

Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais

*Psychosis and schizophrenia:
effects of changes in
psychiatric classifications
on clinical and theoretical
approaches to mental illness*

Fernando Tenório

Professor, Departamento de Psicologia/
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Rua Marquês de São Vicente, 225, sala 201-L
22451-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
fernandotenorio@terra.com.br

Recebido para publicação em novembro de 2014.

Aprovado para publicação em setembro de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016005000018>

TENÓRIO, Fernando. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.941-963.

Resumo

Abordam-se as mudanças nos sistemas de classificação diagnóstica das doenças mentais, em especial o enfraquecimento conceitual da categoria “psicose” e a dominância da esquizofrenia como psicose única. As classificações atuais priorizam uma abordagem fiscalista da patologia mental. Ocorrem, então, a medicalização das condições antes associadas à neurose e à subjetividade; a localização de quadros antes reconhecidos como psicóticos na rubrica dos transtornos de personalidade; e a redução da psicose à esquizofrenia, abordada como *deficit* das funções psíquicas. Aponta-se a validade clínica e operatória da noção de “psicose” como categoria nosográfica que permite abordagem mais complexa da “esquizofrenia”, última noção, na psiquiatria, com o peso simbólico da loucura.

Palavras-chave: psicose; esquizofrenia; psiquiatria; psicanálise; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Abstract

This article discusses changes in the diagnostic classification systems for mental illness, especially the conceptual weakening of the “psychosis” category while schizophrenia became the only psychosis. Current pathological classifications prioritize a physicalist approach. Consequently, conditions that previously were associated with neurosis and subjectivity are being medicalized, conditions previously recognized as psychotic are relocated under the heading of personality disorders, and psychosis has been reduced to schizophrenia and considered a deficit of psychic functions. This article indicates the clinical and operational validity of the notion of “psychosis” as a nosographic category permitting a more complex approach to “schizophrenia”, which in psychiatry is the last concept that bears the symbolic weight of madness.

Keywords: psychosis; schizophrenia; psychiatry; psychoanalysis; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

O presente artigo aborda as mudanças ocorridas nos sistemas de classificação diagnóstica das doenças mentais, especialmente quanto ao enfraquecimento conceitual da categoria “psicose”, simultaneamente à dominância da esquizofrenia como única condição reconhecida como psicótica. Embora o adjetivo “psicótico” permaneça nas classificações, desde a terceira revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III), de 1980 (APA, 1980), abandonou-se a noção de “psicose” como categoria de fundo, que designava uma classe de patologias demarcadas da “neurose” (noção, por sua vez, igualmente descartada das novas classificações). Essa nova inflexão representou uma mudança de paradigma, enfraquecendo a descrição das doenças mentais apoiada em pressupostos que podemos chamar de psicodinâmicos, em favor de uma abordagem fiscalista da patologia mental. Podem ser apontadas ao menos três consequências importantes dessa mudança em termos da nosografia e da clínica. A primeira é a medicalização das condições antes associadas à subjetividade, tais como a ansiedade, a tristeza, as ideias obsessivas, as fobias, os comportamentos sexuais e outras – vale dizer, tudo o que antes era abordado no quadro da neurose tributário da psicanálise. A segunda é a localização de quadros antes reconhecidos como psicóticos na rubrica dos transtornos de personalidade. A terceira consequência, que abordaremos detidamente, é a redução da psicose à esquizofrenia, isto é, o fato de a esquizofrenia ser o único quadro atualmente reconhecido como psicótico. Discutiremos este último aspecto, sublinhando as consequências de a “única psicose” remanescente ser um quadro abordado pela perspectiva do *deficit* das funções psíquicas.

Nosso endereçamento é ao campo prático da saúde mental, no qual trabalhamos e percebemos que a proliferação de diagnósticos trazida pela DSM tem um efeito frequente de desorientação em relação ao diagnóstico e à clínica – principalmente, um efeito de desconhecimento da psicose em situações nas quais, muitas vezes, ela aparece efetivamente. Tentaremos apontar, internamente à nosologia e à nosografia psiquiátricas, como a inflexão atual dificulta o reconhecimento da psicose, salvo na ocorrência de sintomas disruptivos ou deficitários. Nesse sentido, nossa abordagem é interna à doutrina psiquiátrica e ao diálogo entre psicanálise e psiquiatria, embora não deixe de considerar e mencionar a convergência de processos econômicos e sociais que contribuíram para as transformações que discutimos. Sabemos, com Canguilhem (2012), que não se pode separar a leitura interna de um discurso científico de sua leitura externa, uma vez que a última dá as condições de possibilidade do discurso em questão e que muitas vezes são os múltiplos processos que se desenrolam em um determinado contexto histórico, social e econômico que determinam decisivamente os fenômenos internos àquela disciplina (cf. também Latour, Woolgar, 1997).¹ Nosso objetivo é indicar, de maneira útil para o trabalho dos profissionais da saúde mental, a validade clínica da divisão entre neurose e psicose, seu alto poder de orientação prática, e, sobretudo, a necessidade de perseguirmos um entendimento profundo do que é a psicose como condição psicopatológica que define, não um “a menos” no funcionamento mental, mas uma lógica específica de funcionamento de um sujeito em face das exigências da vida e da subjetividade.

A psicose como categoria da psiquiatria

A noção de “psicose” foi a categoria que, durante quase dois séculos, especificou a psiquiatria. Em seu sentido forte, ela definia ou define uma estrutura psíquica de fundo – um modo específico de constituição e funcionamento subjetivos –, oposta à neurose, e cuja expressão em sintomas pode variar muito. Nessa acepção, ela circunscrevia o campo específico da psiquiatria, seu objeto mais próprio. No entanto, essa concepção foi abandonada pelas classificações atuais – o DSM, atualmente em sua quinta revisão, e a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID) –, por razões que discutiremos. Em seu lugar, propôs-se uma classificação “descritiva” ou “empírica” dos transtornos mentais, que abandonasse qualquer referência psicodinâmica, limitando-se à identificação e quantificação de sintomas supostamente objetivos. Junto com o abandono daquela concepção e da oposição neurose e psicose, abandonaram-se também as categorias que foram, durante um século, os termos da psiquiatria na cultura: paranoia, melancolia, psicose maníaco-depressiva, histeria e neurose obsessiva.

A intenção declarada dessas modificações foi criar, em torno das classificações psiquiátricas, o maior consenso possível, qualquer que fosse a escola adotada pelo psiquiatra. Para isso, o DSM e depois a CID proclamaram-se ateóricos, excluíram as categorias que implicavam pressupostos teóricos e psicodinâmicos e pretenderam basear a classificação exclusivamente em sintomas que pudessem ser empiricamente observados e quantificados. Alguns trabalhos que citaremos demonstram que, senão a intenção, certamente o efeito dessas mudanças foi a supressão da referência à psicanálise. E demonstram ainda como o apoio exclusivo nos sintomas favoreceu a ênfase cada vez maior na ação farmacológica no tratamento. A única condição atualmente reconhecida como psicose – a esquizofrenia – não por acaso é um quadro de evolução deficitária que se oferece a uma leitura biologizante, à ação farmacológica e a ações de reabilitação que tanto podem ser ações generosas de inclusão social quanto, dependendo da inflexão, podem pender para uma prática de normalização e adaptação.

Tem cabido à psicanálise sustentar a validade clínica e doutrinária da categoria “psicose”, a ponto de se disseminar o sentimento de que se trata de uma noção da psicanálise, mais do que da psiquiatria. Mas, ao contrário, a categoria “psicose” foi criada justamente para especificar a psiquiatria, inicialmente em relação aos aspectos neurológicos da doença mental, posteriormente em relação às “doenças mentais leves”, que viriam a ser o *métier* da própria psicanálise.

O termo “psicose” foi criado pelo psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben, em 1845, para designar as manifestações psíquicas da doença mental, especificando-as em relação às supostas alterações do sistema nervoso que, em certos casos, as provocavam (chamadas, estas, de “neuroses”) (Garrabé, 1989, p.186; 2004, p.28). Vale dizer, o termo “psicose” foi criado, no âmbito da medicina mental, justamente para especificar o “psíquico” como distinto do neuronal e, nessa condição, como objeto que especifica a psiquiatria. Independente da suposição de que em toda psicose (toda manifestação psíquica) houvesse uma neurose (uma modificação no sistema nervoso que causava as manifestações psíquicas), o campo delimitado pelo advento dessa noção foi a possibilidade de descrever, classificar e tratar “diversas psicoses sem nos preocuparmos com as alterações do sistema nervoso que as provocam” (Garrabé, 2004, p.29).²

No fim do século XIX, o advento da neurologia veio mostrar que, na maior parte das doenças mentais, não existiam as lesões anteriormente supostas, contrariamente ao que acontecia com as doenças neurológicas; e o surgimento da psicanálise explicou as neuroses atribuindo-as a mecanismos psíquicos determinados, passíveis de modificação pelo tratamento psicanalítico. Embora Freud (1994b; 1994a) incluísse a paranoia nas “neuropsicoses de defesa” que descreve em 1894 e 1896, ele logo introduziria um divisor de águas entre ela e a neurose obsessiva e a histeria: diferente das duas últimas, a paranoia ou a psicose não seriam curáveis pela psicanálise. Isso fixou os termos “psicose” e “neurose” como antônimos, cada um deles localizando um determinado grupo de doenças psíquicas. Quando de sua introdução por Feuchtersleben, o termo “psicose” significava simplesmente “doença do psíquico”, designando praticamente toda e qualquer doença mental. Pelos deslocamentos que mencionamos, ele foi progressivamente sendo usado para definir as doenças mentais mais graves, deixando ao termo “neurose” a designação das doenças mais “leves”, nas quais o paciente tem “consciência de seu caráter mórbido” (Postel, 2003, p.373).

Segundo Postel (2003), os critérios psiquiátricos que se tornaram clássicos para caracterizar a psicose foram os seguintes: a gravidade dos transtornos, conduzindo a deficiências importantes ou incapacitação; a ausência de consciência de morbidade dos distúrbios (por exemplo, a convicção inabalável do delirante em seu delírio, a ausência de crítica do maníaco, ambos não admitindo que precisam de tratamento); o caráter estranho e bizarro dos distúrbios, que produzem no entorno um mal-estar ligado a essa estranheza; a dificuldade de comunicação ou mesmo a incomunicabilidade total do psicótico; a volta ou o fechamento sobre si mesmo, que se acompanha de uma ruptura com o entorno e com a realidade; tudo isso culminando em uma perturbação profunda da relação do sujeito com a realidade, da qual os delírios e alucinações são sintomas.

Bercherie (1989, p.150) observa que os trabalhos de Charcot e Magnan ilustram esse processo de circunscrição da psicose como condição mais grave do que a neurose, como loucura propriamente dita. Charcot tentava delimitar o “estado mental permanente” dos histéricos como sendo bastante diferente dos histéricos internados nos hospitais psiquiátricos: em vez da “loucura histérica”, enfatizava-se um “caráter” histérico marcado por “emotividade, impressionabilidade e sugestibilidade”, demarcado em relação à psicose. Complementarmente, no mesmo período, Magnan diferenciava os estados mistos (lesões orgânicas do cérebro, demência senil, neuroses [histeria], epilepsia, alcoolismo etc.) e as “loucuras propriamente ditas ou psicoses” (citado em Bercherie, 1989, p.150).³

A psicose passou a ser, então, o objeto mais próprio da psiquiatria, demarcando-se, de um lado, das doenças neurológicas, próprias à neurologia, e, de outro, das neuroses, que viriam a ser o campo por excelência da psicanálise freudiana. Se uma ciência ou disciplina só se especifica por especificar seu objeto, foi a noção de “psicose” – mesmo que em uma acepção inicialmente diferente da que veio a ter – que especificou a psiquiatria em relação à neurologia, de um lado, e à psicanálise, de outro.

No que diz respeito à psicanálise, referimo-nos aqui à situação deixada por Freud, que, embora mantivesse um interesse clínico-teórico pela psicose, considerava-a inacessível pela psicanálise. Ele próprio, Freud, nunca teve uma prática regular com psicóticos. Neurologista que era, interessou-se pelo enigma que a histeria representava para essa especialidade, e a

invenção da psicanálise corresponde à ruptura que Freud introduziu na compreensão dessa doença, a neurose histérica. Essa ruptura acabou por inverter a própria acepção do termo “neurose”, que deixou de aludir ao aparelho neuronal para, em vez disso, designar um estado psicopatológico caracterizado pela ausência de afecção orgânica do sistema nervoso. Quanto à psicose, Freud depositou toda esperança no trabalho de seus colaboradores Karl Abraham e Carl Jung, ambos psiquiatras dedicados à aplicação da psicanálise junto a essa patologia. Entretanto, não obstante suas importantes contribuições – do primeiro, quanto à psicose maníaco-depressiva (Abraham, 1970), e do segundo, quanto à esquizofrenia (Jung, 1986) –, pode-se dizer que foi com Lacan que a psicanálise veio a constituir uma teoria da psicose que não fosse baseada em noções tomadas de empréstimo da clínica da neurose. Outro interlocutor de Freud acerca da psicose, Eugen Bleuler, teria, como se sabe e abordaremos em seguida, um papel de destaque na psiquiatria, mas não na psicanálise.

No momento mesmo em que a terminologia ganhava essa configuração, na qual a noção de “psicose” designava as doenças mentais graves demarcadas das doenças neurológicas e da neurose, Emil Kraepelin reordenava a nosografia psiquiátrica em termos das três grandes entidades clínicas “loucura maníaco-depressiva”, “paranoia” e “demência precoce” (logo renomeada, por Bleuler, “esquizofrenia”). Assim é que o termo “psicose” passou a nomear o conjunto dessas doenças. Por psicose (ou psicoses), entendia-se: psicose maníaco-depressiva, paranoia e esquizofrenia. Pode-se dizer que, ao longo do século XX, essas três doenças caracterizaram o campo da psiquiatria.

Emil Kraepelin: demência precoce, paranoia e loucura maníaco-depressiva

A grade nosográfica que norteou a psiquiatria ao longo do século XX foi estabelecida por Emil Kraepelin no final do XIX e começo do XX. Por ter enfatizado os critérios de evolução e prognóstico – a introdução da dimensão do curso da doença no tempo –, Kraepelin: (1) formalizou a loucura maníaco-depressiva como uma única doença; (2) isolou a paranoia como quadro clínico independente, reduzindo a extensão dessa entidade mórbida; e (3) agrupou em uma única entidade clínica (“demência precoce”) quadros antes descritos isoladamente: a hebefrenia, a catatonía e muito do que era chamado de “paranoia” – constituindo, sob o nome de “demência precoce”, o que viria a se chamar depois de “esquizofrenia”.

O quadro que muitos autores reconhecem como “a esquizofrenia antes da esquizofrenia” (Garrabé, 2004, p.17-20) foi descrito por Bénédict-Augustin Morel em seus *Études cliniques* de 1851-1852, e nomeado dez anos depois, em seu *Traité des maladies mentales*, de 1860, como “demência precoce”. Segundo Garrabé, Morel (citado em Garrabé, 2004, p.19) descreveu essa “curiosa degradação intelectual da segunda idade” que evolui por fases sucessivas de torpor e de agitação até chegar à “fase terminal de dissolução psíquica”, e indicou os traços que até hoje são encontrados nas descrições: sugestibilidade, estereotípia das atitudes, dos gestos e da linguagem, a catatonía, os esgares e tiques bizarros, o negativismo (que ele chamou de niilismo) e “a forma estranha de andar”. Morel afirma que “o desenlace no idiotismo e na demência é o triste coroar da evolução”. Essa descrição *princeps* foi renovada em 1871 por Ewald Hecker, que chamou esse quadro clínico de hebefrenia (em alusão a Hebe, filha de Zeus e deusa da juventude): uma psicose que irrompe na puberdade, caracterizada pelo prejuízo

intelectual, inibição psicomotora, negativismo, estados irregulares de humor, com fases maníacas, depressivas e confusionais, hetero e autoagressividade, evolução para a demência e tendo como traço mais marcante a puerilidade (cf. Nobre de Melo, 1979, p.237-238). A novidade acrescentada por Hecker é a identificação de anomalias da construção sintática e uma propensão para se desviar da forma normal de falar e escrever – alterações formais da linguagem que, segundo Hecker, expressam uma profunda desagregação do Ego e são sinais antecipatórios do enfraquecimento intelectual que ocorrerá posteriormente.

Já a catatonia fora descrita por Karl Kahlbaum (1999) em 1874 como uma patologia da psicomotricidade caracterizada pela perda da espontaneidade e da iniciativa motoras, a inércia, o negativismo, estereotípias gestuais e catalepsia, podendo se transformar bruscamente em agitação e violência impulsiva e evoluindo em fases melancólica, maníaca, confuso-estuporosa e demencial.

Pelo critério da evolução (método clínico-evolutivo), Kraepelin pôde reconhecer “analogias íntimas” entre as duas doenças: “a emergência na segunda idade, a desagregação psíquica, a indiferença afetiva e, por fim, a terminação mais ou menos rápida pela demência” (Nobre de Melo, 1979, p.238). Kraepelin fez essas semelhanças prevalecerem sobre as diferenças fenomenológicas. O mesmo critério permitiu a ele separar essas doenças da psicose maníaco-depressiva (PMD), não obstante a ocorrência de estados maníacos e depressivos em ambas, uma vez que uma noção essencial da PMD é a recuperação completa da personalidade ao termo de cada acesso, o que não acontece na hebefrenia e na catatonia.

Quanto à paranoia, tal como era considerada até então, englobava todas as psicoses nas quais havia um delírio crônico, fossem acompanhadas ou não de outras alterações, e independente de sua evolução. De um extremo a outro – dos delírios dos degenerados de Magnan à mera hipertrofia de certas características da personalidade, como via Krafft-Ebing –, tudo era paranoia (cf. Cacho, 1991). Kraepelin depura a noção, distinguindo dois tipos de delírios crônicos: os delírios dissociados, que se acompanham de erros sensoriais (alucinações) e que cedo ou tarde terminam em definhamento psíquico; e os delírios de base interpretativa e evolução sistemática, que não se acompanham de alucinações, não comprometem outras funções psíquicas e nunca terminam em demência. Apenas a estes últimos reservou o nome de “paranoia”. Aos delírios dissociados e com evolução deteriorante, chamou de “demência paranoide” e os agrupou com a forma hebefrênica e a catatônica, completando o grupo da demência precoce.

Kraepelin delimitava, assim, as entidades clínicas “demência precoce” (que circunscreve o que virá a ser nomeado “esquizofrenia” por Bleuler), “psicose maníaco-depressiva” e a “paranoia”, definida de maneira mais precisa. Vale dizer, as psicoses do século XX, que seriam o solo nosográfico da psiquiatria durante cem anos.

A demência precoce de Kraepelin (2004, p.19), portanto, é essa doença mental definida por “uma destruição peculiar das conexões internas da personalidade psíquica. Os efeitos desse dano na vida mental predominam nas esferas emocional e volitiva”.⁴ Inicia-se no período da juventude e conduz a um estado de demência. Suas três formas clínicas são a demência precoce paranoide, a hebefrênica e a catatônica.

A semelhança do quadro clínico fundamental dessa nova entidade nosográfica com a antiga demência precoce de Morel permite afirmar um parentesco entre as duas. Porém, ao

agrupar a demência precoce de Morel com outros quadros clínicos, secundarizando as muitas diferenças sintomatológicas, Kraepelin deu à nova entidade uma extensão imensamente maior do que a da primeira. Garrabé (2004, p.20) atribui essa diferença ao fato de que a tradição francesa, de Morel, privilegiava a nosologia, isto é, a descrição clínica de um quadro clínico em seus traços distintivos, enquanto a tradição alemã, de Kraepelin, privilegiava a nosografia, ou seja, a descrição e classificação das doenças. Por essa razão, a escola alemã notabilizou-se por produzir grandes categorias classificatórias, enquanto a francesa notabilizou-se pela descrição de quadros clínicos caracterizados por sua diferença e especificidade. Os pseudódopos da demência precoce de Kraepelin e principalmente da esquizofrenia de Bleuler acabariam por abarcar e relegar ao esquecimento diversos quadros que a tradição francesa isolou em seus elementos discretos.

Eugen Bleuler: a esquizofrenia

Em 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra adepto das ideias de Freud, propôs um novo nome para a entidade mórbida agrupada por Kraepelin: “esquizofrenia” – indicando a ênfase nos aspectos psicológicos, nomeadamente a cisão da personalidade (do grego *skhízein*: “separar”, “dividir”). Ao criar o nome de “esquizofrenia” e propor que ele substituísse o de “demência precoce”, Bleuler (1993, p.38) afirma que buscava aprofundar o estudo da patologia pela “aplicação, à demência precoce, das ideias de Freud”. Propunha definir e nomear a doença, não por sua evolução, mas por sua dinâmica psicológica: “Infelizmente, não podemos nos furtar à desagradável tarefa de forjar um novo termo para esse grupo nosológico. ... Chamo a demência precoce de ‘esquizofrenia’ porque ... a cisão das mais diversas funções psíquicas é uma de suas características mais importantes” (Bleuler, 1993, p.38; destaque no original).

Bleuler (1993, p.45) define como esquizofrenia um grupo de psicoses caracterizado “por uma alteração do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo exterior de um tipo específico e que não encontramos em nenhum outro lugar”. Há “uma cisão mais ou menos nítida das funções psíquicas”, a personalidade “perde sua unidade”, os conceitos perdem sua integridade, muitas vezes reduzidos a representações parciais, a atividade associativa é fragmentada, interrompendo-se bruscamente, perdendo seu fio, adquirindo qualquer coisa de bizarra. Nos casos mais graves, deixa de haver qualquer manifestação de afeto; nos menos graves, o afeto é inadequado. Esses sintomas chamados fundamentais ficaram conhecidos como os “três As” da esquizofrenia de Bleuler: ambivalência, associações cindidas e afeto inadequado ou embotado. A eles se soma outro, que Bleuler (1993, p.55) nomeou com o termo novo, introduzido por ele: o “autismo”, isto é, “uma tendência a colocar sua própria fantasia acima da realidade e a se retirar desta última”. Finalmente, podem ser observados ainda os sintomas “acessórios”, não exclusivos da esquizofrenia: alucinações e ideias delirantes, estados confusionais e crepusculares, oscilações afetivas maníacas e melancólicas e sintomas catatônicos.

Sobre o novo termo, “autismo”, Bleuler (1993, p.112, nota 80) explica em nota que “o autismo é mais ou menos a mesma coisa que Freud chama de autoerotismo”, mas que cunhou a nova palavra para evitar os mal-entendidos que poderiam se ligar aos conceitos freudianos

de “libido” e de “erotismo”. Bleuler (1993, p.112, nota 80) afirma que o autismo se refere a um desligamento na relação com a realidade, mas que foi necessário outro termo que não “perda da realidade” porque esse desligamento é seletivo; o esquizofrênico não se desliga da realidade como um todo, apenas daquilo que se coloca “em oposição a seus complexos”. Trata-se, portanto, de uma posição libidinal, que alude à causalidade psíquica, mas Bleuler preferiu, como outros autores, não se comprometer com o sexual tal como posto por Freud, transformando “autoerotismo” em “autismo”. A supressão do sexual, no caso, é literal: basta tirar “eros” da palavra “autoerotismo” e se forma a palavra “autismo”.

Aquilo a que nos referimos ainda hoje como esquizofrenia corresponde à descrição de Bleuler. Em *Manual de psiquiatria*, Henri Ey dá uma descrição sistemática que vale a pena resumir (Ey, Bernard, Brisset, s.d., p.534-536, 574-585).

Henri Ey define a esquizofrenia como uma psicose crônica caracterizada por um processo de desagregação mental que pode ser chamado de “demência precoce”, “discordância intrapsíquica” ou “dissociação autista da personalidade”. Caracteriza-se pela manifestação de uma tendência profunda a parar de construir seu mundo em comunicação com o outro para se perder em um pensamento autista. Segundo Ey, a ausência de uma definição rigorosa não impede que a maioria dos clínicos se entenda na prática quanto ao diagnóstico de esquizofrenia:

Geralmente, compreende-se por psicose esquizofrênica um conjunto de distúrbios em que predominam a discordância, a incoerência ideoverbal, a ambivalência, o autismo, as ideias delirantes, as alucinações mal sistematizadas e profundas perturbações afetivas no sentido do desinteresse e da estranheza dos sentimentos – distúrbios que tendem a evoluir para um déficit e uma dissociação da personalidade (Ey, Bernard, Brisset, s.d., p.536).

Fiel à classificação feita por Bleuler, Henri Ey afirma que a esquizofrenia se desenvolve por uma vertente “negativa” ou deficitária de dissociação – a síndrome de dissociação – e por uma síndrome secundária “positiva” de produção de ideias, percepções, sentimentos e atividade delirante. Esses dois polos são complementares e associados pelas seguintes características comuns, inerentes à doença: a ambivalência, a bizarria, a impenetrabilidade e o isolamento. O resultado de conjunto desses dois polos de sintomas é o autismo, tomado como a “atitude particular do esquizofrênico”, a “própria característica da psicose esquizofrênica” (Ey, Bernard, Brisset, s.d., p.585).

A primeira vertente, da dissociação, consiste na desagregação da vida psíquica, a discordância interna dos fenômenos psíquicos. Ela compreende os distúrbios do curso do pensamento (pensamento incoerente, desorganizado, elíptico, prolixo, tangencial, com afrouxamento dos nexos associativos e o sintoma marcante do bloqueio), da linguagem (mutismo, pararespostas, conversação truncada ou impossível, impulsos verbais obscenos ou injuriosos, neologismos ou uso neológico das palavras e alterações ou mesmo quebra da sintaxe, podendo chegar ao descarrilamento ou à salada de palavras), da afetividade (aplainamento, esmaecimento ou mesmo embotamento do afeto, paradoxalmente, uma grande sensibilidade ou vulnerabilidade, afeto inadequado ou discordante, ambivalência) e da psicomotricidade (os sintomas da vertente catatônica: lentificação, estereotípias, maneirismos, ocorrência paradoxal de negativismo e passividade motora, agitação e estupor).

A segunda vertente, dos sintomas positivos ou produtivos, culmina, ao menos na esquizofrenia paranoide, no delírio, mas inclui toda a série das alucinações e das experiências que começam com o sentimento de estranheza (ou xenopatia) do pensamento e do funcionamento mental – as intuições e as percepções delirantes, o automatismo mental, a despersonalização e a experiência de influência. Na esquizofrenia paranoide, esses fenômenos são importantes e culminam em alguma construção delirante, mas não chegam a constituir um delírio sistematizado como na paranoia. Na descrição de Henri Ey (Ey, Bernard, Brisset, s.d., p.584), é um delírio fragmentário e desconexo, “sem progressos discursivos”, que não caminha, e que é a um tempo labiríntico e estereotipado, cristalizado em seus fragmentos esparsos. Sua evolução é no sentido de um empobrecimento. “À discordância completa corresponde um delírio incomunicável: é este duplo movimento regressivo que impôs aos clínicos a noção de autismo”. O autismo é, então, a “síntese do que acabamos de descrever”, a posição de conjunto do esquizofrênico: “É preciso entender por esta palavra [autismo] a constituição de um mundo próprio, que tende a se fechar sobre si mesmo. Em sua ação complementar, as estruturas negativa e positiva da esquizofrenia vão construir este ‘mundo próprio’, impenetrável, verdadeiramente alienado” (Ey, Bernard, Brisset, s.d., p.585; destaque no original).

Embora a descrição de Bleuler pretendesse enfatizar o aspecto psicológico, ela não escapou de remeter à ideia de *deficit*: prejuízo no afeto, desagregação no pensamento e nas associações, perda da realidade e, como critério distintivo, impossibilidade de *restitutio ad integrum*. Além disso, ela se apoiava em características psicológicas não exclusivas da esquizofrenia (notadamente a ideia de “cisão”). Com isso, a esquizofrenia estendeu “seus pseudópodos em direção aos transtornos mentais ‘atípicos’ de todas as outras classes” (Rancher et al., 1993, p.34), tornou-se uma noção demasiado englobante, tornou-se, praticamente, “a psicose única” (p.14).

Bleuler julgava estar sendo freudiano ao propor o novo nome, dizia estar aplicando à demência precoce as ideias de Freud, mas o próprio Freud logo fez objeção ao novo termo. No mesmo ano em que Bleuler publica seu artigo, Freud (1995, p.70) escreve que a designação “esquizofrenia” não é boa por apoiar o nome da doença em uma característica psicológica – a cisão – que não lhe é exclusiva.

Enfim, a esquizofrenia passa a abarcar uma diversidade grande de quadros clínicos só possíveis de serem reunidos numa única entidade por seu aspecto deficitário. Ela se torna a noção dominante da psiquiatria ao mesmo tempo que faz prevalecer a ideia da doença mental como *deficit*. A inclinação cognitivista do DSM virá reforçar essa abordagem.

Freud e Lacan: a psicose é uma condição do sujeito, heterogênea à neurose

Foge ao escopo deste trabalho nos aprofundarmos na leitura psicanalítica da psicose iniciada por Freud e formalizada por Lacan. Evoquemos suas bases fundamentais, suficientes para o argumento que perseguimos aqui.

Não sendo psiquiatra, Freud não dispunha de uma casuística importante de psicóticos e não pôde levar muito longe uma teorização psicanalítica dessa afecção. Isso não o impediu, porém, de inaugurar a abordagem psicanalítica da psicose pela análise das memórias autobiográficas de um eminente juiz de direito (Schreber, 1995), escritas durante os nove anos de sua internação

psiquiátrica, e que giravam em torno de seu delírio paranoico. Nas palavras de Lacan (1992, p.18), essa análise de Freud foi mais inaugural do que a própria descoberta do inconsciente; teve “a audácia ... de um começo absoluto”. O que houve de inaugural na análise de Freud? Essencialmente, ter afirmado que os delírios e alucinações de um psicótico são formações que decorrem das mesmas questões em face das quais o sujeito dito normal se constitui (cf. Freud, 1995, p.18). E que eles não são, em relação a essas questões, uma mera reação desordenada, antes pelo contrário: “A formação delirante, que nós consideramos ser a produção patológica, é, na verdade, a tentativa de restabelecimento, a reconstrução” (p.66).

Estudando a patologia do adulto neurótico, Freud e Lacan puderam formular que o sujeito humano se constitui como sujeito pela resposta que, precocemente, num momento inicial de sua constituição subjetiva, dá às injunções que giram em torno da herança simbólica paterna e do chamado do sexual (chamado que é tanto da ordem da satisfação corporal quanto de uma tomada de posição, da assunção de responsabilidades, de aceder aos encargos inerentes ao seu sexo). Freud formulou que a constituição do sujeito corresponde à introdução no psiquismo desses elementos subjetivos, porém alojados no inconsciente, como um saber inconsciente (isto é: recalçados). Esse saber opera no sujeito à revelia dele – tanto impulsionando-o (como desejo) a responder às exigências da vida e do desejo quanto produzindo (como sintoma) os pontos de impasse, de impossibilidade de franquear uma determinada dimensão, de dificuldade de fazer alguma coisa, ou mesmo na forma dos sintomas repertoriados pela tradição clínica (ansiosos, depressivos, dissociativos, obsessivos etc.). Daí a dificuldade de se estabelecer, na psicanálise, uma fronteira taxativa entre o sujeito normal e a neurose como patologia. O mecanismo, portanto, é o da introdução, por identificação, de um saber inconsciente sobre o desejo e o sexual, saber que constitui o próprio sujeito, mas que permanece inacessível para ele em termos da consciência. Quanto à psicose, munido dessa chave de entendimento, Freud pôde formular que o delírio paranoico declinava esses mesmos elementos, mas não soube explicar por que eles não apareciam na interioridade psicológica de um sujeito que estivesse às voltas com seu desejo, mas sim desconectados da realidade, na forma de um delírio em que o sujeito estava sempre colocado como objeto (de uma perseguição, de um amor delirante, de uma intenção sexual, de uma voz alucinada sempre injuriosa, ameaçadora ou de comando etc.). É o que ressalta do caso *princeps* da teorização freudiana da psicose, já mencionado, o caso Schreber (Freud, 1995) e da pergunta com a qual encerra um de seus últimos trabalhos sobre o tema: “qual será o mecanismo, análogo à repressão [recalcamento], pelo qual o eu se desliga do mundo exterior?” (Freud, 1993, p.159).

Muito importantes para os propósitos deste artigo – recusar uma concepção deficitária da psicose e afirmar que ela consiste em um modo específico de constituição e funcionamento de um sujeito, heterogêneo à neurose – são as manifestações de Freud quanto a não dar à esquizofrenia uma extensão exagerada. Sendo contemporâneo de Kraepelin e Bleuler, Freud (1995, p.69-70) valorizou a separação feita pelo primeiro no grupo dos delírios paranoides, preservando os delírios organizados e coerentes como paranoia, separados do grupo da esquizofrenia. E criticou o nome de “esquizofrenia” cunhado pelo segundo, por se apoiar numa característica psicológica que não lhe é exclusiva, a cisão (p.70) – antevendo e criticando o caráter englobante que a noção estava destinada a ter. Foi provavelmente o interesse em

decifrar uma ordenação e um sentido onde a psiquiatria tendia a ver desordem que levou Freud a privilegiar a psicose como paranoia (isto é, significação delirante organizada) em detrimento da esquizofrenia (ou seja, desorganização, dissociação, deterioração).

Diferente de Freud, Lacan era psiquiatra e chegou à psicanálise pela clínica da psicose. Admirador da fineza clínica de Kraepelin e do rigor descritivo de Clérambault, de quem foi aluno, Lacan também valoriza a distinção feita por Kraepelin e corroborada por Freud de uma “linha divisora de águas” entre a paranoia, de um lado, e o campo das esquizofrenias, de outro. O que está em jogo é a mesma distinção já mencionada, e que agora chamaremos pela oposição *deficit versus* estrutura: “O que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são ... o que corresponde àquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as loucuras. É nesse domínio que Freud faz a partilha” (Lacan, 1992, p.12). As psicoses são as loucuras, e não demência, isso quer dizer que ela não é *deficit*, atraso no desenvolvimento, ou seja, algo da mesma espécie que a neurose só que “a menos”. Elas são outro modo de funcionamento. Essa heterogeneidade é ilustrada pela provocação de Lacan: “não é louco quem quer” (p.24). Vale dizer, a psicose e a neurose são lógicas de funcionamento às quais o sujeito está submetido. Lacan mostrou a heterogeneidade dessas lógicas e, ao mesmo tempo, as linhas de força da psicose como estrutura.

Desenvolvendo seu trabalho no mesmo ambiente que produziu a linguística estrutural de Saussure e a antropologia estrutural de Lévi-Strauss, Lacan propõe que as teses de Freud só podem ser entendidas em seu verdadeiro alcance partindo-se da constatação de que o sujeito humano é uma decorrência da linguagem, isto é, do sistema simbólico. O sujeito é forçado a existir na linguagem, que o antecede e se impõe a ele como lei. Os termos freudianos do cruzamento entre a herança paterna e a assunção do sexo pelo sujeito são recolocados por Lacan como dimensões postas pela própria linguagem, pelo simbólico, para todo sujeito. Nos limites do presente trabalho, diremos que, enquanto a neurose (que é também a nossa normalidade) é a estrutura constituída pela interiorização, pelo sujeito, das injunções colocadas pelo sistema simbólico (pai, cadeia geracional, diferença sexual), a psicose corresponde à situação em que o sujeito não pôde constituir, a partir dessas dimensões, uma interioridade psicológica, uma experiência simbolizada de si mesmo. Assim, não é que essas dimensões não existam para o psicótico, pois elas também foram colocadas para ele em seu caráter injuntivo e são elas que constituem e movem o próprio laço social. No entanto, elas têm uma forma particular de existência, que é a de existir fora da simbolização geral que estrutura o sujeito, fora de qualquer simbolização que permitisse ao sujeito dialetizá-las em uma subjetividade.⁵ Assim, os fenômenos psicóticos (alucinação, delírio, catatonia, as oscilações de uma evolução, passagens ao ato etc.) podem ser lidos como respostas que o sujeito produz, por assim dizer, “sem subjetividade”, respostas que ocorrem por uma espécie de automatismo da linguagem – mas que, no entanto, são assim mesmo articuladas, têm uma lógica, e articulam um sujeito nessa condição paradoxal que é a da psicose. É isso que está no cerne da distinção entre neurose e psicose e sustenta a afirmação da psicose como estrutura, contra a ideia da psicose como *deficit*.

Desse modo, como uma espécie de confluência do trabalho da psiquiatria e da psicanálise ao longo do século XX, estabeleceu-se a demarcação entre a neurose e a psicose, cada uma delas designando uma classe de patologia, uma condição de fundo, correspondente a um modo específico de estar na vida e na relação com o outro; em termos lacanianos, uma

estrutura. A cada uma correspondem: uma unicidade de estrutura – “a” neurose, “a” psicose, no singular – e uma diversidade de manifestações clínicas – as neuroses histérica e obsessiva e as psicoses esquizofrenia, paranoia, psicose maníaco-depressiva, por exemplo, se quisermos nos ater às grandes categorias psiquiátricas “pré-DSM”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a Classificação Internacional das Doenças e a inflexão atual: “ateórica”?

O advento, em 1980, da terceira edição do DSM representou um marco para a psiquiatria. Uma guinada. O DSM-III tinha como objetivo resolver o problema da confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos determinando um “acordo pragmático” e global acerca das nomeações psiquiátricas, fundado em critérios explicitamente estabelecidos em bases empíricas e que deixassem de lado as questões referentes aos processos psicopatológicos em jogo (Pereira, 2004, p.1). Nessa perspectiva, adotou o que chamou de abordagem descritiva: “O DSM-III-R pode ser visto como ‘descritivo’ uma vez que as definições dos distúrbios são geralmente limitadas às descrições de suas características clínicas”, entendendo-se por características clínicas apenas os “sinais e sintomas comportamentais facilmente identificáveis”, que requeiram “uma quantidade mínima de interferência da parte do observador” (APA, 1989, p.XXIV; destaque no original).⁶ Essa abordagem é autoproclamada não teórica: “A justificativa mais importante para a abordagem não teórica desses DSM-III e DSM-III-R, no que diz respeito à etiologia, é a de que a inclusão dessas teorias possa ser um obstáculo ao uso deste manual por parte dos clínicos com as mais variadas orientações teóricas” (p.XXIV).

Por essa razão, foram excluídas as classes de diagnóstico “neurose” (não por acaso, inteiramente associada à psicanálise e indissociável de pressupostos psicodinâmicos) e “psicose”. O glossário de termos técnicos do manual não inclui a nomenclatura “psicose”, mas apenas o adjetivo “psicótico”, para designar um “comprometimento maciço no teste de realidade”. A evidência direta de “comportamento psicótico” é a presença de delírios ou de alucinações (APA, 1989, p.425). A entidade nosográfica “psicose maníaco-depressiva” deu lugar à noção de “distúrbios do humor”. A “paranoia” foi inicialmente substituída, no DSM-III, pela categoria de “distúrbio paranoide”, mas nem esta última sobreviveu à revisão do manual feita poucos anos depois (a DSM-III-R), uma vez que “o termo paranoide tem outros significados múltiplos que podem gerar confusão” (APA, 1989, p.213). O conceito adotado foi “distúrbio [ou transtorno] delirante” (p.213).

A própria noção de “doença” foi substituída pela de *disorder* (traduzida inicialmente no Brasil por “distúrbio” e finalmente por “transtorno”). A definição de *mental disorder* (transtorno mental) pretendeu evitar as implicações teóricas da noção de “doença”, sendo então a seguinte:

uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre numa pessoa e que está associado com a presença de mal-estar (um sintoma doloroso) ou incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas do funcionamento) ou com um significativo aumento de risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade (APA, 1989, p.XXIII).

Esse padrão deve ser geralmente considerado “manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica” (p.XXIII).

Essa definição se manteve mais ou menos inalterada nas edições seguintes, incluída a recentemente publicada quinta edição (DSM-5), mas, nesta última, a referência à adaptação social é menos disfarçada, o que se vê em dois pontos da citação abaixo: na substituição da expressão “padrão psicológico” pelas expressões “cognição” e “regulação da emoção e do comportamento” (sublinhamos a ideia de “regulação”) e na supressão da referência ao sofrimento ou ao mal-estar, em favor da ênfase na dificuldade ou inabilidade nas atividades sociais e ocupacionais:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação da emoção ou comportamento de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. ... Os transtornos mentais são normalmente associados com dificuldade ou inabilidade nas atividades sociais, ocupacionais ou outras que sejam importantes (APA, 2013, p.20).

Quanto à esquizofrenia, que nos interessa mais diretamente inicialmente se tentou, também aí, suprimir o substantivo, substituindo-o pela noção de “transtornos esquizofrênicos”, mas a tentativa fracassou e a reinclusão do termo foi uma das correções que motivaram a revisão feita poucos anos depois, o DSM-III-R, de 1987 (cf. Garrabé, 2004, p.211). Podemos dizer que a força da noção obrigou a que o DSM a reincluísse. Assim, “esquizofrenia”, no singular, é a única classificação do DSM que não é composta pela designação “transtornos” (bipolares, alimentares, de ansiedade etc.).⁷

Na nova classificação, o diagnóstico de esquizofrenia passa a ser baseado em dois critérios essenciais: a presença dos sintomas psicóticos característicos (definidos conforme mencionamos) e o funcionamento inferior aos níveis mais altos alcançados previamente (ou, em crianças e adolescentes, o fracasso em alcançar os níveis socialmente esperados) (APA, 1989, p.199). São mencionadas ainda as perturbações características do afeto e da forma do pensamento que já abordamos, que são detalhadas de forma bastante clássica. Porém – e isso é muito importante –, o critério adotado “exclui doenças sem características psicóticas manifestas” (vale dizer, sem delírio e alucinações) (APA, 1989, p.199). Note-se como um século e meio de debates, durante os quais a posição que prevaleceu foi a de considerar os delírios e alucinações menos importantes do que a cisão profunda do funcionamento mental e afetivo, foi resolvido de modo reducionista. Essa nova inflexão virtualmente impediu que, dali em diante, se abordasse a psicose como uma estrutura ou um funcionamento mental de fundo, do qual essas manifestações não são os únicos sintomas, nem os mais importantes.

Nesse ponto, o manual indica: “Tais condições são possivelmente diagnosticadas neste manual como Distúrbios de Personalidade” (APA, 1989, p.199). Em outras palavras, condições que antes teriam sido consideradas psicóticas mesmo na ausência de delírio ou alucinação, por revelarem, por assim dizer, um modo específico de responder às situações vitais, foram imputadas à “personalidade”.

O psiquiatra e historiador da psiquiatria Jean Garrabé (2004, p.211) observa que, sendo impossível ao DSM-III evitar a referência a Bleuler, ela foi feita em termos genéricos que mascaram a origem psicanalítica de suas teses. Lê-se no DSM: “Algumas abordagens para definir esquizofrenia enfatizaram ... perturbações subjacentes em certos processos psicológicos

(Bleuler)” (APA, 1989, p.199). Garrabé destaca ainda que um dos critérios clínicos utilizados pelo DSM para a esquizofrenia é a resposta ao tratamento farmacológico (Garrabé, 2004, p.212; APA, 1989, p.199). As implicações são evidentes: a indução a uma primazia do tratamento farmacológico, no plano da clínica, e uma perigosa inversão pela qual a eficácia do fármaco poderá vir a ser critério de estabelecimento de uma nosografia, no plano da classificação e da pesquisa. Como dizer que as posições do DSM-III não são teóricas?

O impacto do DSM-III na clínica, na pesquisa e na teorização do campo psiquiátrico e psicopatológico foi enorme: “todas as elaborações psicopatológicas posteriores portam a marca de sua influência” (Pereira, 1996, p.44). Os princípios do DSM-III “tornaram-se, em pouco tempo, os fundamentos de toda a pesquisa psiquiátrica moderna e os organizadores das concepções científicas, e mesmo leigas, sobre a psicopatologia” (Pereira, 1996, p.44).

A Classificação Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde, em sua décima revisão, publicada em 1992, reflete essa influência, ao adotar o caminho estabelecido pelo DSM-III. Na “Introdução”, a CID-10 estabelece que suas “descrições e diretrizes não contêm implicações teóricas”, sendo “simplesmente um conjunto de sintomas e comentários sobre os quais houve uma concordância por parte de um grande número de conselheiros e consultores em muitos diferentes países” (OMS, 1993, p.2). É adotado o mesmo termo do DSM, “transtorno” (*disorder*), “de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como doença ou enfermidade” (OMS, 1993, p.5). A divisão entre neurose e psicose é abandonada, uma vez que implica um ato de nomeação que vai além de uma constatação empírica:

Ao invés de seguir a dicotomia neurótico-psicótico, os transtornos são agora arranjados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas, o que dá ao uso uma conveniência crescente. ... ‘Psicótico’ foi mantido como um termo descritivo conveniente ... Seu uso não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, porém simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamento, tais como excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico (OMS, 1993, p.3).

Trata-se, enfim, de um diagnóstico de conveniência, assumidamente transitório e que se isenta de deduções sobre o funcionamento de fundo. O objetivo explícito é o de se apoiar nos consensos globais. Abandona-se a discussão sobre a etiologia e a psicodinâmica em favor dos pontos de consenso que seriam os sintomas manifestos, que supostamente estariam ao alcance de qualquer observador. Por consequência, os diagnósticos são “sindrômicos”, no sentido fraco do termo, e não “nosológicos” (Aguiar, 2004, p.77), isto é, pretendem ser a mera descrição objetiva da ocorrência de um determinado grupo de sinais e sintomas. Como dissemos, o termo “transtorno” responde a essa nova apreensão, apesar ou justamente por sua imprecisão.

Assim como ocorre no DSM, o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva não é mais utilizado. A categoria que apareceu em seu lugar não se compromete com a distinção de fundo entre neurose e psicose: o “transtorno afetivo bipolar” exige a especificação “com” ou “sem” sintomas psicóticos. Nomes como “melancolia” e “paranoia” foram abandonados em favor, respectivamente, das expressões “transtorno depressivo” (leve, moderado ou grave, com ou sem sintomas somáticos, com ou sem sintomas psicóticos) e “transtorno delirante persistente”.

Nos dois sistemas de classificação, das categorias que compunham o campo da psicose (ou das psicoses) como oposto ao da neurose, apenas a esquizofrenia permaneceu como o único transtorno ainda reconhecido como psicótico – ainda que “psicótico” indique apenas a ocorrência dos sintomas de delírio, alucinação e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico. A descrição do quadro clínico da esquizofrenia se baseia de modo geral nos mesmos sintomas estabelecidos desde Bleuler, mas com uma nuance decisiva: qualquer das manifestações elencadas, para as quais Bleuler buscava uma articulação psicodinâmica, ligada aos “complexos” psicológicos, é tomada, especialmente no DSM, como “disfunção cognitiva ou emocional”, e a associação com uma “disfunção social ou ocupacional” é central no diagnóstico (cf. APA, 2002, p.304).

Uma análise crítica

Diversos trabalhos demonstram que o DSM-III e sucedâneos estão longe de ser “ateóricos”. Pereira (1996) articula com precisão alguns deles, resumindo grande parte das críticas que foram feitas ao novo modelo classificatório. A primeira é a de que, alegando ser ateórico, o DSM na verdade espelha o pragmatismo de Peirce e as teses empiristas. O pragmatismo se deixa ver “no preceito de se excluir toda teoria não confirmada de forma conclusiva” segundo os “critérios empíricos de validação” (Pereira, 1996, p.50). A própria suposição de que seja possível uma descrição tão objetiva dos fatos clínicos, a ponto de nela se tornar insignificante a interveniência do olhar de quem observa, é em si mesma uma suposição teórica, filiada às teses empiristas. A ela se contrapõe a pergunta: é possível supor uma neutralidade do olhar? No que diz respeito à clínica psiquiátrica e psicoterápica ou psicanalítica, essa suposição é ainda mais absurda, uma vez que o fato clínico só se revela e constitui na relação do paciente com o clínico, não existindo antes, em estado natural (cf. Czermak, 2013).

Um importante eixo de críticas concerne ao seguinte: o compromisso prático que o DSM pretendeu estabelecer – excluir da classificação e da comunicação entre os pares as especificidades teóricas de cada linha de entendimento do fenômeno psicopatológico para que todos viessem a usar o mesmo vocabulário – obriga os pesquisadores a abandonar os conceitos próprios ao seu campo de saber. Ora, não apenas a própria psicopatologia depende do contraditório entre as diferentes escolas e tradições para evoluir (e procuramos indicar acima que foi desse modo que a psiquiatria caminhou), como cada disciplina específica só pode existir e progredir em função “de sua capacidade de constituir, teórica e formalmente, seu objeto e seus métodos próprios” (Pereira, 1996, p.51). O DSM-III e sucedâneos acabam por propor a disciplinas tão diferentes quanto são aquelas afeitas à psicopatologia e à clínica das doenças mentais “um mesmo objeto operacionalmente definido, ou seja, um objeto comum apenas do ponto de vista descritivo” (Pereira, 1996, p.51). Isso deveria colocar a questão dos limites desse tipo de manual.

Nesse sentido, na passagem do DSM-III para as edições seguintes, operou-se um alargamento desses limites que podemos chamar de grave. O DSM-III trazia a advertência de que não se tratava de um manual de ensino, justamente por não incluir teorias acerca da etiologia, manejo e tratamento dos transtornos mentais (APA, 1989, p.XXVI). A edição seguinte, o DSM-IV, ignorou essa ressalva de prudência ao incorporar a “meta adicional” de

facilitar as pesquisas e de ser “um instrumento didático para o ensino da psicopatologia” (APA, 2002, p.21). Finalmente, o recém-publicado DSM-5 chega a se proclamar como “um recurso educacional essencial para estudantes e praticantes, e uma referência para pesquisadores da área” (APA, 2013, p.XLI). Em resumo, na prática, o DSM acabou por substituir os antigos “manuais de psiquiatria”, que traziam as diversas teorias acerca de uma doença mental, as hipóteses etiológicas, as controvérsias entre os autores e uma abordagem mais ampla da psicopatologia.

Se, em 1996, Pereira (p.52) afirmava que um sistema pragmático de classificação não é um discurso de fundo psicopatológico, e que o DSM não poderia pretender ser ou fundar uma psicopatologia, seria o caso de nos perguntarmos por que o campo psiquiátrico e da saúde mental consentiu tão amplamente em abandonar toda uma tradição de debates em favor de um sistema baseado na estatística, no ajustamento cognitivo e na exclusão da subjetividade.

Russo e Venancio (2006) observam que não foi só o campo profissional que aderiu ao DSM. A cultura e a sociedade também o fizeram. Assim, as autoras assinalam uma mudança de paradigma cujo alcance não se limitou ao âmbito das classificações das doenças mentais, atingindo a questão da hegemonia entre os saberes constituintes da clínica psiquiátrica e psicológica e a esfera das representações sociais relativas ao indivíduo e ao normal e o patológico.

Quanto à primeira questão, as autoras demonstram que o pressuposto empiricista, que exige uma suposta evidência objetiva, tem afinidades evidentes com a visão fiscalista da doença mental (Russo, Venancio, 2006, p.465). Mais importante: o formato do diagnóstico por meio de listas de sintomas claramente objetivados, criando critérios claros de inclusão e exclusão nas categorias, converge perfeitamente com os ensaios clínicos randomizados realizados pela indústria farmacêutica para testar a eficácia de novos medicamentos (p.465). Nesse ponto, é importante assinalar os aspectos do que antes referimos como uma leitura “externalista” dos processos em questão (Canguilhem, 2012, p.7): o sucesso do DSM-III está articulado a um processo que envolveu a medicina como um todo, a pesquisa em farmacologia e o mercado de medicamentos. Na década de 1960, haviam-se institucionalizado nos EUA os estudos randomizados, duplo-cegos, como procedimento apropriado para estabelecer a validade científica dos medicamentos e para que sua comercialização fosse autorizada pela agência governamental responsável, a Food and Drug Administration (cf. Healy, 1997; Aguiar, 2004). Nesses estudos, pacientes com o diagnóstico para o qual o medicamento está sendo testado são divididos em dois grupos, um deles recebendo o medicamento, outro recebendo o placebo, sem que nem os médicos nem os pacientes saibam quem está recebendo a substância ativa (daí se chamar duplo-cego). Ao final de um tempo, verifica-se, pela melhora dos sintomas, se o medicamento possui uma eficácia terapêutica estatisticamente superior ao placebo. Uma pré-condição para a realização de um estudo desse tipo é a “confiabilidade” do diagnóstico, a padronização dos diagnósticos, evitando que eles variem segundo as particularidades da abordagem dos médicos ou da relação médico/paciente. É preciso que os pacientes testados tenham sido diagnosticados de forma homogênea. Foi a nova lógica classificatória da DSM-III que trouxe essa possibilidade à psiquiatria.

A exigência de estudos em larga escala ensejou que eles passassem a ser feitos concomitantemente em diferentes países (estudos “multicêntricos”), fomentando, pelo financiamento,

que as pesquisas nesses países passassem a obedecer à nomenclatura do DSM. Também nesse ponto a produção de um diagnóstico “descontaminado” das idiossincrasias regionais e da singularidade de médicos e pacientes, tornada possível pelo DSM, foi uma condição fundamental. Adicionalmente, o fato de que qualquer empresa multinacional interessada em registrar seus medicamentos no mercado norte-americano devesse apresentar os testes de eficácia e segurança segundo essas mesmas exigências acarretou, por fim, a adesão mundial ao novo manual, promovendo a expansão globalizante da psiquiatria norte-americana, em detrimento das tradições francesa e alemã, até então constitutivas da psiquiatria. Nesse sentido, se um dos objetivos que estavam na origem do DSM-III era a uniformização da linguagem na comunicação psiquiátrica em nível mundial, isso foi plenamente atingido e impulsionou a ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante na psiquiatria não apenas norte-americana, mas mundial. Os estudos randomizados passaram a ser a marca de uma medicina “científica”, e o DSM-III permitiu à psiquiatria aplicar as mesmas metodologias de pesquisa das outras áreas da medicina, impulsionando assim um processo chamado de “remedicalização” da psiquiatria.

Desse processo fez parte também a transposição da noção médica de “síndrome”, ou de diagnóstico sindrômico, da medicina geral para a psiquiatria (Aguiar, 2004, p.76 e s.). Uma síndrome é um conjunto de sinais e sintomas que se manifestam na ocorrência de doença. Eles não “são” a doença, fazem parte dela, mas em geral são inespecíficos, podendo pertencer a outras doenças. Na medicina geral, a passagem da síndrome para o diagnóstico nosológico (a “doença”) normalmente é feita pela identificação de um “marcador biológico” (por exemplo, a identificação por exame do agente causador de uma doença infecciosa, a identificação de uma lesão etc.). Nas doenças psiquiátricas não se encontra o marcador biológico; daí os diagnósticos serem “sindrômicos”: designam um conjunto de sinais e sintomas ignorando o processo patológico de base (seja ele biológico ou psicológico). A própria substituição do termo “doença” por “transtorno”, como já dissemos, participa disso. No entanto, como vimos, o DSM-III foi uma inflexão no sentido de livrar o diagnóstico psiquiátrico do alto grau de abertura e indeterminação que ele apresentava, torná-lo, por assim dizer, mais “objetivo”. Nesse sentido, e por tudo o que acabamos de mencionar, o processo de “remedicalização” da psiquiatria acabou por fazer do medicamento o marcador biológico que viria a dar comprovação científica à existência de determinado transtorno (Aguiar, 2004, p.82-84).⁸

É bem sugestivo de uma remedicalização biologizante da psiquiatria que, a propósito da categoria de “distúrbio mental orgânico” (isto é, com causação orgânica identificável, por exemplo, por intoxicação, causas vasculares, quadros metabólicos, senis), o manual chegue a afirmar que a existência dessa categoria não implica que os demais distúrbios não tenham base orgânica. “Ao contrário, é suposto que todos os processos psicológicos, normais ou anormais, dependem de função cerebral” (APA, 1989, p.106). Em outras palavras, o manual é capaz de se proclamar “ateórico” no sentido de excluir as teorias etiológicas, ao mesmo tempo que afirma uma delas, além de operacionalmente funcionar no sentido de favorecê-la.

Quanto aos efeitos na esfera das representações sociais do indivíduo, Russo e Venancio (2006) sublinham que o pressuposto fisicalista que permeia toda a lógica de abordagem da doença mental do manual disseminou-se na sociedade. A objetivação extrema das categorias diagnósticas levou a uma proliferação de classificações. A supressão da categoria

de “neurose” “liberou” os diversos mal-estares subjetivos que acometem todo sujeito para que fossem “alocados” nessas novas categorias, hiperespecificadas. “Transformá-los [os mal-estares da subjetividade] em doenças discerníveis, delimitadas e palpáveis implica abandonar toda empresa de autoconhecimento e trabalho sobre si implicados na psicanálise” (Russo, Venancio, 2006, p.468). Os mal-estares da vida foram sendo pouco a pouco definidos em termos não mais subjetivos, porém médicos, e, na própria expectativa dos indivíduos, tratados medicamente. Em nível coletivo, isso participou do engendramento de grupos identitários, reunindo sujeitos identificados pelo pertencimento a determinada patologia (p.465), não por acaso um fenômeno tipicamente norte-americano, que se globaliza rapidamente. No nível da clínica, tem induzido ao tratamento prioritariamente farmacológico dos quadros de ansiedade e depressão, neurótico-obsessivos e das vicissitudes da vida sexual – indução reforçada pelos meios de comunicação que reificam noções como “síndrome do pânico”, “transtorno obsessivo-compulsivo”, “disfunção erétil”, “transtorno de estresse pós-traumático”, “deficit de atenção e hiperatividade” e outras. A validade clínica maior ou menor de cada uma dessas categorias mereceria ser discutida separadamente, o que obviamente escapa às possibilidades deste artigo. Entre elas, o transtorno do *deficit* de atenção/hiperatividade (TDA/H) é especialmente delicado por implicar a medicalização de crianças cujas idiosincrasias individuais são convertidas em critérios diagnósticos de uma suposta doença neuropsiquiátrica, acarretando ainda efeitos específicos na relação dos pais com a subjetividade dos filhos, como demonstra Lima (2005).⁹

O abandono das entidades nosográficas fortes da tradição psiquiátrica em favor de uma classificação pretensamente imune ao equívoco é pleno de consequências no plano da clínica. Isso é apontado pelos próprios psiquiatras. Banzato (2011, p.1) afirma que “o tipo de modelo diagnóstico” praticado pela CID-10 e pelos DSMs “deixa o julgamento clínico em segundo plano” e produz certa “superficialização da psicopatologia, como se os sintomas fossem evidentes e precisassem apenas ser contados”. Aguiar (2004, p.22) cita inúmeros psiquiatras, principalmente norte-americanos, que convergem na afirmação de que, com o advento dos critérios exclusivamente baseados nas descrições sintomáticas, “o campo de intervenção da clínica psiquiátrica vem progressivamente se restringindo ao controle farmacológico dos sintomas, deixando de lado a tradição clínica que colocava no centro do tratamento a relação terapêutica”. Lima (2012) analisa especificamente os efeitos para o pensamento clínico da eliminação de certas categorias associadas à psicanálise, como, por exemplo, a “psicose infantil” (substituída pela classe dos “transtornos globais do desenvolvimento”) e a “neurose”: “Quando isso ocorre, há uma influência direta no uso cotidiano dessa noção por parte dos profissionais – e, secundariamente, também pelos pacientes e pela população em geral –, que passaram a utilizá-la cada vez menos e, no limite, a acreditar que a neurose ‘não existe’” (Lima, 2012, p.105; destaque no original). É o mesmo raciocínio que temos sustentado acerca da psicose.

A desaparecimento da categoria “psicose” como substantivo, isto é, o nome de uma condição psiquiátrica de fundo, produziu uma dificuldade cada vez maior de se reconhecer um funcionamento psicótico, que antes era identificado mesmo na ausência de alucinações e delírios. Um dos efeitos que podem ser sentidos no trabalho nas instituições psiquiátricas (por exemplo, nos serviços de recepção e emergência psiquiátrica) é um aumento do

diagnóstico de “transtorno de personalidade”. Vimos que o DSM-III sugeriu que certos quadros antes reconhecidos como psicóticos, mas que não apresentam delírios e alucinações, “possivelmente” deveriam ser diagnosticados como transtornos de personalidade (APA, 1989, p.199). Essa categoria é das mais controversas da prática clínica e, sem dúvida, a que mais carrega o risco de uma abordagem moral do paciente. Ainda que seja preciso considerar a existência atual de diferentes tipos de transtorno de personalidade (*borderline*, esquizoide, histriônico, antissocial e outros), Dalgalarondo (2000, p.165) observa que ela já foi chamada de “insanidade moral”, “psicopatia” e “transtorno ou neurose de caráter”. Nos serviços de saúde mental, esse diagnóstico eventualmente vem acompanhado de certa reserva em relação ao paciente, pois, afinal, personalidade é doença ou caráter? A categoria de “transtorno de personalidade” merece uma abordagem mais rigorosa, que foge ao escopo deste trabalho, mas que esperamos poder fazer em outra oportunidade.

Em trabalho anterior, juntamente com o psiquiatra Eduardo Rocha (Rocha, Tenório, 2004), observamos que o fato de a esquizofrenia ter-se tornado o modelo para as psicoses deu relevância a uma abordagem da doença mental em termos da polaridade surto (ou crise) *versus* estabilização. Isso fez prevalecer a visão de que a psicose é um fenômeno sempre disruptivo e que seu tratamento se dirige a rearrumar o que o surto desarranjou. Perdeu-se a ideia de uma continuidade, uma concatenação entre os elementos que estão presentes aquém e além do surto. O tratamento foi reduzido à supressão dos fenômenos produtivos, acrescida da “normalização” ou reabilitação psicossocial. Nesse aspecto, os objetivos de reabilitação psicossocial que com boas razões norteiam o modelo assistencial em saúde mental se prestam a essa redução a um ajustamento funcional – em si mesmo positivo, mas que não pode deixar de fora a leitura clínica dos fenômenos psicóticos como uma espécie de assinatura do sujeito. Com isso, podem-se produzir diferentes cisões, separações artificiais na abordagem dos casos. Por exemplo, entre tratar (reduzido a “medicar”) e cuidar (reduzido a “reabilitar”). O psiquiatra trata, isto é, reduz o surto, e os outros trabalhadores da saúde mental cuidam da reabilitação social. Ou o reverso: a ideia de que tratar é igual à reabilitação social, com o conseqüente desdém pela psicopatologia e pelo trabalho do psiquiatra.

Dois movimentos importantes foram feitos: com a esquizofrenia, fez-se equivaler psicose a perda da realidade (por meio de delírios e alucinações), dissociação, desagregação e *deficit*. Com os transtornos bipolares, reduziu-se a psicose à presença acessória dos fenômenos de alucinação e delírio. Perdeu-se a unidade das psicoses por meiodos elementos estruturais que demarcam sua especificidade, e perdeu-se o rigor clínico que fazia o psiquiatra perseguir com cada paciente a apresentação de seus sintomas, as singularidades da evolução, tentando localizar os momentos da psicose e os termos com que se equacionava (cf. Rocha, Tenório, 2004). Perdeu-se, enfim, qualquer aproximação com a ideia da psicose como um funcionamento subjetivo que, diferente de ser um *deficit* das funções psíquicas (afeto, sensopercepção, pensamento, linguagem, vontade, motricidade etc.), é um modo específico pelo qual o sujeito responde às exigências da vida. Neste último sentido, os fenômenos psicóticos apresentados por um paciente, diferentes de ser sem ordem (aludimos ao termo *disorder*), devem ser lidos como uma produção que tem sua lógica própria e que singulariza um sujeito.

Considerações finais

O fato de a esquizofrenia ter subsumido praticamente tudo o que ainda se considera psicose relegou ao esquecimento inúmeras referências semiológicas importantes e descrições acuradas das diversas formas clínicas de psicoses. A quase onipresença da esquizofrenia na clínica psiquiátrica atual da psicose, em especial no campo da saúde mental, faz com que operemos com essa categoria para abordar pacientes e evoluções clínicas que, em algumas situações, teriam sua especificidade mais bem iluminada por outras referências da tradição psiquiátrica. Uma tarefa importante no campo atual de trabalho com as psicoses, portanto, é a de resgatar uma abordagem que recupere a diversidade e a complexidade do que foi englobado pela esquizofrenia e entendido como “disfunção comportamental, psicológica ou biológica”. Para isso, é necessário recuperar o entendimento da unicidade da psicose como condição de fundo, combinada com a diversidade de suas formas clínicas.

A realização dessa tarefa implica, em primeiro lugar, conservarmos a distinção entre neurose e psicose como designando duas formas de constituição e funcionamento de um sujeito. A psicanálise demonstrou que a psicopatologia é sempre a resposta sintomática às exigências maiores que constituem um sujeito: aquelas concernentes à relação com o outro, à sua relação com o que é o objeto de seu desejo, à sua posição na cadeia geracional, às suas responsabilidades de sujeito, enfim. Conforme o sujeito seja psicótico ou neurótico, ele tenderá a responder às injunções capitais da vida de modo diferente. A psicose se caracteriza pela impossibilidade de o sujeito integrar essas dimensões em uma experiência unificada de sujeito. As alucinações, o delírio e as ocorrências corporais da psicose, lidas com Lacan, vêm no lugar da elaboração simbólica desses elementos, impossível para o sujeito. Em vez de ser meros “erros” por relação a um funcionamento normal, elas podem ser lidas como declinando não apenas o fracasso, mas também a resposta específica do sujeito diante das exigências da vida.

Nesse sentido, um segundo passo é o seguinte: considerando a diversidade das formas clínicas da psicose que conhecemos, como entendê-la na referência ao pressuposto da psicose como um processo psicopatológico de base, como compatibilizá-la com o pressuposto da unicidade da psicose? Paranoia, esquizofrenia, mania, melancolia, automatismo mental, síndromes de falso reconhecimento, os delírios passionais, o delírio hipocondríaco e sua forma extrema, a síndrome de Cotard – lidos com a psicanálise, esses quadros clínicos declinam uma relação do sujeito com os elementos constitutivos da nossa experiência de sujeitos, que emergem diretamente de nossa dependência à linguagem, já mencionados acima: a relação com o outro, com o objeto, com o corpo, com o sexual, com a razão, com a imagem, com a própria linguagem, com a experiência de si. Em todas essas manifestações clínicas da psicose, podemos reconhecer um sujeito às voltas com a impossibilidade de integrar e elaborar essas dimensões constitutivas do humano, mas, ainda assim, referido a elas.

É interessante observar como a “paranoia” e a “melancolia” são ainda hoje termos da cultura, mesmo tendo sido renegados pela psiquiatria oficial há pelo menos vinte anos. Isso mostra o peso simbólico que esses conceitos carregam e transmitem. A força desses termos – é o que propomos – possivelmente tem a ver com o fato de que a paranoia e a melancolia são dimensões que nos concernem a todos, que vez ou outra se apresentam para cada um,

mesmo para os “normais”; não são dimensões das quais podemos nos desembaraçar dizendo que pertencem apenas ao outro, tão distante. Se chamamos a atenção para isso, não é tanto para cultivar a nostalgia desses termos. Trata-se antes de sublinhar as consequências da redução formal da psicose à esquizofrenia, que parece restar como a última noção da psiquiatria que talvez ainda possa presentificar para a sociedade o peso simbólico, a marca de gravidade da loucura. Pelo menos enquanto não for inteiramente neutralizada, como noção e mistério, pela perspectiva biológico-cognitiva. Ao se reduzir a psicose a um quadro deficitário ou à ocorrência acessória de delírios e alucinações, além de se produzir um desconhecimento clínico dessa condição, produz-se uma operação que a afasta de nossa própria condição. Para fazer frente a isso, é preciso que o saber prático e teórico construído em torno e a partir da noção de “psicose” continue a ser desenvolvido por aqueles que se interessam pela loucura não como transtorno, como desordem que pode ser regulada, mas como fenômeno que ilumina os fundamentos e interroga os limites e contradições da condição humana.

AGRADECIMENTOS

Trabalho desenvolvido no âmbito da pesquisa que resultou na tese de doutorado em teoria psicanalítica *Automatismo mental, desespecificação pulsional e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose*, defendida na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2012. A pesquisa foi parcialmente financiada pela Capes. Agradeço a Fernanda Costa-Moura a orientação indispensável na pesquisa e na elaboração da tese e na redação final do presente artigo. Antes, a questão foi trabalhada no âmbito do Centro de Estudos do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e também no Tempo Freudiano Associação Psicanalítica. Nos dois lugares, o trabalho de Eduardo de Carvalho Rocha, Francisco Leonel Fernandes e Marta Macedo contribuiu amplamente para o encaminhamento das questões aqui abordadas.

NOTAS

¹ Seria impossível, no escopo deste artigo, abordar a complexidade das questões que envolvem a constituição e a genealogia do discurso psiquiátrico, bem como o poder psiquiátrico (Foucault, 2006). Nossa ênfase é nas suas transformações recentes em termos da nosografia e nas consequências para a abordagem da principal doença mental, a psicose.

² É curioso ver como, nos dias de hoje, no mesmo movimento em que a psiquiatria atual dispensa a categoria “psicose”, ela começa a perder sua especificidade em relação à neurologia. Tem-se reduzido, por sua própria iniciativa, a uma neuropsiquiatria, e corre o risco de se tornar uma forma menor de neurologia. Como afirmou o psiquiatra francês Jean-Jacques Tyszler (comunicação pessoal, 15 abr. 2009): “A psiquiatria é a disciplina da forma como os sujeitos colocam suas grandes questões. Não cada patologia, mas aquela senhora ou aquele senhor. Como cada um fala do enfrentamento de suas questões. Se o médico não se interessar por isto, deve fazer neurologia”.

³ Foge ao escopo deste trabalho reconstituir o percurso do termo “neurose”, desde sua criação por William Cullen, em 1769, para afirmar, no âmbito da nascente neurologia, a origem orgânica das doenças nervosas, até Freud, que deu ao termo seu estatuto nosográfico definitivo, de designar uma condição de origem psíquica ligada a conflitos inconscientes, vindo a compor a tríade que doravante organizou a clínica do mental: neurose, psicose e perversão. Para uma primeira aproximação, remetemos a Postel (2003, p.304-308).

⁴ Nessa e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

⁵ Essa forma particular de existência “fora do sujeito”, sem subjetividade, corresponde à noção lacaniana de “foraclusão”, mecanismo que, para Lacan, está na base da psicose. Na neurose, o sujeito é constituído pela interiorização e simbolização desses elementos, recalcados. Na psicose, eles não são simbolizados, ficam “foraclusidos”, e retornam, segundo Lacan, “no real”, vale dizer como fenômenos delirantes alucinatórios, que se caracterizam por aparecem como externos ao sujeito e pela ausência de dialética subjetiva. Não cabe desenvolver aqui a teoria de Lacan sobre a psicose. Remetemos ao trabalho já citado de Lacan (1992).

⁶ Citamos a revisão publicada em 1987, chamada DSM-III-R (terceira edição revista).

⁷ Esta situação se complica no DSM-5, recém-publicado (APA, 2013), no qual o capítulo dedicado à esquizofrenia se intitula “Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”. O problema de um diagnóstico espectral da esquizofrenia merece uma abordagem mais cuidadosa, que esperamos poder fazer oportunamente, no bojo das repercussões e dos efeitos práticos do DSM-5, que ainda não puderam ser medidos, especialmente no Brasil. Outro ponto do DSM-5 que exige uma análise rigorosa é a categoria “síndrome da psicose atenuada” (APA, 2013, p.783-786), que consiste na presença de sintomas psicóticos atenuados, que são *psychosis-like*, mas não cruzam o limiar de uma síndrome psicótica completa. O horizonte sombrio dessa classificação é a medicalização preventiva. Essa categoria está colocada no capítulo das “Condições para estudo posterior”, ainda sem reconhecimento oficial para uso clínico. Sabe-se que ela veio no lugar do enquadramento “síndrome de risco para a psicose”, inicialmente proposto (cf. Oliveira, 2012).

⁸ Sobre a questão do medicamento na psiquiatria, na medicina e na sociedade, remetemos a Healy (1997) e Pignarre (1999).

⁹ Não trabalharemos aqui a noção de “biopolítica” (Foucault, 1997), que subjaz ao que estamos estudando. Embora um poder exercido pela ideia de “promoção da saúde” e pela “normalização dos anormais” (Birman, 2007), levando à medicalização do social, esteja presente no DSM, não seria possível tematizá-la conceitualmente no âmbito deste artigo com o rigor e a extensão necessários. Esperamos poder abordar essa discussão em outra oportunidade.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, Karl.

Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago. 1970.

AGUIAR, Adriano Amaral de.

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

APA.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing. 2013.

APA.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição, texto revisado, DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed. [2000] 2002.

APA.

American Psychiatric Association. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais, terceira edição, revisto, DSM-III-R*. São Paulo: Manole. [1987] 1989.

APA.

American Psychiatric Association. *Diagnosis and statistical manual of mental disorders, third edition, DSM-III*. Washington: American Psychiatric Association. 1980.

BANZATO, Claudio.

Entrevista a *Com Ciência*. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. 2011. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&tipo=entrevista&edicao=64>. Acesso em: 17 maio 2012. 2011.

BERCHERIE, Paul.

Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1989.

BIRMAN, Joel.

A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.14, n.2, p.529-548. 2007.

BLEULER, Eugen.

Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. Paris: Epel; Clichy: Grec. 1993.

CACHO, Jorge.

De la Verrücktheit à la paranoïa. *Le Trimestre Psychanalytique*, n.4, p.13-20. 1991.

CANGUILHEM, Georges.

O objeto da história das ciências. In: *Estudos de história e de filosofia das ciências: concernentes aos vivos e à vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.1-16. 2012.

CZERMAK, Marcel.

O que é um fato clínico? *Revista Tempo Freudiano*, n.10, p.111-132. 2013.

DALGALARRONDO, Paulo.

Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed. 2000.

EY, Henri; BERNARD, Paul; BRISSET, Charles.

Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson; Atheneu. s.d.

FOUCAULT, Michel.

O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

FOUCAULT, Michel.

Nascimento da biopolítica. In: *Resumo dos cursos*

- do Collège de France (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1997.
- FREUD, Sigmund.
Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoides) descrito autobiográficamente. In: Freud, Sigmund. *Obras completas*, v.12. Buenos Aires: Amorrortu. 1995.
- FREUD, Sigmund.
Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: Freud, Sigmund. *Obras completas*, v.3. Buenos Aires: Amorrortu. 1994a.
- FREUD, Sigmund.
Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias). In: Freud, Sigmund. *Obras completas*, v.3. Buenos Aires: Amorrortu. 1994b.
- FREUD, Sigmund.
Neurosis y psicosis. In: Freud, Sigmund. *Obras completas*, v.19. Buenos Aires: Amorrortu. 1993.
- GARRABÉ, Jean.
História da esquizofrenia. Lisboa: Climepsi. 2004.
- GARRABÉ, Jean.
Dictionnaire taxinomique de la psychiatrie. Paris: Masson. 1989.
- HEALY, David.
The anti-depressant era. Cambridge: Harvard University Press. 1997.
- JUNG, Carl Gustav.
Psicogênese das doenças mentais. Petrópolis: Vozes. 1986.
- KAHLBAUM, Karl.
A catatonia ou a loucura da tensão. In: Alberti, Sonia (Org.). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; Marca D'Água. 1999.
- KRAEPELIN, Emil.
A demência precoce, 1ª parte (do Lehrbuch der Psychiatrie, 8ª ed.). Lisboa: Climepsi. 2004.
- LACAN, Jacques.
O seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992.
- LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve.
A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1997.
- LIMA, Rossano Cabral.
Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: Kyrillos Neto, Fuad; Calazans, Roberto (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais. 2012.
- LIMA, Rossano Cabral.
Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 2005.
- NOBRE DE MELO, Augusto Luís.
Psiquiatria, v.2: psiquiatria clínica: aplicações psiquiátrico-legais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1979.
- OLIVEIRA, Stephan Malta.
Os alcances e limites da medicalização de risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria? *Physis*, v.22, n.1, p.291-309. 2012.
- OMS.
Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. [1992] 1993.
- PEREIRA, Mario Eduardo Campos.
Nouvelles perspectives pour le diagnostic psychiatrique: les formulations idiographiques. Campinas: Departamento de Psicologia Médica e de Psiquiatria da Unicamp. (Mimeo.). 2004.
- PEREIRA, Mario Eduardo Campos.
Questões preliminares para um debate entre psicanálise e psiquiatria no campo da psicopatologia. In: Couto, Luis Flavio Silva (Org.). *Pesquisa em psicanálise*. Belo Horizonte: Segrac. p.43-54. 1996.
- PIGNARRE, Philippe.
O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Editora 34. 1999.
- POSTEL, Jacques.
Dictionnaire de la psychiatrie. Paris: Larousse. 2003.
- RANCHER, B. et al.
Bleuler, entre psychiatrie et psychanalyse? In: Bleuler, Eugen. *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris: Epel; Clichy: Grec. p.9-35. 1993.
- ROCHA, Eduardo de Carvalho; TENÓRIO, Fernando.
Considerações sobre a clínica da psicose no campo da saúde mental. Tempo Freudiano Associação Psicanalítica. Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/artigos/detalhe.asp?cod=41>. Acesso em: 12 jul. 2012. 2004.
- RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa.
Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM-III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.9, n.3, p.460-483. 2006.
- SCHREBER, Daniel Paul.
Memórias de um doente dos nervos. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1995.