

A PSICOPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA CONTEMPORÂNEA: QUEM FAZ OS DIAGNÓSTICOS?

LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA CONTEMPORÁNEA: ¿QUIEN HACE LOS DIAGNÓSTICOS?

THE PATHOLOGIZING OF CONTEMPORARY LIFE: WHO MAKES THE DIAGNOSIS?

Josiane Cristina BOCCHI¹

RESUMO: Este trabalho discute alguns aspectos do uso das classificações diagnósticas em saúde mental, como o modelo nosográfico vigente no CID-10 e DSM-5. Ele destaca a prática clínica, em que a padronização e a normatização do sofrimento psíquico se sobrepõem ao estudo do caso clínico. As classificações diagnósticas partem do princípio de que todos os tipos de mal-estar podem ser codificados e diagnosticados, induzindo a uma operacionalização normativa do sofrimento humano. Assim, transforma-se comportamentos e problemas inerentes à existência comum em patologias médicas e restringe-se possibilidades de produzir sentidos para certos modos de sofrimento. Conclui-se indicando a necessidade desse modelo diagnóstico reintegrar alguns elementos vivenciais à prática clínica em saúde mental, tendo em vista os riscos da crescente redução dos processos de adoecimento aos seus sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Psicopatologia. Sofrimento psíquico. Saúde mental. Diagnóstico.

RESUMEN: Este trabajo discute algunos aspectos del uso de las clasificaciones diagnósticas en salud mental, como el modelo nosográfico vigente en el CID-10 y DSM-5. Se destaca la práctica clínica, en la que la estandarización y la normatización del sufrimiento psíquico reemplazan al estudio del caso clínico. Las clasificaciones diagnósticas parten del principio de que todos los tipos de malestar pueden ser codificados y diagnosticados, induciendo a una funcionalización normativa del sufrimiento humano. Así, se transforman comportamientos y problemas inherentes a la existencia común en patologías médicas y se restringe posibilidades de producir sentidos para ciertos modos de sufrimiento. Se concluye indicando la necesidad de que ese modelo diagnóstico reintegre algunos elementos vivenciales a la práctica clínica en salud mental, teniendo en cuenta los riesgos de la creciente reducción de los procesos de enfermedad a sus síntomas.

PALABRAS CLAVE: Psicopatología. Sufrimiento psíquico. Salud mental. Diagnóstico.

ABSTRACT: This paper discusses some aspects concerning to use of diagnostical classifications in mental health, such as the nosographic model present at CID-10 and DSM-5. It highlights the clinical practice, wherein the standardization and normatizing of psychic

¹ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Bauru – SP - Brasil. Professora Assistente Doutora do Departamento de Psicologia. ORCID: <<https://orcid.org/0000-0002-2657-9490>>. E-mail: b.josiane@gmail.com

suffering overlap the study of the clinical case. The diagnostical classifications assume that all kind of malaise can be codified and diagnosed and induce a normative operationalization of human suffering. Thus, behaviours and problems inherent to common existence on pathologies are transformed, and possibilities of producing meanings for certain modes of suffering are restricted. This paper concludes on the need for the current diagnostic model to reintegrate some experiential elements to diagnostic clinical practice in mental health to avoid the risks of the increasing reduction of the processes of illness to its symptoms.

KEYWORDS: *Psychopathology. Psychic suffering. Mental health. Diagnosis.*

Introdução

“Mas a ciência tem o inefável dom de curar todas as mágoas” (*O Alienista*, Machado de Assis, 1882/1993, p. 48).

O presente artigo abordará o uso das classificações diagnósticas em saúde mental, discutindo seu *modus operandi* nos dias atuais, em que a padronização e a normatização do sofrimento psíquico se sobrepõem ao estudo do caso clínico e prescindem da intersubjetividade e singularidade inerentes ao adoecimento mental humano e ao campo do patológico. As classificações diagnósticas exprimem um anseio de classificar, tratar e curar o mental com a mesma eficácia com que se trata os males do corpo físico, uma vez que explicam os transtornos físicos e mentais dentro dos mesmos parâmetros objetiváveis e essencialmente quantitativos, como se verifica no sistema nosográfico vigente: DSM-IV-TR (APA, 2002), CID-10 (OMS, 1993) e as tendências que se prolongam no DSM-5 (APA, 2014).

A psiquiatria que sustenta esse modelo operacional e pragmático de diagnóstico mantém com a doença mental uma relação abstrata e universalizante. Ela abstrai o sujeito, colocando entre parêntesis em relação à sua existência global e complexa (Amarante, 2007). Christian Dunker e Kyrillos Neto (2010) apontam que o atual discurso formal-normativo ao estilo do DSM (*Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders*) é guiado por uma razão diagnóstica que ultrapassa os procedimentos psiquiátricos e a habitual práxis em saúde mental, em direção aos campos social, jurídico, normativo e político, elencando conjunto de fenômenos “no qual podemos incluir a hipermedicalização por especialistas, a automedicalização, a medicalização por não especialistas, os compromissos entre estratégias de medicação (alopáticas, homeopáticas, fitoterápicas, etc.), a psicopatologização das formas de vida (infância, terceira idade, adolescência, primeira infância)” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2010, p. 430).

O objetivo do artigo é apontar uma inconsistência presente na organização dos sistemas classificatórios dos transtornos mentais e o fato de que a lógica por eles adotada faz proliferar figuras diagnósticas que se dissolvem no encontro com a realidade clínica. Trata-se, ainda, de discutir a finalidade latente desse modelo de prática diagnóstica, como contendo uma normatividade reguladora e produtivista e, por fim, destacar elementos processuais da intersubjetividade que emergem no seio da prática clínica e que intencionalmente não são contemplados por tal modelo.

Por padronização, entende-se o uso exacerbado de parâmetros estatísticos que sustentam os estudos epidemiológicos e balizam a noção de normalidade e patologia em função de uma média e seus desvios. Deste modo, uma importante diretriz diagnóstica das classificações acima mencionadas é a presença ou ausência de um certo número de sintomas por determinado tempo, norteadas por critérios de intensidade e duração da queixa. A normatização pode ser caracterizada pelo ímpeto de catalogar, dar nome e codificar todas as formas de expressão do psiquismo, sejam elas sintomáticas ou existenciais. Consequentemente, assistimos a um aumento de diagnósticos e a multiplicação das categorias existentes para os transtornos mentais, uma espécie de pandemia psíquica. Assim, alegrias intensas se tornam episódios de mania, o pessimismo constante passa a se chamar distímia, o perfeccionismo e o apego à ordem configuram o transtorno anancástico de personalidade. Essa tendência é o que chamamos aqui de psicopatologização, por refletir um impulso medicalizante que toma aspectos da experiência humana comum e os transforma em fenômenos médico-patológicos, em detrimento de uma concepção mais ampla do que é sintoma psíquico e o sofrer propriamente.

A esse respeito, é bastante ilustrativo o modo como o DSM-IV-TR (2002) interpreta o fenômeno do luto, no caso do diagnóstico diferencial do episódio depressivo maior. Os sintomas da pessoa enlutada (humor deprimido, com choro, pesar e lamentação) são validados dentro do período máximo de 2 meses. Passado esse tempo, os sintomas são mais bem explicados pelo episódio depressivo e a reação esperada para uma perda significativa, como a morte de um parente ou pessoa amada, passa a ser entendida como disfuncional. Embora o DSM-5 (2014) suprima essa periodização, detalhando as diferenças entre o estado depressivo e o processo de luto normal, a medicalização se mantém em outras categorias do manual, em outros quadros recém-inaugurados, como no Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor (296.99), que retrata irritabilidade e descontrole comportamental persistente dos 10 aos 18 anos de idade, como uma categoria própria para o que antes era abordado como transtorno bipolar na infância e adolescência. De saída, esse novo diagnóstico demonstra

fragilidades pelo grau de sobreposição com o Transtorno de Oposição Desafiante (313.81) e Transtorno Explosivo Intermitente (312.34), bem como a dificuldade de qualificar as explosões de raiva como desproporcionais às situações de provocação ou contrariedade habituais. A tensão pré-menstrual passa a integrar a categoria dos transtornos depressivos como Transtorno Disfórico Pré-menstrual (625.4), configurando como desadaptativo e disfuncional um fenômeno que, de fato, incomoda muitas mulheres, porém até então não havia sido prescrito como patológico: “Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na semana final antes do início da menstruação, começar a *melhorar* poucos dias depois do início da menstruação e tornar-se *mínimos* ou ausentes na semana pós-menstrual” (APA, 2014, p. 171).

Não por acaso, tanto o transtorno disruptivo como o disfórico pré-menstrual integram a categoria maior dos transtornos depressivos. As desordens depressivas têm se mostrado como o modo mais prevalente de manifestação do sofrimento psíquico na atualidade. No entanto, questiona-se se a alta incidência do transtorno não se deve mais a certa intolerância e patologização da tristeza; aquilo que antes se considerava como reações esperadas diante de eventos negativos da vida estaria sendo visto como doença psiquiátrica (TEIXEIRA, 2012). Horwitz e Wakefield (2010) assinalam que existe uma pressão social, governamental e da própria área da saúde para diagnósticos cada vez mais rápidos e precoces, e defendem que estamos numa sociedade em que não parece ter mais espaço para a tristeza ou o luto.

Representações do si mesmo e doença mental

Ninguém contesta que atualmente se vive uma sociedade cuja aspiração ideal é viver sem nenhum desconforto e não expressar dor, mesmo que sob a pena de uma valorização precária da autoimagem. Nunca se viu uma época onde as pessoas querem tanto estar bem ou, pelo menos, se mostrar como tal, como se observa nas postagens nas redes sociais, o fenômeno viral das *selfies*, fotos que retratam uma certa representação do indivíduo (descolado, conectado e feliz). O momento presente parece estar paradoxalmente guiado por uma lógica invisível que prima pela performance e ostentação de si, tendo em seu bojo o evitamento das experiências essenciais de dor e sofrimento que, assim como a alegria e a satisfação, também fazem parte de uma dimensão fundamental da natureza humana.

A sociedade contemporânea apresenta insuficiências para reconhecer e validar as diferentes variantes do sofrimento psíquico. Enquanto algumas formas são invisibilizadas, outras ganham *status* e legitimidade, conforme as demandas sociais de uma época e suas

políticas de Estado. A exemplo do aumento de patologias que se inscrevem de forma individualizante e solitária, como ocorre desde a década de 80, em que “o universo do trabalho passava por profunda reconfiguração devido à flexibilização neoliberal, formas de sofrimento psíquico como as depressões e transtornos de personalidade como as patologias narcísicas e borderline apareciam cada vez mais dominantes” (SAFATLE, 2016, p. 186).

No tocante à prática diagnóstica em saúde mental, nota-se uma organização tecnocientífica dos sistemas de identificação e classificação dos transtornos, uma crescente ampliação de categorias diagnósticas - estas passam a recobrir diversos âmbitos e reações normais da vida como objeto da psiquiatria e do discurso médico – e uma intencional isenção de qualquer conceituação de sofrimento psíquico e até mesmo de doença mental: “O termo ‘transtorno’ é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como ‘doença’ e ‘enfermidade’” (OMS, 1993, p. 05). Ambos os manuais diagnósticos (CID e DSM) assumem uma postura atórica, de não discussão dos mecanismos e processos causais (etiológicos) subjacentes às patologias. E, ainda, a substituição da terminologia “doença mental” pela noção de transtorno advento da classificação proposta pelo DSM-III (1980), coloca o transtorno mental como desordem, desorganização e disfunção e, com isso, contribui para a naturalização da ideia de que ter transtorno é praticamente normal. Se o objetivo do DSM-III era tirar o peso da doença psiquiátrica através da inclusão da noção de categorias, a mudança do termo, em nome da atenuação do estigma da doença mental, se converteu “em uma re-patologização generalizada, pela qual todos nós aceitamos nossos sintomas como ‘normais’” (DUNKER, 2015, p. 26).

Alain Ehrenberg, sociólogo francês, usa a expressão “usinagem do si mesmo” (2004/2009, p. 188) para se referir ao papel de destaque que questões da saúde mental e a demanda de conhecimento sobre o cérebro assumiram na sociedade contemporânea, de autonomia e individualização a todo custo. É o mesmo que dizer que o sujeito está por sua conta e risco, responsável tanto pelo sucesso e pelos bens que pode consumir, como pela produção e gestão íntima de suas deficiências. Aqui, é possível um paralelo com o que Dunker e Kyrillos Neto (2010) chamam de psicopatologia prática, um campo onde funções muito distantes do que se convém esperar de uma psicopatologia (investigação multifatorial da doença mental, relação entre diagnósticos, modalidades de intervenção) estão organizadas por uma mesma prática discursiva que, neste caso, é uma espécie de razão diagnóstica.

O ponto em questão, neste trabalho, é que a nosografia atualmente vigente na área da saúde mental fornece instrumentos de validação desta lógica produtivista, na medida em que exprime um conceito pragmático e utilitarista de diagnóstico e de doença mental. Esta última

tem uma definição bastante precária desde a década de 80, principalmente, quando passa a ser pensada de maneira mais atomizada, como na noção de síndrome, um conjunto recorrente de sinais e sintomas. De fato, a psiquiatria utiliza bem mais o conceito de síndrome do que de transtorno, este como uma entidade nosológica específica, da qual se possa inferir fatores causais e outros mecanismos subjacentes ao quadro psicopatológico (DALGALARRONDO, 2008). Mas o pragmatismo das classificações psiquiátricas fica evidente ao se adotar a diretriz da descrição clínico-comportamental – lógica da inclusão e exclusão categorial de sintomas – e a não explicitação de elementos fenomenológicos e dinâmicos dos quadros. Esse descritivismo é explícita e estrategicamente assumido para contornar a discussão da etiologia da doença mental, ausente nos manuais diagnósticos produzidos pela Organização Mundial da Saúde e pela Associação Americana de Psiquiatria desde a publicação do DSM-III (1980).

Desde então, a prática diagnóstica assume como finalidade classificar e eliminar a sintomatologia do indivíduo, numa relação linear entre sintoma-diagnóstico-sintoma, que deixa evidente a carência de discussões psicopatológicas como fundamento e mediação entre a prática diagnóstica e o manejo clínico. Através de uma lógica binária sintoma-patologia, a avaliação clínica parte da identificação de sinais e sintomas e vai diretamente ao diagnóstico, em detrimento de uma concepção mais abrangente de que adoecer é mais do que ter sintomas (que eclodem ou remitem). As manifestações variadas (sintomáticas ou não) do adoecer psíquico também são modos de expressão e de apropriação do si mesmo e de uma história pessoal. De todo modo, o sofrer é uma forma de vivência e de laço do indivíduo com a vida.

Contudo, os manuais diagnósticos são centrados no sintoma e este é concebido conforme a noção de desajuste e disfunção. Sintoma, aqui, tem um valor patognomônico, indicativo de alterações que romperam com uma ordem biopsíquica estabelecida. A predileção do CID e DSM pelo termo transtorno (*mental disorder*) implica em desarranjo/desordem e, como aponta Paulo Amarante (2007), na representação de um sujeito transtornado. E esse disfuncional tem que ser corrigido (tratado e medicado). Desse modo, no modelo diagnóstico atual, o sintomático é necessariamente desadaptativo, no sentido forte de alguém cuja condição o limita de operar no mundo, por algum desaparelhamento interno (endógeno). Conceber o sintoma como disfuncional (e apenas isso) implica em uma expropriação de sua natureza subjetiva, singular e vivencial e, a rigor, acaba por precarizar a discussão diagnóstica e psicopatológica do caso.

Não se leva em conta que sempre há uma dimensão idiossincrática no sintoma, vinculando-o a uma expressão simbólica e identitária do paciente. Embora haja elementos universais nos sintomas, que permitem dividi-los em categorias (neuróticos, psicóticos,

maníacos, fóbicos, ansiosos ou depressivos), o conteúdo dos sintomas é deveras específico. Alguns indivíduos relatam angústia como sensação de pressão no peito, outros como uma inquietação incontrolável, outros ainda como bolo faríngeo. Há humor depressivo que se manifesta como tristeza e em outros casos como sentimento de vazio e desvalia.

Ao largo desta discussão, os manuais psiquiátricos atuais prendem a avaliação a critérios sindrômicos e quantitativos (tantos sintomas de uma lista mais completa, apresentando-se na maior parte do dia, quase todos os dias e por um determinado período de tempo)².

E não há mal-estar que não possa ser diagnosticado e codificado nominalmente. Nota-se, porém, um fenômeno paradoxal de ampliação e ao mesmo tempo de fragilização dos diagnósticos, pela criação de novas entidades nosológicas e seus subtipos. Recomenda-se, na introdução da CID-10, “seguir a regra geral de registrar tantos diagnósticos quanto forem necessários para cobrir o quadro clínico” (OMS, 1993, p. 06). A *Sexta Revisão da Classificação Internacional das Doenças* (CID-6) que, pela primeira vez incluía uma seção dedicada aos distúrbios mentais, continha apenas 26 categorias diagnósticas: “10 categorias de psicose, 9 de psicose e 7 de transtorno de caráter, comportamento e inteligência” (APA, 2002, p. 23). Atualmente, a CID-10 tem 100 categorias com um sistema de codificação alfanumérico (F00-F99) e subdivisões decimais no nível de quatro caracteres, o que é anunciado como vantajoso para abranger mais condições clínicas (OMS, 1993). Cada categoria é composta por um número variável de subcategorias (a classificação tem subclassificações).

A multiplicação dos diagnósticos beira uma expansão desordenada, como já se disse, quase um modelo de classificação dentro de classificação (Bocchi, 2014). As categorias autogerminam, como no conto do *Alienista*, de Machado de Assis. O Dr. Simão Bacamarte, em nome de uma nova teoria da alma humana, diagnostica os defeitos morais, as fraquezas de caráter, simples extravagâncias, os discursos eloquentes e os comezinhos humanos: “Alguma coisa lhe dizia que a teoria nova tinha, em si mesma, outra e novíssima teoria” (Machado de Assis, 1892/1993). A solução para incluir a totalidade dos quadros clínicos encobre um problema de base: a questão não é a falha das categorias, por isso dispõe-se de tantas quanto for necessário, o ponto central é fazer brotar novas entidades clínicas que, agora, sim, abrangeriam a realidade dos casos. Logo, de uma perspectiva política do manejo das tensões e regulação de comportamentos e conflitos dentro de um sistema social, os sistemas

² Conferir, por exemplo, os critérios para transtornos depressivos (DSM-5, 2014, p. 161 e segs).

diagnósticos também são dispositivos de inscrição ou de exclusão de sujeitos em relação ao corpo social. Nesse caso, a regulação social de patologias não mais impõe um ideal de normalidade, mas simplesmente organiza diferencialmente as patologias possíveis (SAFATLE, 2016).

A multiplicação categorial também é a fragilização desse modelo diagnóstico, posto que revela impasses e inconsistências no interior da compreensão da doença mental, bem como a falta de uma prática interdisciplinar efetivamente dialógica (entre psiquiatria, psicologia e a medicina geral), fenômeno que se repete ao longo da história da psicopatologia. Ora as práticas são disciplinadoras, ora são segregacionistas, rotuladoras, patologizadoras e, agora, essencialmente divisoras e medicalizadoras. Na medida em que são mais divisoras do que integrativas, as classificações acabam refletindo uma indefinição com relação à etiologia primária da doença mental. É como se elas reproduzissem uma dissociação, sintoma característico dos estados psicóticos. Segundo José Bleger (1989), as instituições acabam reproduzindo a estrutura e o sentido do problema que se propõem a resolver. Veremos agora como tal modo de proceder desvitaliza a prática clínica em seu conjunto.

Quem diagnostica?

Será, todavia, que não é esta uma finalidade implícita desta prática diagnóstica enrijecida pela normatização e padronização? Evitar ou pelo menos regular a proximidade do contato intersubjetivo, privar o clínico de uma comunicação efetiva com seu paciente, pelo simples fato de que toda relação humana é desestabilizadora, por comportar um grau de incerteza e desconhecimento. Aliás, a situação clínica é, antes de tudo, a configuração de uma interação humana, e a interação entrevistador-paciente não constitui uma distorção das condições “naturais” de observação e interação humana (ZUARDI; LOUREIRO, 1996). Ao imprimir o excesso de formalismo e protocolos, mantém-se a prática diagnóstica em níveis mais paupáveis e concretos (“É isso que você tem”; “Se o quadro se alterar, altera-se o diagnóstico”). Gera-se um efeito securitário: o nome inclui, essa é uma grande novidade do formalimonormativo do uso das classificações atuais (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2010). Assim, controla-se ansiedades e a angústia inerente quando se lida com pessoas em situação de padecimento psíquico e a emergência de sentimentos de impotência, raiva, desesperança, desilusão, dor, etc, que podem comportar um efeito desorganizador para quem ouve. Há um duplo fenômeno em jogo aqui: quem faz os diagnósticos (clínicos, médicos e psicólogos) e, do outro lado, quem é o sujeito a ser avaliado.

A personagem de Clarice Lispector, em *A paixão segundo G. H.* (1964/1998), após deparar-se com uma barata, situação banal, esmaga o inseto e, petrificada de horror, nojo, prova da barata. Ante essa experiência inesperada, reveladora, a personagem desmonta-se, despoja-se de todas as roupagens humanas, imagens, suas certezas, as explicações que ela construía até então e, numa experiência de extrema desidentificação, é transportada para fora do mundo humano, para a borda do coração selvagem, temática recorrente em sua obra. Tal experiência pré-reflexiva é tão desorganizadora que ela recorre à sua terceira perna, aquela que a prendia ao chão, além das duas que caminhavam. Agora, despojada, exposta, ela se vê tentada a usar repetidamente “uma nova terceira perna que em mim renasce fácil como capim, e a essa perna protetora chamar de ‘uma verdade’” (LISPECTOR, 1964/1998, p. 14).

As classificações diagnósticas, em nome da objetividade e confiabilidade, tornaram a atividade clínica estereotipada, com o excesso de codificações e a racionalidade sintoma-doença. Essa é uma tendência defensiva das instituições, os sistemas classificatórios também são um tipo de instituição e, nas instituições, há níveis de atividade onde “se tende sempre à estabilização e à estereotipia, à monotonia, que se bem por um lado cumpre com uma das funções psicológicas da instituição, leva, por outro lado, a um contínuo e reiterado empobrecimento das relações interpessoais” (BLEGER, 1989, p. 63).

Ouve-se cotidianamente: “o médico nem me olhou”. A psicopatologia pragmática do CID e DSM destitui a dimensão do olhar e da escuta na prática clínica. O olhar, o reconhecimento, o estar com o outro e *se ver no outro*, porque sempre se pode reconhecer nesse espelho que é o outro e perceber o outro é me perceber. Perceber é um ato criador por definição. A hipertrofia das classificações atuais pode estar cumprindo a função de dificultar este reconhecimento, tornando a prática diagnóstica mais eficiente, instrumental, porém esquematicamente reduzida a enunciados descritivos e generalizáveis.

Carl Rogers insiste quanto ao fato de que só se compreende o outro se conseguirmos validar seu modo de existir e de ser. Enfim, aceitá-lo como pessoa (ROGERS, 1961/1991). Para este autor, só há transformação num vínculo que expresse autenticidade, congruência e apego à verdade. O terapeuta ou avaliador rogeriano precisa ser congruente com partes de si mesmo, perceber e aceitar aspectos de sua personalidade, como condição para facilitar a relação interpessoal com o outro. Rogers (1961/1991) diria: é à minha experiência que eu sempre regresso, o que não implica em um tipo de autoritarismo que solipsita meu saber. Trata-se de uma abertura para si mesmo e para o outro, que não é da ordem de uma decisão intelectual, é antes um sentimento interno.

Isso não é muito diferente do que coloca Wilfred Bion, em psicanálise, quando fala da importância da função analítica, de buscar verdades, de acessar os vínculos de amor e conhecimento e, ainda, diria que o analista vale mais pelo que ele é do que pelo que ele sabe (Bion, 1967/1994). É claro que, ao longo de uma formação acadêmica, a aquisição de saberes é extremamente importante (conhecer os autores, os conceitos e sistemas de pensamento), porém o problema de base aqui é quando a aplicação do saber formal visa adequar nossos pacientes às nossas teorias científicas (esse é obsessivo, esse é melancólico clássico), *antes de nos perguntarmos quem é ele*, o que ele me conta aqui e agora, como posso estar junto dele. Vale dizer que W. Bion reforça a importância da experiência emocional imediata da dupla analista-analisando, mais do que o fator conflito passado.

Quando alguém se exprime, a atitude mais comum é julgar, e não compreender: “isso é bom”, “isso é perigoso, tem sentido, não tem sentido”. Compreender implica em um risco: é possível que ao compreender uma pessoa eu me modifique também. O mais importante é que minha compreensão do outro lhe permite modificar-se e, assim, assumir seus medos, pensamentos bizarros: “Essa é tanto sua como minha experiência” (ROGERS, 1961/1991, p. 31).

Como se sabe, a psicologia humanista (conhecida como a terceira força, depois do behaviorismo e psicanálise) também recebera influências de fontes filosóficas, como o existencialismo de Jean-Paul Sartre e a fenomenologia de Edmund Husserl e Maurice Merleau-Ponty. Este último autor esboça uma teoria da comunicação, em que é possível discutir o compartilhar da experiência sensível de transformação na reciprocidade de comportamentos *vividos* na dimensão social: “Obtém-se a comunicação ou a compreensão dos gestos pela reciprocidade entre minhas intenções e os gestos do outro, entre meus gestos e intenções legíveis na conduta do outro. Tudo se passa como se a intenção do outro habitasse meu corpo ou como se minhas intenções habitassem o seu (Merleau-Ponty, 1945/2011, p. 251). Vejo no outro um reflexo de minhas próprias possibilidades: “A comunicação realiza-se quando minha conduta encontra neste caminho o seu próprio caminho. Há confirmação do outro por mim e de mim pelo outro” (MERLEAU-PONTY, 1945/2011, p. 252).

Caberia perguntar, apesar de que não desdobremos isso aqui, o que está na gênese desse processo, o que vem primeiro? Uma prática operacional, regulada por um eficiente sistema de gestão em saúde coletiva e adepto à correção dos disparates mentais por substâncias farmacocinéticas (já que a via de intervenção intersubjetiva é mais trabalhosa) ou esta prática se organiza como tal em função de tensões e ansiedades básicas que estruturam as

relações interpessoais e sociais, dentre as quais o sofrimento psíquico é um meio de expressão.

Considerações finais

Apesar das diferenças de método e referenciais teóricos, Carl Rogers, W. Bion e Merleau-Ponty abordaram aspectos essenciais de um fenômeno que se desvela na experiência do encontro com a alteridade em diferentes dimensões, como na relação de ajuda, na linguagem e na corporeidade. Os elementos da interação e comunicação nas relações intersubjetivas, como empatia, validação, acolhimento, o exercício da autopercepção e o esforço de reconhecimento de outrem – variáveis de impacto na relação médico-paciente e que se estende para toda relação de ajuda no âmbito da saúde – precisam ser resgatados pelo modelo nosográfico atual, cuja eficácia operacional e diagnóstica se guia pela díade síndrome/sintomas, e não na pessoa e no seu sofrimento psíquico.

Não se deveria perder de vista que a atividade clínica implica em proximidade com aquele que demanda ajuda, na observação direta e sistemática do outro (olhar, ouvir, interpretar, pensar e desenvolver uma linha de raciocínio caso a caso). Precisa ficar claro que as ferramentas diagnósticas oferecidas pelo CID e DSM – ou quaisquer outras que venham a ser propostas – devam ser usadas de forma flexível e criteriosa para enriquecer o processo diagnóstico, e não esvaziá-lo da subjetividade, tornando-a repetitiva e alienante para o sujeito e para quem avalia e diagnostica. Foi discutido também que o sistema diagnóstico contemporâneo dá suporte a um modo de valoração produtivista, e a expansão da sua racionalidade na clínica e para além da clínica promove re-designações em favor de uma normatividade que confere visibilidade a algumas formas de vida e não a outras.

A discussão elencada nesse artigo visa apontar e alertar, sobre a prática clínica em saúde mental, quando se torna excessivamente protocolar e rígida, as condições que deveriam ser o foco da atenção clínica estão comprometidas. A hipertrofia do formalismo normativo se presta menos à confiabilidade e validade das categorias diagnósticas e favorecem mais o obscurecimento e afastamento do que deveria ser a sua maior finalidade: a atenção individualizada ao sujeito e seu sofrimento, bem como uma busca pela sua dupla inserção no plano da linguagem expressiva e potencialmente transformadora.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais** – DSM-5. 5 ed. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**: texto revisado – DSM-IV-TR. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts)**. Série Analytica. 3 ed Trad. Wellington M. de Melo Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Texto original publicado em 1967)

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BOCCHI, J. C. A toca do coelho da semiologia psiquiátrica: o problema das classificações dentro da classificação. In: CAMPOS, E. B. V.; MOUAMMAR, C. C. E. (Orgs.) **Psicanálise e questões da contemporaneidade**. Curitiba: Editora CRV e Cultura Acadêmica Editora, 2014. (Coleção REVER, vol. II, Psicanálise Unesp).

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. Curar a Homossexualidade? A psicopatologia prática do DSM no Brasil. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 10, n. 2, jun. 2010.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, (2015).

EHRENBERG, A. O sujeito cerebral. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 187-213, 2009.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **A tristeza perdida**. São Paulo: Summus, 2010.

LISPECTOR, C. **A paixão segundo G. H.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998. (Texto original publicado em 1964).

ASSIS, M. de. O Alienista. **Contos**. Seleção, introdução, notas e questionários de Francisco Achar. São Paulo: CERED – Objetivo, 1993. (Texto original publicado em 1882).

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. (Texto original publicado em 1945)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10**: descrições clínicas e critérios diagnósticos. Organização Mundial de Saúde (OMS). Porto Alegre: Artmed, 1993.

ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. (Texto original publicado em 1961).

SAFATLE, V. **O circuito dos afetos**: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

TEIXEIRA, M. A. R. **Das neuroses de transferência às neuroses narcísicas**: contribuições aos fundamentos da teoria freudiana da melancolia. 2012. 393 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e à Universidade Paris Denis Diderot – Paris 7. Assis, 2012.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. Semiologia psiquiátrica. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 44-53, jan./mar. 1996.

Como referenciar este artigo

BOCCHI, Josiane Cristina. A psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos. **Doxa: Rev. Bras. Psico. e Educ.**, Araraquara, v. 20, n. 1, p. 97-109, jan./jun., 2018. e-ISSN: 2594-8385. DOI: 10.30715/rbpe.v20.n1.2018.11309

Submetido em: 20/04/2018

Aprovado em: 18/05/2018