

# Eu não sou meus sintomas? Notinha sobre voz, experiência e contexto na psiquiatria biomédica

Por Gabriel Peters

<https://blogdolabemus.com/2025/10/24/eu-nao-sou-meus-sintomas/>

O que acontece quando a psiquiatria hegemônica considera o diagnóstico de "sintomas" como mais importante, para fins de tratamento, do que experiências biográficas e contextos sociais de vida?

## *Vozes da depressão*

Em seu livro *Falando da tristeza (Speaking of sadness [1997] 2016)*, o sociólogo estadunidense David Karp exemplifica uma abordagem sociológica à depressão que difere um bocado daquela de autores como o francês **Alain Ehrenberg**. Enquanto esse último delineia uma **macrossociologia histórica do indivíduo na era moderna** (Peters, 2021), o caminho do primeiro está mais próximo da tradição microetnográfica associada à **Escola de Chicago**.

A afinidade de Karp com essa tradição se dá, para começo de conversa, pela *imersão participante* em seu universo de estudo, derivada da longa experiência pessoal do próprio autor com a depressão e seus sistemas de tratamento clínico. Mas a mesma afinidade sociológica também se exprime em sua intenção de trazer, às pessoas afligidas pelo sofrimento depressivo, uma preocupação “chicagoana” (palavra linda, eu sei): dar espaço amplo e detalhado às vozes de agentes pouco escutados pela sociedade.

Além de aprofundarem nosso conhecimento da **depressão como experiência vivida**, as vozes de pessoas em tratamento lançam luzes inesperadas sobre o tema. Por exemplo, descobrimos que o grau em que os indivíduos tratados pela psiquiatria biomédica *confiam* nos princípios do seu tratamento tende a ser superestimado, sobretudo se medido somente por índices externos, como a frequência de consultas e o consumo de medicamentos.

A abertura de Karp àquelas vozes mostra, em contraste, o caráter frequentemente oscilante e ambivalente das posturas que mesmo os usuários mais “conformes” podem manter com a *expertise* psiquiátrica ao longo de suas vivências interativas com essa *expertise*. Tais vivências incluem desde os sofridos efeitos colaterais de experimentos do tipo “tentativa e erro” com diferentes medicações (e dosagens) até o desinteresse de alguns psiquiatras pelas opiniões que os pacientes dão sobre os rumos de seu próprio tratamento.

O livro de Karp foi publicado na segunda metade dos anos de 1990, um período imediatamente anterior à formação de ambientes *online* nos quais a partilha de experiências pessoais de depressão se tornou mais comum e acessível. Isto dito, a orientação karpiana permanece das mais relevantes, sobretudo à luz do relativo *silenciamento* a que foram submetidos os pacientes da psiquiatria biomédica hoje hegemônica (Aguiar, 2004).

Tal silenciamento não toma tanto a forma de uma proibição, pela psiquiatria, da fala dos seus pacientes ou usuários (alternarei entre os dois termos para simplificar, ainda que valha distingui-los em certos contextos[i]). Trata-se, em vez disso, da tendência psiquiátrica ao rápido encaixe interpretativo do conteúdo relatado por eles em uma *taxonomia de transtornos*. A identificação de *sintomas* “transindividuais” é tida como bem mais importante, para diagnóstico e tratamento, do que o relato pessoal de *experiências particulares*, incluindo aí narrativas sobre contextos sociais de vida (por exemplo, os sofrimentos cotidianos oriundos da vivência do racismo e/ou do sexismo).

***Mais diagnósticos baseados em sintomas, menos foco sobre experiências biográficas e contextos de vida***

O núcleo desta história é a substituição de uma orientação psicanalítica ou “psicodinâmica” por uma orientação biomédica na psiquiatria hegemônica. O principal marco dessa substituição é a terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana em 1980. Desde então voltadas a promover um acordo quanto a diagnósticos como, digamos, o de depressão, as edições subsequentes do manual combinam o elenco de sintomas a

critérios quantitativos. Por exemplo (para citar da quinta edição): se um paciente apresenta *pelo menos 5 de 9 sintomas depressivos* por um período de *pelo menos duas semanas*, ter-se-ia um quadro de “transtorno depressivo maior” a requerer tratamento clínico (APA, 2014: 770).

Frente a tais modos de classificação, perguntas como “por que um mínimo de *cinco* e não de *seis* sintomas?” ou “por que *duas* e não *três* semanas” não são provocações frívolas, muito menos sugestões de que tais índices seriam *completamente* arbitrários. Trata-se, no entanto, de sublinhar que esses números certamente não são designações com o grau de precisão próprio a outras quantificações médicas, na medida em que também respondem a demandas extracientíficas, como a exigência de *critérios mensuráveis* pelos planos de saúde que financiam atendimentos psiquiátricos.

Mas o DSM (para os íntimos) não se manteve exatamente o mesmo entre sua terceira e sua quinta edições. Publicado em 1994, o DSM-IV teve como arquiteto central o psiquiatra estadunidense Allen Frances. Como ele conta em seu livro *Saving normal* (2013), Frances reconhecia méritos na terceira edição do manual, mas também era crítico dos efeitos colaterais negativos que ela teria produzido sobre a clínica psiquiátrica, sobretudo devido à sua concentração no diagnóstico pela listagem de sintomas. Em vez de somar tais identificações sintomáticas a uma avaliação de pessoas inteiras, complementada pela consideração de suas trajetórias biográficas e contextos de vida, aquelas práticas diagnósticas levaram frequentemente à *minimização* desses últimos fatores nas estratégias de tratamento.

Segundo o que Frances informa quanto à confecção da quarta edição do DSM, sua intenção era a de substituir seu *status* “bíblico” na psiquiatria pela condição mais modesta de um *guia*. Como guia em vez de “bíblia”, o DSM seria utilizado em decisões quanto a diagnóstico e tratamento que requereriam a capacidade dos psiquiatras em *adequar* as orientações gerais do manual a casos específicos, com base no conhecimento apropriado das experiências e situações de pacientes e usuários individuais. Frances também procurou (ou, pelo menos, disse que procurou) garantir que o número de transtornos listados no documento fosse tão impermeável quanto possível às pressões que o empurravam para a *inflação taxonômica*, i.e., a multiplicação de categorias de anormalidades psiquiátricas que, aliás, continua em curso – de 1952 para cá, o número de transtornos registrados no DSM aumentou em cerca de *três vezes*, aumento que

difícilmente pode ser o produto exclusivo, como afirma Karp dizendo o mínimo, “de uma investigação científica desapaixonada” (Karp, 2016: 31).

Como vimos aqui e acolá, a explosão de diagnósticos é inseparável das dinâmicas de sofrimento psíquico engendradas pelos regimes de subjetivação do capitalismo tardio (Peters, 2023a).

Mas as pressões pela inflação taxonômica também incluem interesses econômicos da indústria farmacêutica: novos transtornos identificados no DSM levam a novos diagnósticos na prática clínica e, portanto, a novos mercados consumidores de psicofármacos. Isto sem falar nas políticas de prestígio internas ao campo psiquiátrico, as quais incluem as lutas entre seus agentes pela conquista de um lugar na história da disciplina, graças à proposição de um diagnóstico chancelado pelo livro.

De maneira ainda mais geral, uma sensibilidade bourdieusiana às pressões interiores à psiquiatria como campo encontrará, na crescente insatisfação do pensamento psiquiátrico no *fin-de-siècle* com a “terapia pela fala”, algo mais do que uma consciência alargada das inadequações da psicanálise como teoria e prática clínica. Na medida em que a psiquiatria de orientação psicanalítica terminava frequentemente classificada no andar inferior da hierarquia de prestígio entre os diferentes galhos da medicina, interessava a diversos psiquiatras que suas práticas fossem reconhecidas como *práticas médicas em sentido pleno*: o tratamento de patologias bem identificadas, oriundas de causas orgânicas e enfrentadas como tais.

Daí, por exemplo, a centralidade da tese de que transtornos mentais como a depressão resultam de um funcionamento deficitário de neurotransmissores.

### ***O remédio prova que a doença era real?***

Diferentemente do que ocorre com outros vínculos causais robustamente verificados pela medicina, como na relação entre hipotireoidismo e o déficit de produção hormonal da glândula tireoide, a hipótese de que transtornos mentais como a depressão resultam de um funcionamento deficitário de neurotransmissores pode até ser verdadeira, mas ainda permanece sendo isso: uma *hipótese* a ser propriamente verificada.

Mas os efeitos dos medicamentos psicotrópicos sobre os usuários não são uma espécie de verificação?

De fato, o postulado de elos causais entre distúrbios neuroquímicos e transtornos mentais costuma ser asseverado “ao contrário”, com base na observação da melhoria dos indivíduos que fazem uso de medicações – por exemplo, do humor entre pessoas diagnosticadas com depressão ou da concentração entre pessoas diagnosticadas com **TDAH**. Já que o indivíduo melhorou seu quadro com o uso de psicotrópicos, conclui-se, então, que ele sofria daquele distúrbio neuroquímico antes desse uso.

Uma vez mais: pode até ser verdade. No entanto, para averiguar os furos nessa *lógica argumentativa*, experimente aplicá-la a outras substâncias alteradoras de estados de consciência. Seguindo o mesmo raciocínio, por exemplo, eu poderia tomar o fato de que me sinto mais alegre (expansivo, risonho, autoconfiante etc.) depois de tomar umas seis ou sete cervejas como prova de que sofro, quando sóbrio, de um déficit neuroquímico a ser corrigido diariamente pelo consumo de álcool.

***É complicado, pois os diagnósticos não são meras ofertas sem demanda***

Como já afirmei em discussões **sobre Foucault** (Peters, 2022) e sobre **a noção de psicose** (Peters, 2023), uma atitude crítica em relação à psiquiatria não precisa desembocar em um antipsiquiatrismo simplista. A complexidade dos modelos motivacionais pelos quais a sociologia explica a conduta humana é suficiente para afastar qualquer visão simplória das condutas de membros do *establishment* psiquiátrico. Se a existência de um anseio sincero por oferecer ajuda clínica a pacientes em sofrimento explica, em parte, a insistência psiquiátrica em recorrer ao tratamento farmacológico, é plausível que essa mesma insistência *também* possa derivar, pelo menos em algum grau, da intenção de psiquiatras em combater o *status* “suspeito” de sua especialidade no interior do próprio campo médico. Não se trata apenas de sublinhar que ambas as motivações se distribuem entre diferentes psiquiatras no mesmo campo, mas também que elas podem habitar a subjetividade dos mesmos psiquiatras<sup>[ii]</sup>.

No mais, uma investigação ambivalente também tem de se haver com o que há de positivo na psiquiatria diagnóstica. Pensemos em um paciente com uma complexa história pessoal,

o qual relata ao seu psiquiatra que começou a sentir um medo cada vez maior e mais frequente de perder o controle de seu intestino quando está em ocasiões públicas com outras pessoas. O problema chegou ao ponto de impedi-lo de passar muito tempo nessas ocasiões, o que, por sua vez, viria prejudicando tanto sua vida social quanto profissional. O psiquiatra, então, crava: “isso é um sintoma de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)”.

É bom que as coisas sejam assim? Em parte, sim. Receber um diagnóstico psiquiátrico, chancelado pelo *establishment* médico, é, com frequência, um evento *apaziguador* tanto para os indivíduos diagnosticados quanto para seus próximos. O apaziguamento se associa ao sentido e à inteligibilidade que o diagnóstico promete dar a todo um conjunto de experiências difíceis vividas mais ou menos confusamente no presente e no passado: da contínua irritabilidade que destruiu casamentos à **impulsividade que provocou desastres; da sensação persistente de vazio existencial à incapacidade de ficar sentado por longos períodos na escola ou no trabalho.** No mais, quando o diagnóstico vem atrelado a uma proposta de tratamento medicamentoso, o papel de esclarecimento narrativo na própria vida se soma a uma promessa de alívio das dificuldades.

Como veremos em outros textos, no entanto, nem sempre os psiquiatras são transparentes com seus pacientes quanto à eficácia dessas medicações, assim como seus riscos, sobretudo a longo prazo.

Volto em breve.

P.S.: Agradeço a Gessyelle Catarine e Washington Araújo pelos seus pertinentes comentários sobre o texto, pelo qual continuo sendo responsável e culpado. Um “obrigado” amoroso vai para Maria Luiza Rebêlo por todas as conversas sobre “psi”...e sobre “bio”...e sobre “socio”...e sobre “cosmo”.

### *Notas*

[i] De modo esquemático, mas útil, Karp mapeia três posturas diante da psiquiatria representadas pelas autodescrições “paciente”, “consumidor” ou “usuário” e, finalmente, “sobrevivente”. O termo “paciente” transmitiria um diagnóstico de si informado pela psiquiatria, como a ideia de que se é portador de uma doença nitidamente distinta do próprio “eu”, acompanhado pela confiança nos diagnósticos e tratamentos psiquiátricos.

O fato de que Karp utiliza a palavra “consumidor” (*consumer*) pode ser lido sociologicamente como índice do grau em que o sistema de saúde estadunidense é mercadorizado, de modo que talvez pudéssemos utilizar a noção de “usuário” como sinônima: trata-se de uma relação de “negociação” com a psiquiatria, na qual o indivíduo não rompe com o tratamento, mas procura exercer maior autonomia nos seus rumos, informado por certa dose de ceticismo quanto à solidez e ao alcance da atuação psiquiátrica. Finalmente, a noção de “sobrevivente” é autoexplicativa em comunicar uma atitude de rejeição e resistência à instituição psiquiátrica, tomada como uma fonte de ataques aos quais o indivíduo “sobreviveu” metafórica e/ou literalmente. Por óbvio, uma mesma pessoa pode mudar de papel/postura ao longo de suas experiências de tratamento.

[ii] Na medida em que as subjetividades humanas comportam porções de consciência, semiconsciência e inconsciência, é possível aplicar aos profissionais engajados na psiquiatria como um (sub)campo **a hipótese bourdieusiana** de que os motores subjetivos de suas condutas podem não ser transparentes, em significativa medida, para eles próprios. Como acontece com sacerdotes, artistas ou cientistas, não é preciso negar a sinceridade de seus compromissos conscientes com o atendimento psiquiátrico como “causa” moral para sublinhar os graus em que os psiquiatras podem esconder, de si próprios, o quão interessados estão nas lutas de prestígio internas ao seu campo, governadas que são pelo critério de uma identificação tão plena quanto possível da psiquiatria como uma especialidade médica como as outras.

### **Referências**

AGUIAR, Adriano Amaral de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KARP, David A. *Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness* (edição revisada e ampliada). Oxford University Press, 2016 [1996].

FRANCES, Allen. *Saving normal*. New York: Harper Collins, 2013.

NAGEL, Thomas. What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*, v. 83, n. 4, p. 435–450, out. 1974.

PETERS, Gabriel. O novo espírito da depressão: imperativos de autorrealização e seus colapsos na modernidade tardia. *Civitas: revista de Ciências Sociais*, 2021.

\_\_\_\_\_ A violência da (in)compreensão: notas sobre Foucault, psicanálise e a interpretação da loucura. *Tempo Social*, v. 34, p. 5-30, 2022.

\_\_\_\_\_ O que resta da subjetividade: sono, depressão e outras “resistências passivas” à subjetivação capitalista. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 18, n. 38, 2023a.

\_\_\_\_\_ A teoria vivida (como psicose): objetivismo, subjetivismo e esquizofrenia. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 118, 2023b.

**Tags** [depressão](#) • [DSM](#) • [Gabriel Peters](#) • [Psiquiatria](#)