrevistado, o entrevistador orientará e encaminhará ao Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPPA), que por esse motivo foi escolhido como local da entrevista, pois oferece condições de acolhimento e encaminhamento. Não haverá prescrição de psicofármacos e nem a realização de atendimento psicoterápico por parte do entrevistador.

Sua participação neste estudo é muito importante. Você tem o direito de querer sair deste estudo a qualquer momento sem nenhuma penalidade. Caso o entrevistado tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o entrevistador estará disponível a solucionar e se desejar ter mais informações, o entrevistado pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa, no telefone 18 3302 5740, ou e-mail: cep@assis.unesp.br .

Declaro que tenho ciência das informações contidas neste documento e que recebi respostas adequadas para todas minhas dúvidas a respeito da pesquisa. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo a qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outro tipo de penalidade.

Assim, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Local	Data
-------	------

Nome do participante (Letra de Forma)

Assinatura do participante

Agradecemos pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Kwame Yonatan Poli dos Santos – contato: kwame7y@hotmail.com

Prof. Dr. Silvio Yasui (orientador) – syasui@assis.unesp.br

Prof. Dr. Gustavo Henrique Dionisio (co-orientador) – ghd@assis.unesp.br