

Verter o transtorno contra si mesmo: violência e diagnóstico

Maria Eduarda Parizan Checa

O monstro psiquiátrico e o seu incapturável

O *monstro híbrido* foi um personagem conceitual estudado por Foucault, que apareceu em diferentes contextos de sua obra: casos como o de Henriette Cornier, de Pierre Riviere e de Herculine Barbin, por exemplo, trazem à tona uma intensa busca pela “causa” dos ditos transtornos psiquiátricos, o que culminava na criação de uma ficção biográfica acerca da subjetividade desses sujeitos para provar que os transtornos sempre estiveram virtualmente ali. O que esses sujeitos tinham em comum era o fato de serem incapturáveis pela psiquiatria; ou, capturados por tantos lados que parecia que, a cada nova captura, algo não cessava de escapar. A captura e o escape, nesse contexto, aparecem como duas faces da fita de moebius da subjetividade monstruosa. São esses fluxos subjetivos que ora se apresentam como psicose, ora perversão; ora crime, ora loucura; ora doença, ora maldade.

O que trago neste texto é um outro tipo de relato, menos monstruoso, porque menos capturado pelas instituições. Mas cuja apreensão diagnóstica traz, em diferentes graus, algumas aproximações com isso que não cessa de escapar aos diagnósticos. A monstruosidade aqui aparece menos num sentido moral e mais num sentido científico; é a monstruosidade de existir em diversos diagnósticos e, ao mesmo tempo, não caber em nenhum. Nesses casos as capturas frequentemente se dão por duplos: autista-esquizo; tdah-bipolar; borderline-esquizo; autista-obsessivo; borderline-perverso; tdah-autista.

O texto que segue aborda o meu histórico de inscrições diagnósticas, operando sobre ela uma escavação arqueológica contraficcional, que deseja desmontar esses nomes todos que compõem a minha subjetividade, desde a infância: o diagnóstico de TDAH associado a superdotação (SD) na infância, que se transformou em Transtorno Bipolar

com suspeita de Transtorno de Personalidade, perto dos vinte anos, dentro do que se considera nosograficamente como o território da psicosse; o processo de interrupção das medicações; e a produção clínica de uma contraficação a partir dessas violências.

Se me sinto exposta? Não muito, na verdade. Creio que não há exposição maior do que um processo de adoecimento, sobretudo quando ele se prolonga por uma vida; conviver com isso fez-me perder algumas importâncias neuróticas e o medo de exposição se transforma, cada vez mais, numa necessidade de expurgação.

Enquanto penso em como apresentar este texto, uma imagem persiste em meu pensamento: um urubu rasgando com precisão o tórax de um cadáver humano irreconhecível.

Dois pontos me capturam nessa imagem: a precisão do ato do animal e o caráter irreconhecível do corpo humano.

Tenho pensado muito nos animais; e talvez por isso o meu pensamento tenha tomado um rumo animal nos últimos tempos, devorando sem medo o cadáver que esconde por debaixo de minha passabilidade neurotípica, que aprendi a performar desde que entrei na academia. E a violência desse pensamento é a única coisa capaz de dar cabo daquele cadáver que, na extemporaneidade do inconsciente, está lá e também está cá, à espreita de alguma escavação-escrita por parte do animal-pensamento.

A cada vez que escrevo, em algum momento sei que sentirei o cheiro; ou: a cada vez que sinto o cheiro sei que em algum momento terei de escrever. E costumo parar quando quase sinto a textura dos ossos se quebrando entre as mordidas, pois não sei são meus os ossos que sinto quebrando ou se estou mesmo devorando um corpo morto; ou às vezes antes, tomada pela náusea, não conseguindo me mover para além da atmosfera podre na qual entro, passo horas imóvel, tentando apenas fugir por alguma brecha da folha em branco. A minha parte humana, que está também aqui, escrevendo, por vezes precisa parar, respirar, mas, mesmo que tomada por exaustão e asco, sabe que precisa encontrar um jeito de continuar. Não sei o quanto ela de fato sabe, ou se quem sabe é o bicho, e ela apenas *confia*.

A escrita se tornou a operação de um duplo: alimentar e defecar, não exatamente nessa ordem. O bicho se alimenta para que a humana defequem - a humana defeca para que o bicho se alimente - o bicho defeca para que a humana se alimente - (...).

A hibridez bicho-humana que se compõe na maquinção de escrever sobre a violência que me transtornou é a única forma, ao menos que consigo experimentar, de exercer alguma vida, num sentido ético, sobre o que foi escrito a meu respeito, desde muito cedo, nos prontuários médicos.

Duplo primeiro: TDAH/SD, o déficit e o super

É chamada *dupla excepcionalidade* quando ocorre um duplo diagnóstico aparentemente contraditório: pois se trata do encontro de uma característica diagnóstica considerada disfuncional com outra característica considerada super funcional. Isso causa, segundo a literatura psiquiátrica, uma demanda específica de tratamento, que não desconsidere as dificuldades atribuídas pelo *déficit* e nem camufle as habilidades concedidas pelo *super*: obviamente numa lógica individual e capitalista em que o transtorno deve ser consertado e o excedente aproveitado.

Chamo a atenção para o funcionamento de um *duplo*, pois a coexistência do *déficit* com o *super* nos casos de dupla excepcionalidade gera uma ruptura na causalidade discursiva que compõe a resposta médica padrão para quadros de disfunção cognitiva. E isso se dá por algumas razões que são óbvias para a literatura psiquiátrica e que, dada a supremacia discursiva de sua obviedade, eu gostaria de colocar em questionamento.

Embora o Espectro autista contenha aspectos nosográficos que o configuram para efeitos da lei como uma *deficiência cognitiva*, o TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), não é considerado uma *deficiência*, apesar de ser também um transtorno do desenvolvimento cognitivo. E essa diferença é muito importante para as questões que vou trazer mais adiante. Em casos em que ocorre o diagnóstico de autismo com altas habilidades e/ou superdotação, o *duplo* torna-se um pouco mais complexo, uma vez que trata-se de alguém considerado deficiente do ponto de vista cognitivo e, ao mesmo tempo, excessivo no mesmo aspecto.

Eis a suposta incompatibilidade entre o *déficit* e o *super*: enquanto duas faces de um mesmo *topos*, o déficit compõe para as formações subjetivas a resposta antinormativa à pressão normativa de funcionamento cognitivo; enquanto o *super* é o transbordamento da captura, o funcional excedente. A fita de moebius cujas faces são, de um lado, o esvaziamento em relação à demanda da norma e, de outro lado, o trans-

bordamento em relação à mesma demanda.

Chamo a atenção para um detalhe: a literatura médica não dispõe de uma palavra que seja o contrário de deficiente - enquanto adjetivo -; quando se diz “fulane é deficiente cognitivo”, não se diz com a mesma facilidade linguística que “fulane é excedente cognitivo” quando se trata de uma pessoa com altas habilidades ou superdotação. E isso nos dá uma pista a respeito do caráter de anormalidade que recai sobre pessoas com deficiência e que, obviamente, não recai do mesmo modo sobre pessoas com altas habilidades e/ou superdotação.

Algumas tantas vezes escutei a seguinte frase: *Ele é tão inteligente, que chega a ser um pouco esquisito*. Não sei exatamente onde, se na família, na escola, em filmes, em livros, mas sinto que é uma frase que paira na acepção ocidental moderna. É curioso como o mito masculino da genialidade individual sempre conferiu uma aceitação e até uma certa passabilidade aos estereótipos comportamentais de homens autistas/TDAH quando esses possuem também altas habilidades (AH) e/ou superdotação (SD). Existe uma captura colonial da inteligência como masculina lógica e racional que faz com que ela ocupe um lugar nas relações de poder tão ou quase tão importante quanto o é o poder aquisitivo: inteligência é dinheiro. E isso que se nomeia inteligência, na modernidade, é o sucesso em seu estado virtual; com a inteligência se produz tecnologia, desenvolvimento e essas coisas levam, quase sempre, quando se é um homem cis-hétero branco, ao virtual do dinheiro, que é o *valor*.

A financeirização do capitalismo, aliada à captura do farmacopornopoder, que ganham corpo no cenário pós-guerra quase juntas, entre as décadas de 1940 e 1980, estimulam a valoração de um “capital narcísico”¹ aliado ao capital financeiro.

Nesse contexto de redefinição das tradicionais fronteiras de gênero, assim como dos limites entre o privado e o público, a volta dos soldados estadunidenses para casa, mesmo com a promessa de escapar dos perigos bélicos e nucleares do exterior, não

¹ Rolnik, S. Esferas da insurreição, São Paulo: n-1 edições, 1a ed, 2018, p. 164.

havia sido um simples processo de redomesticação, mas sim um deslocamento sem retorno. O soldado heterossexual, pós-traumaticamente inadaptado à vida monogâmica da unidade familiar, volta para casa para se transformar não tanto no complementar parceiro da mulher, e sim em seu principal rival. O doméstico havia se tornado estranho. Agora era a heterossexualidade que estava em guerra.²

A sexualidade se torna um campo de batalha quando a ela é atribuída a função de performatizar a vida social. No pós-guerra, com o escancaramento da morte, os valores biopolíticos que sustentavam a vida européia, branca e burguesa começaram a cair por terra. A midiatização do corpo feminino, a incitação ao sexo heterocisnormativo, a pílula anticoncepcional, tudo isso se dá como exercício de recuperação dos papéis de gênero masculino e feminino, como modo de não deixar que os valores de família e de propriedade privada perdessem sua importância macro e micropoliticamente diante de tal desmoronamento.

Foi preciso uma reorganização dos papéis de homem e de mulher na sociedade europeia pós-guerra, produzindo sobre eles um valor maior de performatividade, uma espécie de erotização. A invenção da revista *playboy*, a liberação de pílulas anticoncepcionais, isso não foi um avanço contra a moralidade sexual. Muito pelo contrário, a incitação ao sexo e a erotização da masculinidade foi uma atualização no modo biopolítico de governar os corpos, com a inscrição de uma disciplina mais erozitada e erotizável sobre eles. Não é mera coincidência que essa erotização em prol da masculinidade tenha sido acompanhada de uma maior objetificação sexual dos corpos de algumas mulheres (especialmente as racializadas), por uma perseguição intensa a homossexuais e transgêneros e por uma incitação ao trabalho feminino e a políticas contraceptivas sobre corpos de mulheres. É de uma virada de trezentos e sessenta graus que se trata: erotizar os corpos para que eles trabalhem por tesão, e não por obrigação; trata-se de uma gentrificação do mesmo território heterociscentrado e submetido à norma patriarcal.

² Preciado, P. B. *Pornotopia: Playboy e a invenção da sexualidade multimídia*. São Paulo: n-1 edições, 1a ed, 2020, pp. 34-35.

A subjetividade se torna uma prótese do capital; capital este que, por sua vez, torna-se o próprio corpo organizado - ou aquilo que dá forma à existência, organizando-a. O impacto que a segunda guerra mundial teve na identidade masculina cishétero branca europeia é basal: fragilizados, os homens voltavam da guerra com seu valor de masculinidade enfraquecido. E a sexualização dos corpos femininos, sua incitação ao trabalho e a instauração de uma flexibilidade na moral que rege o casamento não tinham outro objetivo senão o de fortalecer a identidade masculina e sua hegemonia patriarcal, fazê-la forte de outro modo.

E, ainda, se o sentido maior atribuído à invenção moderna da masculinidade era a força e o poder, então a guerra declarou a falência desse tipo de corpo e a ascensão de sua prótese prometida: a máquina.

O que o mito da genialidade individual e a dupla excepcionalidade tem a ver com isso tudo?

i - a masculinidade no cenário pós-guerra toma a máquina como prótese de seu valor financeiro e narcísico, de modo que a inteligência se torna um dos principais valores provedores de um sucesso ou de uma proximidade com o imaginário da máquina, reforçando a performance masculina padrão.

ii - concomitantemente, o gênero enquadra a inteligência e o transtorno em estereótipos sujeitos à ficção heterocisnormativa patriarcal: a dupla excepcionalidade em homens cishétero brancos é comumente reduzível à superdotação (ou ao valor do *super*) e é tida como um caminho para o sucesso financeiro-narcísico; em contrapartida, em mulheres e sujeites gênero-sexo dissidentes ela está mais próxima da disfunção cognitiva (ou ao valor do *déficit*) e também da disfunção do papel feminino de gênero, causando uma ruptura em relação ao papel de gênero normativamente incubido a essas sujeitas.

Ao pesquisar a relação entre papéis de gênero e neurodissidências, encontro algumas pesquisas que se distanciam da neurociência, apoiando-se sobre um referencial teórico mais psicanalítico. Em mais de uma, encontrei frases como “Viver em famílias disfuncionais pode predizer o surgimento de TDAH”³. Sobre a relação da suposta causa

dos transtornos psiquiátricos na infância e associada ao ambiente familiar, Foucault diz que:

Quando se pedia que o doente contasse sua vida, não era em absoluto para tentar dar conta de sua loucura a partir do que havia acontecido durante sua infância, mas para captar nessa infância uma loucura de certo modo já constituída, em todo caso indícios precursores, sinais de predisposição da loucura que já estigmatizavam a infância, em que se procuravam também sinais de predisposição hereditária.⁴

Há uma linha discursiva que captura a loucura em uma espécie de arqueologia delirante: desde seus genes, de sua hereditariedade - ou daquilo que não se pode ver, passando pela infância – ou daquilo que não se pode dizer –, até o que se nomeia como um *sujeito*. É como se a loucura estivesse sempre ali, à espreita, ainda que não vista e não dita, até ganhar corpo e enraizar-se na subjetividade de modo a tomá-la por inteiro, devorá-la. A loucura, do modo como foi significada na modernidade, substitui o sujeito, não apenas anulando-o, mas colocando em seu lugar um buraco negro, uma opacidade profunda que suga para si tudo que está envolta. A paranoia diagnóstica que recai sobre a loucura é o desejo insaciável de enchê-la de nomes, de significados, de modo a nãovê-la, ou a não ver o buraco que ela convoca em nosso olhar.

Foi apenas após o século XVIII que os tratados psiquiátricos de nosografia passaram a se voltar para crianças deficientes, de modo a capturá-los como objeto de intervenção diagnóstica e a diferenciá-los de quadros de *loucura*. Até então o que se chamava de *imbecilidade* ou *idiotia* não tinha nenhuma distinção enunciativa com a loucura, era inclusive um tipo de loucura. A única distinção era o *estado* sob o qual essa loucura se manifestava: se era de *mais*, de intensidade, de agitação, violência ou furor; ou se de *menos*, de inércia, de apatia, de demência ou imbecilidade. A imbecilidade, para a literatura do século XVIII, é

g=pt Acesso em 12 de maio de 2022

4 Foucault, M. O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 257.

mais terrível do que o delírio, a loucura do *mais*, pois é a totalização do delírio, sua supremacia, ou “o delírio caindo em sua própria noite”⁵. É de outra ameaça que se trata quando pensamos nesse *idiotismo*,

O idiotismo não é portanto, em absoluto, essa espécie de fundo primeiro, elementar, a partir do qual poderiam se desenvolver outros estados patológicos, mais violentos ou mais intensos; é, ao contrário a forma absoluta, total, da loucura. É a vertigem da loucura, girando tão depressa sobre si mesma que mais nada, dos elementos, das crenças do delírio, pode ser percebido; a não-cor, pelo turbilhonamento das cores sobre elas mesmas. É esse efeito de “obnubilação” de todo pensamento, e até mesmo de toda percepção, que é apreendido no idiotismo e que faz com que o idiotismo, apesar da sua ausência de sintomas, se assim podemos dizer, seja concebido nessa época como sendo mesmo assim uma categoria do delírio.⁶

Diferenciando-se da loucura, que desenvolve-se por alguma razão, a *idiotia* era tida como inata; enquanto a loucura é a interrupção de um processo, a deficiência (nomenclatura mais apropriada nos tempos atuais) é vista como a própria ausência do processo. Ademais, há uma distinção cronológica: enquanto a deficiência é tida como inata, é mais comum que ela apareça como ausência no desenvolvimento da criança; enquanto a loucura é comumente percebida durante ou após a adolescência. E talvez a diferença mais fulcral entre essas duas categorias seja: a deficiência está associada à constituição orgânica, sendo da ordem da enfermidade, ou até como monstruosidade; enquanto a loucura, por ser uma ocorrência em dada subjetividade, tida como acidental, gera um anseio de conserto, de reparo, com a possibilidade de restabelecer a proximidade com a normalidade.

5 *Idem*, p. 259.

6 *Idem*, p. 260.

Ainda no século XVIII, a deficiência se coloca como anomalia, distinguindo-se da doença. A anomalia do retardo e da idiotia está mais próxima de uma fixação na infância que as aproxima dos instintos, dos aspectos humanos pré-normativos. É a captura dessa nova categoria, a *anomalia*, pela medicina, que gera a difusão da psiquiatria como um discurso de saber e de poder. Já no século XIX, como efeito do *boom* de internações asilares, vê-se pessoas com *idiotia* internadas nas mesmas instituições que os tidos como *loucos* eram internados. Mais especificamente, na segunda metade do século XIX⁷, criam-se alas psiquiátricas para sujeitos - especialmente crianças - considerados *débeis*. Por fim, em 1840 uma decisão judicial é feita para incluir os *idiotas* no mesmo protocolo de internação dos *alienados*. Esta é a aliança discursiva que promove uma colonização que indiferencia a deficiência da loucura dentro da psiquiatria.

O que essa indistinção entre deficiência e loucura nos diz a respeito da dupla excepcionalidade? Ou, o que a necessidade ou não de diferenciá-las em diferentes momentos históricos, nos diz sobre os discursos produzidos sobre as subjetividades neurodiversas? A quem eles servem?

Antes de me voltar a essa questão, gostaria de assinalar que ao pesquisar a colonização da idiotia pela psiquiatria, Foucault encontra registros do que deu corpo a esse acontecimento: a organização do ensino primário. A idiotia começa a ser um problema dentro da educação infantil e, por isso, é dado a ela um encaminhamento médico-psi. É nas escolas que as pesquisas a respeito de debilidade mental começam a ser fomentadas; e é a partir da adesão cognitiva das crianças à escolarização que se criaram demandas de pesquisa e intervenção em relação às deficiências cognitivas.

Os espaços de asilo, criados entre os séculos XVIII e XIX não funcionavam apenas como espaço de retenção social para pessoas com algum tipo de *idiotia*, eram espaços de disciplinarização desses corpos. Ali, o corpo do psiquiatra exercia uma função de extensão edípica que disciplinava os corpos a serem o mais passáveis o possível diante da lente capacitista da época: desde o jeito de andar, de olhar, de movi-

7 *Idem*, p. 261.

mentar ou não movimentar o corpo em momentos inapropriados, até a relação de submissão desses corpos ao corpo do psiquiatra, que nesse contexto funcionava como símbolo da lei e da norma civilizatória.

Voltando, agora sim, à questão da dupla excepcionalidade, é preciso pensar nela como de três maneiras: a dupla excepcionalidade que soma um ou mais diagnósticos de transtornos mentais ao diagnóstico de transtorno cognitivo/do desenvolvimento; e a dupla excepcionalidade de pessoas com diagnóstico de transtorno cognitivo e superdotação ou altas habilidades; e, ainda, de pessoas que possuem transtornos mentais associados a transtornos cognitivos e também à superdotação e/ou às altas habilidades, o que seria uma tripla, quádrupla excepcionalidade, e que é o meu caso.

Para dar cabo dessa somatória e para que se possa desmontá-la, é preciso entender como as partes que a formam se conectam e se relacionam. Para isso, seguirei para a segunda parte que, no meu histórico de inscrições diagnósticas, compõe essa somatória.

Duplo segundo: do diagnóstico de TDAH/SD ao diagnóstico de Transtorno Bipolar

Para ser honesta, o diagnóstico de TDAH/SD, ainda que seja um diagnóstico de transtorno cognitivo, afetou a minha experiência subjetiva com mais amenidade. Talvez, especialmente, pela associação à superdotação, os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade eram frequentemente justificados ou apaziguados pelo bom desempenho escolar na infância e, mais tarde, pelo bom desempenho acadêmico. Essa cognição passável pela norma neurotípica nunca chamou a atenção da psiquiatria. E eu nunca precisei usar medicamentos para regular o meu funcionamento cognitivo.

A virada subjetiva acontece quando recebo o diagnóstico de Transtorno Bipolar, aos dezoito anos, quando - não coincidentemente - iniciou-se também a minha vida acadêmica como pesquisadora. E, para que fique um pouco nítida a ponte existente entre o TDAH e o Transtorno Bipolar, há alguns estudos que apontam para as semelhanças entre o que é considerado uma *labilidade emocional* no Transtorno Bipolar, que é a variação entre estados de hipomania ou mania com estados depressivos ou mistos e o que se considera uma *inibição de controle*, ou *impulsividade*, no TDAH. Em termos gerais, o funcionamento padrão de uma pessoa hiperativa e desatenta se assemelha em alguns aspectos

ao de uma pessoa em um estado hipomaníaco. Em casos como esse a psiquiatria deveria, por protocolo próprio, fazer o chamado *diagnóstico diferencial*, que serve para distinguir esses dois casos. Mas acredito não ser nenhuma surpresa, ao menos para quem já passou por um consultório psiquiátrico, se eu dissesse que no meu caso o Transtorno Bipolar foi lido como comorbidade, tornando-se um diagnóstico somado ao de TDAH.

Mas volto à virada subjetiva, que mencionei ter ocorrido quando recebi o diagnóstico de Transtorno Bipolar, porque isso mudou consideravelmente a visão dos médicos a meu respeito e a respeito do que se apresentava como sofrimento e, consequentemente, a minha própria visão, uma vez que esse diagnóstico se tornou um relato identitário a meu respeito.

A título de exemplo, qualquer ameaça de euforia, ou de agitação, era considerada como iminência de um episódio hipomaníaco e sugeria, do ponto de vista do médico, a necessidade de mudança na medicação, geralmente aumentando a dosagem. Tomei algumas medicações nessa época, entre elas: estabilizadores de humor, antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos. E obviamente tive variados efeitos colaterais, mas talvez o mais assustador tenha sido a despersonalização, a perda total de referências minhas a meu respeito. E que, hoje, não vejo como um efeito colateral das medicações, apenas, mas também como efeito da intoxicação discursiva que é feita quando se é tratado como um paciente psicótico, como alguém cujo relato não é válido e que, consequentemente, torna-se o relato da medicina.

Como foi dito anteriormente, alguns estudos apontam para o surgimento dos ditos “transtornos cognitivos” (TDAH e espectro autista), que não são visíveis do ponto de vista de uma ressonância magnética, por exemplo, como tendo o seu *ponto zero* na infância: seja do ponto de vista de teorias biológicas ou psicanalíticas, salvaguardadas as diferenças entre elas.

Foucault coloca a família como um dos principais pilares sobre os quais se sustenta o poder psiquiátrico. Hoje pode-se dizer que a família aparece quando a genética - sua extensão protética atualmente mais poderosa - não dá conta de dar uma resposta objetiva. Assim, vemos um turbilhão de estudos científicos, especialmente psicanalíticos, que apontam a causa de condições como a do espectro autista ou do TDAH para a convivência dentro das ditas “famílias desestruturadas”.

A busca pela causa dos transtornos mascara a importância de pensá-los como construções de um tipo de sociedade e, não coincidentemente, essa busca por uma causa acaba, independentemente da teoria que a formula, individualizando o problema e, com isso, tornando-o propriedade responsabilidade de um indivíduo ou de uma família. Seja na afirmação de que existe uma causa genética ou neurológica para o surgimento do autismo ou na associação do TDAH em crianças a algum tipo de violência intrafamiliar. Há nessa busca individualizante pela causa um desejo em manter separado do transtorno o funcionamento social macro e micropolítico que o produz. Se pensássemos que os transtornos não são *causados* por algo, mas que são partes de uma engrenagem coletiva, ou seja, que se manifestam muito além de um conjunto de sintomas em uma única pessoa, talvez fosse possível manejá-los para além do território da psiquiatria e da psicopatologia.

Em minha primeira infância eu fui exposta a alguns episódios de violência. Ou seja, no período de maior plasticidade neuronal de minha vida, estava ali a violência. E o meu funcionamento cognitivo transtornado se deve, segundo algumas psicoterapeutas que me acompanharam, a esse momento. Não digo que elas estavam equivocadas, ou que essa linha de raciocínio não faz sentido, mas ela é limitada. Dizer isso significa afirmar que minha vida foi pré-definida pela violência, reduzindo as possibilidades dessa vida diante da violência. Ou, em outras palavras: é como se a violência abrangesse a vida, como se a vida não pudesse seguir quando interceptada desse modo. E hoje, no entanto, eu percebo a presença da violência como uma potência que não para de irromper, por mais que, do ponto de vista psicopatológico, ela seja entendida enquanto ameaça.

Para além do bem e do mal, a violência que os saberes e poderes psi incumbiram como definidora e - ao mesmo tempo - ameaçadora da minha subjetividade está sempre aqui, enquanto bicho vivo e também enquanto cadáver humano. Por razões mais controladoras do que cuidadoras, a psiquiatria nunca tentou, minimamente, ser coerente. E os diversos diagnósticos que recebi, dos seis aos vinte anos de idade, seguidos por intoxicações químicas que moldaram o meu funcionamento neurológico, só atestam o fracasso psiquiátrico desses anos em que fui vestida pela “camisa-de-força à domicílio” dos medicamentos psicotrópicos para ter uma performance subjetiva mais próxima da neurose.

Violência intrafamiliar e violência psiquiátrica: uma desterritorialização parcial

Dizer que a relação familiar se configura, na sociedade moderna-ocidental-capitalista, como a primeira violência sofrida por um sujeito-criança não é uma grande surpresa, se levarmos em conta que, segundo os índices, a maior parte das violências sofridas por crianças acontece dentro de casa, no seio da família. Então, leitor, se você foi uma criança que não sofreu nenhum tipo de violência intrafamiliar, você é exceção à essa regra. Enfatizo que a relação entre violência e família não é uma surpresa porque seu maior aliado é o silenciamento, dispositivo fundamental para a manutenção da violência intrafamiliar, para que ela seja naturalizada o bastante para passar despercebida, na maior parte das vezes, pelas instituições médica e jurídica.

Não, não é uma surpresa. Essas instituições - família, medicina e estado - respiram o mesmo ar, retroalimentando-se. Não há família sem Estado. Estado que, por sua vez, não se sustenta sem os dispositivos disciplinares da família, da medicina, do judiciário. Toda violência intrafamiliar é, também, uma violência estatal. Assim como toda violência estatal reverbera também subjetivamente, corporalmente, emocionalmente. E é por isso que não é nenhuma surpresa que o Estado, a medicina ou o judiciário nunca intervenham quando se trata de uma violência estrutural racial, de gênero, contra dadas sexualidades ou neurodivergências dentro do ambiente familiar de famílias ditas estruturadas (brancas, hétero-cisnormativas e de classe média ou alta). Pois entende-se que isso está sob o *pater potestas*, o poder patriarcal, que é o principal regente dessa nuvem espessa que é o poder estatal.

Quando se é uma criança/adolescente que foi adoecida pela norma e que - seja em seguida, ao mesmo tempo, ou anteriormente - é também violentade no território familiar, a operação do duplo medicação-família opera gerando uma opacidade generalizada na subjetividade, seja na noção que o sujeito tem de si (*self*), como também na sua circulação pública e sua autonomia diante do aparato social. Podemos dizer que há uma desterritorialização parcial da violência quando ela passa de um território a outro, como quando atravessa a família e migra para a psiquiatria, camuflando-se na estrutura, sendo ela mesma a própria estrutura - muitas vezes - e deslocando-se quase imperceptivelmente, sem mudar a lógica de seu funcionamento. É o mesmo aprisionamento, repetido, duplicado, reforçando o aniquilamento subjetivo e materiali-

zando em outras camadas. Essa desterritorialização parcial é uma estratégia do poder para dar *espessura* ao aniquilamento, garantindo que não haja saída e, ainda que pareça irônico, garantindo que não haja vida possível além dele.

Um diagnóstico é o dispositivo biopolítico mais eficaz para individualizar uma violência, ao apagar os próprios rastros dela sobre o corpo, o *pathos* é transformado (ou transtornado), pelo discurso da norma, numa doença que é de responsabilidade e de propriedade⁸ de um indivíduo. Dois movimentos se dão para que essa transformação aconteça: primeiro, a individualização do agenciamento coletivo que se transforma discursivamente em um diagnóstico, reduzindo um processo a um indivíduo; depois, a logocentralização do *pathos*, que codifica o sofrimento numa determinada linguagem cujo objetivo consiste em reduzir o seu potencial afeccional a uma experiência racionalizável e determinada pela linguagem.

A colonização da dor pelo adoecimento é o que busco combater quando volto aos meus processos diagnósticos. Voltar a eles é exercer uma ética num lugar de puro silenciamento subjetivo; e reconhecer a dor que foi suprimida por um transtorno. Do ponto de vista da neurose, a dor não tem lugar de experimentação fora da negatividade. Ela aparece no discurso psi como oposição à saúde do mesmo modo que a vida aparece como oposição à morte no discurso biomédico.

Afirmar o transtorno em sua potência micropolítica de desestabilizar a norma neurótica-neurotípica dominante é um exercício clínico; e, enquanto exercício, tem sua importância no combate à ficção neurótica como hegemônica e reproduutora de um sistema neurolinguístico colonial.

Diante dessa desterritorialização parcial da violência, na qual ela muda de território, mas continua a existir sob os mesmos mandamentos, produzir uma linha de fuga consiste precisamente em radicalizar a violência, em produzir sobre ela uma desterritorialização absoluta, que seja capaz de verter o sofrimento contra a violência enquanto instituição, e não contra o sujeito.

Ao elaborar - em uma entrevista à televisão grega - sobre um

⁸ Agradeço às trocas com Karina, que lançou sobre a palavra *propriedade* possibilidades outras, que me levaram à composição desse parágrafo.

processo depressivo pelo qual havia passado, Guattari diz que:

Há alguns anos, eu tive uma depressão muito intensa, grave, que durou mais de dois anos, e que deixei agora... Essa finalmente foi uma experiência muito importante, muito rica... A experiência da depressão. O desvanecimento do sentido do projeto, do sentido do mundo, etc. Uma aterrissagem sobre a existência no que ela tem de mais proximal. É por isso que escrevi este pequeno livro *Caosmose*. É um pouco de reflexão sobre esse mergulho na depressão... Ou seja, estamos cercados por muros... Por muros de significação, pelo sentimento de impotência, pelo sentimento de que é sempre a mesma coisa, que nada pode mudar. E, às vezes, só é preciso um buraco no muro, só precisamos de alguma coisa para perceber que o muro é permeável... Há uma maneira de aproveitar de si mesmo em um paroxismo... E sempre a vertigem de uma autodestruição. Como se a autodestruição, o fim de tudo, se tornasse um objeto erótico. Como se ela tivesse tomado o poder... Essa é a gestão da depressão... Simultaneamente para aceitar essa vertigem da abolição, mas através disto, talvez, reconstruir uma visão do mundo... Uma iluminação...⁹

Esse buraco no muro pode ser considerado um “exercício contraficcional”¹⁰, de combate à ficção normativa que instaura o muro. É preciso usar o muro, sim, mas violando-o. Transformar a autodestruição

⁹ Guattari, F. Entrevista para TV Grega (1992). Traduzido por Anderson Santos com colaboração de Domenico Uhng Hur e Eva Salomé Grison. Publicado na Rev. Polis e Psique, 2018; 8(2): 7 – 23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n2/v8n2a02.pdf> Acesso em 28 de julho de 2022. pp. 21-22.

¹⁰ Checa, M. E. P. Transtornar-se enquanto ato clínico: uma contraficção de gêneros e sexualidades dissidentes. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2021, p. 52.

num aproveitamento, ou, como diz Guattari, numa espécie de erotismo, exige um condicionamento, uma capacidade de perfurar o muro. É uma escolha ética: ou se fura o muro, ou se é engolida por ele, indiferencian- do-se do muro e anulando a sua imponência. O paroxismo consiste nis- to: verter a dor contra o adoecimento. Fazer uma “justiça imanente”¹¹ ao sofrimento: direcioná-lo à sua verdadeira causa, não o sujeito, mas a norma que não o deixa experimentá-lo.

Considerações ético-metodológicas: ou como produzir uma contradição diagnóstica enquanto exercício clínico

Como se constitui o processo de deixar-se subjetivar por um diagnóstico psiquiátrico? Ou, o que diferencia o diagnóstico de um pos- sível autodiagnóstico? A grande sacada do poder biomédico foi fazer operar, via psiquiatria, a capacidade de dizer a verdade sobre alguém naquilo que esse alguém tem de mais íntimo e não codificável: sua per- cepção sobre si mesmo, ou o que Foucault chama de a dobra de “si sobre si”, a possibilidade de fazer um relato de si mesmo que é solapada pelo diagnóstico psicopatológico.

Na visão Foucaultiana o cuidado de si, uma relação ética, é impedido se o acesso a essa dobra é obstruído. E é nesse contexto que a possibilidade de produção de um autodiagnóstico é tão rechaçada, a ponto de ser considerada absurda, pelo poder médico e também pelo poder psicológico, pois só é possível que o diagnóstico funcione como dispositivo de controle se ele for de posse exclusiva do poder médico, se houver um fundamento disciplinar que o demande enquanto inter- ventão a certos modos de existência considerados patológicos. Vejo que é nessa clivagem do absurdo - autodiagnosticar-se - que se deve po- sicionar o questionamento quanto ao lugar de produção do diagnóstico.

Questionar-se por que razão um paciente não pode, ele mes- mo, produzir o próprio diagnóstico, ou produzir um relato de autodiag-

11 Termo utilizado em aula pelo Prof. Dr. João Perci Schiavon para se referir a uma justiça de ordem pulsional, que opera regida por um sentido completamente distin- to da justiça estatal, que é transcendente. Schiavon diz que “O ato que situamos na altura do inconsciente é o pressuposto de todos os outros, pois os decifra em seu próprio exercício. É uma justiça ainda pouco conhecida”. In: SCHIAVON, J. P. Prag- matismo Pulsional: clínica psicanalítica. São Paulo: n-1 edições, 2019, p. 133.

nóstico, por exemplo, é um modo de verter a soberania discursiva do diagnóstico enquanto verdade contra o aparato disciplinar que a sustenta. Quando questionada a respeito desse uso do diagnóstico, freqüentemente me perguntam: “Por que não abandonar os diagnósticos? Afinal, se já entendemos que eles são um dispositivo disciplinar, por que não apenas desconsiderá-los?”

Ora, se desconsiderar os diagnósticos é uma opção para você, leitor, é porque muito provavelmente você não foi patologizado a ponto de ter sua subjetividade capturada, por todos os lados, pelo discurso médico. Enquanto pessoa neurodiversa psicopatologizada, não é possível, para mim, criar uma linha de fuga que, para constituir-se como tal, não arraste junto as correntes que a capturaram, usando-as, inclusive, como parte de sua potência disruptiva.

Guattari fala em uma “subjetividade pática”¹² que é anterior à subjetividade racionalizada pelo regime colonial e capitalista de sociedade. Ele aponta que o funcionamento subjetivo dominante consiste na incessante castração da subjetividade pática, ou na produção de contornos racionalizados para ela, de modo a negativá-la em suas aparições. Um sintoma, nessa lógica, é um resquício dessa subjetividade pática que não cessa de se manifestar: “o sintoma funciona como ritornelo existencial a partir de sua própria repetitividade”¹³.

A patologização é o exercício da patologia, cuja etimologia nos leva à injunção do *pathos* com o *logos*, o que me induz a pensar que a patologia consiste na tentativa de logocentralizar o *pathos*, ou o afeto, remetendo-o a um universo de referência racionalmente logocêntrico, universo que rege a simbolização, a linguagem universal e, também, produz a neurotipia e a neurose estrutural. Esse contorno linguístico e simbólico produz um efeito de vedação na subjetividade em relação aos efeitos do afeto, pois se ele é lido como adoecimento, isso sugere que o sujeito padece dele, que não tem sobre ele nenhuma agência.

O *pathos* está separado de sua força originária. Dentro de uma configuração social e subjetiva regida pela neurose, a força do *pathos* aparece como estranha, justamente porque ela potencialmente abala a

12 GUATTARI, F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 2012, 2a ed; p. 38.

13 Idem.

supremacia normativa dos valores que sustentam o funcionamento neutrólico. Ainda assim, o sintoma não cessa de se manifestar, a sua repetição torna impossível esquivar-se dele sem que isso gere alguma consequência para o ego. É aí que podemos situar a determinação ética dessa força. Ou, para utilizar o emblema Guattariano que diz que o sintoma é “um pássaro que bate o bico no vidro da janela”¹⁴, podemos dizer que é preciso a incorporação de um devir-animal do sintoma, para que ele possa se apresentar em sua dimensão viva na escuta clínica. Escutar a repetição do bico do pássaro que bate na janela, em vez de interpretá-la, traduzindo-a a uma linguagem que não vai absorver o que ela traz de enunciado, que é o ruído que se produz na própria lógica estruturante da linguagem, é desconsiderar o sintoma em sua potência originária.

Seria preciso produzir com o sintoma uma espécie de aliança contra-diagnóstica. Se o acesso à experiência pática se apresenta como adoecimento, ou como interrupção de um processo subjetivo, de modo a receber intervenções médicas, químicas e, por vezes, institucionais, então a clínica deve se munir de ferramentas que permitam um processo involutivo em relação à experiência pática, que permita acessá-las em suas condições originárias (e éticas), tornando o sintoma um avaliador de si mesmo. Para isso, é preciso uma dobra que redirecione a força pática do transtorno, fazendo-a verter contra a significação simbólica que lhe foi atribuída.

“A força da qual se padece é a mesma que deve ser exercida”¹⁵: a dobra consiste em torcer simbolicamente o valor de padecimento atri-buído à força (ou conteúdo pático) numa possibilidade de exercício. E, para que o pathos do qual se padecia seja vivificado numa agência capaz de exercer aquilo que ele pode, é preciso uma desmontagem estrutural, que eu me inclino a pensar como a produção de uma ruína: um prédio abandonado. E isso não é possível se simplesmente se abandonar o valor simbólico que o sintoma tem enquanto engrenagem da neurose estrutural, abdicando dele e do que ele significa, pois isso produziria um efeito rebote, seria como castrá-lo duplamente. É preciso abandonar-se dele também e reside nisto uma operação mais complexa.

14 Guattari, F; Rolnik, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013; p. 269.

15 Expressão dita durante uma aula pelo Prof. Dr. João Perci Schiavon.

Este processo de escavação diagnóstica, ao ser exercido por um retorno narrativo ao território da psicopatologia, após vinte anos de violências institucionais, opera como um exercício clínico de contraficação. Pois, ao chegar nesse território hoje, por meio desse relato que produzi, após esses anos, é enxergar as suas ruínas, ou o que restou dele em mim; évê-lo inundado, tomado por uma vegetação que antes não estava ali, a ponto de transformá-lo num lugar completamente outro: inóspito, não humano, cujos únicos resquícios de poder são as ruínas estruturais rachadas e tomadas pelas marcas da umidade. Talvez, na extemporaneidade do inconsciente, essa visita tenha provocado, desde um futuro virtual na qual ela já estava inscrita, essa possibilidade de vida em meio às ruínas que evoco em imagem agora, no fim deste texto. Contraficcionalizar essa violência, tão realista enquanto ficção normativa em minha subjetividade, foi dar à vida que ali sufocava uma possibilidade de futuro.

Maria Eduarda Parizan Checa é escritora, psicóloga clínica, mestre e doutoranda em Psicologia Clínica na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Desobediente de gênero, de sexualidade e neurodiversa. É autora do livro “Desobrar-se” (Urutau, 2021).