

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais e a psicose

Roberto Calazans *

Thayane Bastos

Resumo

O artigo visa analisar como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais define e utiliza o termo psicose. Para isso, realizamos uma prospecção do termo psicose no DSM-IV-TR e depois o cotejamos com as definições clássicas da psicopatologia psicanalítica. O modo como o termo psicose é utilizado no manual em questão reflete uma perspectiva descritivista, insuficiente para a clínica, já que o saber ali utilizado não passa da ordem da frequência da ocorrência de fenômenos específicos que induzem o tratamento a procedimentos farmacológicos ou adaptativos. Assim, concluímos que, para se pensar o diagnóstico e a condução de um tratamento do sofrimento psíquico, devemos nos inserir no debate sobre as consequências subjetivas de uma não implicação nas diversas manifestações singulares no campo do sofrimento psíquico na contemporaneidade.

Palavras-chave: Psicanálise-Psicose-DSM-IV-TR-Transtornos psicóticos.

The Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders and psychosis

Abstract

This paper aims to analyze how the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders defines and uses the term psychosis. For this, we conducted a survey of the term psychosis in DSM-IV-TR and then we compare with the classical definitions of psychoanalytic psychotherapy. The way the term psychosis is used in the manual in question reflects a descriptivist perspective, insufficient to the clinic, since knowing there is no more used in the order of frequency of occurrence of specific phenomena that induce pharmacological treatment procedures or adaptive. Thus, we conclude that, to think about diagnosis and directing treatment of mental suffering, we must enter into the debate about the subjective consequences of a lack of involvement in the various manifestations unique in the field of psychological distress in contemporary times.

Keywords: Psychoanalysis-Psychosis-DSM-IV-TR - psychotic disorders.

Introdução

Neste artigo problematizaremos como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR (DSM-IV-TR) faz uso da categoria de psicose, diferentemente da neurose que sofreu um processo de extinção nos manuais estatísticos, a psicose sofreu um processo de fragmentação, tornando-se um caso dentro de um agrupamento de transtornos denominados "Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos". A maneira descritiva como o termo psicose é utilizado é, a nosso ver, insuficiente para a clínica, uma vez que o saber ali utilizado não passa da ordem da frequência da ocorrência de fenômenos específicos. Esse procedimento induz ao tratamento preferencialmente farmacológico, sem articular uma teoria que explique os fenômenos descritos. Por isso, nosso objetivo é apresentar um contraponto psicanalítico à noção epidemiológica da psicose tal como é definida pelo DSM-IV-TR.

Desenvolvimento

Breve origem do DSM-IV-TR

O registro estatístico de transtornos mentais começou a partir do censo de 1840 nos Estados Unidos com a assinalação da frequência de uma "categoria" específica, a saber, a de idiotismo/insanidade. No ano de 1880, a partir da realização de um censo em instituições psiquiátricas nos Estados Unidos, as categorias de doenças mentais passariam para sete: mania; melancolia; monomania; parestia; demência; dipsomania; e, finalmente, a epilepsia. A partir de 1917, foi formulada uma maneira de coleta de dados estatísticos entre os hospitais psiquiátricos. Os dados foram revisados em 1934 para a primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana. Essa nomenclatura funcionava mais como uma classificação estatística do que como um manual diagnóstico.

Em 1948 foi publicada a primeira versão da

* Universidade Federal de São João del Rei, Brasil. E-mail: calazans@gmail.com

Classificação internacional de Doenças (CID) que apresenta uma seção para os transtornos mentais, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana elaborou uma classificação própria para os Estados Unidos, publicando o que passou a ser considerado como a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) e era centrado em torno de noções explicitamente psicanalíticas. Posteriormente, em 1968, a edição do DSM-II retirou o termo "reação" que reflete o entendimento de doença mental como uma reação a problemas da vida. Amaral (2004, p. 27) afirma que há também uma forte influência da psicanálise nesta edição do DSM com a utilização recorrente de termos como "mecanismos de defesa" e "neurose".

Em 1980 a terceira versão do DSM foi publicada. O DSM-III visava embasar sua classificação empiricamente, incluindo critérios diagnósticos objetivos e claramente definidos com o sistema de avaliação multiaxial que compreende: transtornos clínicos (Eixo 1), transtornos de personalidade e desenvolvimento (Eixo 2), condições e distúrbios físicos (Eixo 3), escalas de avaliação para a gravidade dos estressores sociais (Eixo 4) e avaliação global do funcionamento (Eixo 5). No entanto, como diz Juan Carlos Stagnaro (2012, p.218), esse modelo na prática se reduz ao uso dos eixos 1 e 2.

O modelo de avaliação multiaxial parte do pressuposto de que existe um contínuo entre normal e patológico e que a diferença entre eles está na frequência dos comportamentos evidenciados. Há aqui um posicionamento claro de uma perspectiva "ateórica" do DSM, com a afirmação de que a psiquiatria não conhece as causas dos transtornos e que, por isso, ela se perdia em querelas estereis que não permitiriam pesquisas e tratamentos adequados. O DSM-III é publicado como proposta ataque ao embasamento teórico que existia nas formulações anteriores, justificando a falta de uma etiologia dos transtornos mentais. Houve uma revisão do DSM-III em 1987, gerando a publicação do DSM-III-R.

Em 1994, a Associação Psiquiátrica Americana (A.P.A.) publica o DSM-IV dando continuidade ao caráter descritivo e ateuórico do DSM-III e rompendo com as descrições psicanalíticas. Tal elaboração foi co-realizada com o capítulo sobre transtornos mentais do CID-10 numa colaboração da A.P.A. e a Organização Mundial de Saúde. Em 2000, o DSM-IV foi revisado (DSM-IV-TR). No ano de 2013 foi lançado sua última revisão intitulada de DSM-V.

A psicose no DSM-IV-TR

Analisemos agora como o manual em questão trata o termo psicose assim como os transtornos associados como os de Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Devido à Condição Médica Geral, Transtorno Psicótico Induzido por Substâncias, Transtorno Psicótico Induzido e Transtorno Psicótico

Sem Outra Especificação.

Para tanto, é relevante trazer a definição de transtorno psicótico contida no DSM-IV-TR. Tal definição tem dois níveis que vai de uma mais restrita a uma mais ampla. No caso de uma definição mais restrita, a psicose vai ser caracterizada a partir da presença de delírios e alucinações, sendo que estas últimas não aconteceriam com insight de sua natureza patológica. E uma conceituação nem tão restrita vai considerar a presença de alucinações proeminentes que o indivíduo percebe como sendo experiências patológicas. Uma definição bem mais ampla vai considerar, além das alucinações e delírios, os sintomas positivos da Esquizofrenia tais como o discurso desorganizado e o comportamento amplamente desorganizado ou catatônico (A.P.A., 2004).

Cabe ressaltar que nas versões anteriores do DSM, o transtorno psicótico era chamado de transtorno mental psicótico. Ele se caracterizava pela gravidade do prejuízo funcional, ou seja, prejuízo que interferiria amplamente na capacidade de atender às exigências da vida, ou ainda em uma perda dos limites do ego ou amplo prejuízo no teste de realidade. Para os autores do DSM-IV-TR essa definição era muito abrangente e superficial, sem se ater a um debate conceitual maior. Por essa razão, mas sem maiores argumentações, eles defenderam que o agrupamento feito em termos mais restritos e mais amplos é um facilitador do diagnóstico diferencial dos transtornos que incluem sintomas psicóticos como um aspecto proeminente de sua apresentação, afirmando que não há etiologia comum entre eles (A.P.A., 2004, p.303).

Para o DSM-IV-TR, a Esquizofrenia é uma perturbação que dura no mínimo 6 meses, com 1 mês de dois ou mais dos seguintes sintomas da fase ativa que refletem um excesso ou distorção de funções normais: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, além de sintomas negativos que refletem diminuição ou perda das funções normais, sendo eles: embotamento afetivo, alogia (restrições na fluência e produtividade do pensamento), avolição ou abulia (restrições na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo) (A.P.A., 2004, p. 303). Há ainda, como critério diagnóstico, a presença de delírios bizarros - claramente implausíveis e incompreensíveis não derivados de experiências comuns da vida além da perda de controle sobre o corpo e a mente e a presença de alucinações auditivas. (A.P.A., 2004, p. 303).

O DSM-IV-TR divide a Esquizofrenia em 5 subtipos, sendo eles: A Esquizofrenia Paranoide, que se caracteriza pela presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto (A.P.A., 2004, p. 317); a Esquizofrenia tipo Desorganizado, sendo o tipo com predominância de discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado (A.P.A., 2004, p. 318); a Esquizofrenia tipo Catatônico, que tem como características a acentuada perturbação psicomotora envolvendo imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo negativismo, mutismo,

peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia (A.P.A., 2004, p. 318); a Esquizofrenia tipo Indiferenciado, que seria aquela em que há presença de delírios, mas não se encaixam em nenhum outro subtipo (A.P.A., 2004, p. 319); e por fim, a do tipo Residual, em que houve um episódio de esquizofrenia, mas no quadro clínico atual não apresenta sintomas psicóticos proeminentes (A.P.A., 2004, p. 319).

O Transtorno Esquizofreniforme, por sua vez, é definido como um quadro sintomático equivalente à esquizofrenia, exceto por sua duração (inferior a 6 meses) e ausência de um declínio no funcionamento (A.P.A., 2004, p. 304).

Já o Transtorno Esquizaafetivo caracteriza-se pela existência de uma perturbação na qual um episódio de humor e sintomas negativos da esquizofrenia ocorrem simultaneamente e foram precedidos ou seguidos por duas semanas ou mais de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor. Nesse sentido, há dois subtipos de Transtorno Esquizaafetivo: o Tipo Bipolar, quando há episódio maníaco ou episódio misto; e o Tipo Depressivo, quando há apenas episódios depressivos maiores. Não há uma definição clara do que seriam os episódios maníaco e depressivo, há apenas a afirmação de que indivíduos com tal transtorno têm maior risco de desenvolver um Transtorno de Humor Puro (A.P.A., 2004, p. 323).

O principal critério para se determinar um diagnóstico de Transtorno Delirante diz respeito à "presença de um ou mais delírios não bizarros que persistem pelo período mínimo de um mês" (A.P.A., 2004, p.326). Para o diagnóstico do referido transtorno podem se sobressair as alucinações táteis ou olfativas desde que relacionadas ao tema do delírio. O manual apresenta sete subtipos do Transtorno Delirante, os quais são formulados de acordo o tema específico presente no delírio: erotomaníaco, grandioso, ciumento, persecutório, somático, misto, "inespecificado".

O Transtorno Psicótico Breve é diagnosticado quando há uma perturbação psicótica que dura pelo menos um dia e tem remissão dentro de um mês, devida ou não a um importante fator desencadeante ambiental ou com início no período pós-parto. (A.P.A., 2004, p. 304).

O Transtorno Psicótico Induzido, por sua vez, é uma perturbação desenvolvida por influência de outro com delírio estabelecido de conteúdo similar, ou seja, há o compartilhamento do delírio entre duas pessoas (A.P.A., 2004, p. 304).

Já o Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica geral é definido pelo manual como sendo aquele em que os sintomas psicóticos são consequência de uma condição médica. Tal transtorno é dividido em Com Delírios, se os delírios predominam e Com Alucinações, se há predominância de alucinações (A.P.A., 2004, p. 304).

O Transtorno Psicótico Induzido por Substância é diagnosticado quando os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, medicação ou exposição à determinada substância, há duas subdivisões

equivalentes as do Transtorno Psicótico Devido a Condição Médica geral (A.P.A., 2004, p. 304).

Por fim, o Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação é uma categoria incluída para classificar os quadros psicóticos que não satisfaçam os critérios para as condições ditas acima, ou então para aquelas sobre as quais não existam informações em quantidade e qualidade necessárias para o diagnóstico (A.P.A., 2004, p. 343).

Fica evidente que a pretensão do manual em estabelecer uma orientação diagnóstica a partir de critérios operacionalmente definidos para ignorar proposições teóricas, contribuindo para a produção excessiva da fragmentação dos quadros clínicos, limitando a singularidade e a participação do sujeito no processo diagnóstico e terapêutico. Como podemos verificar no projeto de lançamento do DSM-V, onde serão adicionados quatro subtipos de Transtornos Psicóticos (Transtorno de Personalidade Esquizotípica, Síndrome Atenuada de Psicose, Transtorno Catafônico Associado a uma Condição Médica Conhecida e Transtorno Catafônico Não Especificado, A.P.A., 2011).

A psicose na história da psicopatologia e na teoria freudiana

Como foi mencionado anteriormente, o DSM-IV-TR afirma que o agrupamento dos transtornos psicóticos não passa de um facilitador do diagnóstico diferencial dos transtornos que incluem sintomas psicóticos e que não há etiologia comum entre eles (A.P.A., 2004, p.303). Percebemos que a questão etiológica da psicose está historicamente inserida em um debate dicotômico entre somaticistas e psiquistas desde o século dezanove. De um lado temos uma abordagem médica, baseada em pressupostos biológicos e amparada em um método anatomo-clínico; de outro lado, uma perspectiva preponderantemente psíquica. Fica claro, que a supremacia do discurso somaticista está em voga nos dias atuais, como vemos implicitamente nos postulados do DSM-IV-TR, no modo de se fazer o diagnóstico, bem como na orientação do tratamento que é consequência de tal manual (um tratamento psicofarmacológico). Nesse sentido, temos atualmente uma proliferação de diagnóstico de psicose proveniente dessa categorização que privilegia somente a manifestação sintomática, principalmente nos manuais utilizados hegemonicamente no contexto da saúde mental.

Para um melhor entendimento do conceito de psicose, buscamos um histórico dos estudos sobre neurose e psicose em Jean Claude Maleval (1980). Segundo o autor, o termo psicose foi introduzido no estudo dos sofrimentos psíquicos em 1845 pelo Barão Ernest Von Feuchtersleben, médico vienense. Esse termo se referia a um estágio demencial de uma alienação mental. Já o termo neurose surgiu em 1777 pelo escocês William Cullen. O termo psicose não se opunha ao de neurose; pelo contrário, a psicose ali é uma classe particular de neurose. Como definiu Von Feuchtersleben: "Toda psicose é ao mesmo tempo uma neurose porque, sem a intervenção da via nervosa,

nenhuma modificação do psíquico se manifesta; mas toda neurose não é igualmente uma psicose." (Maleval, 1980, p. 253)

A fim de melhor entendermos como o conceito de psicose era influenciado pelos estudos sobre a neurose, parece viável trazermos o significado original de neurose. Segundo Maleval (1980), o termo neurose foi introduzido pela escola escocesa de "patologia neural." Ele marca o ápice de estudos realizados ao longo do século XVIII sobre "irritabilidade" e "sensibilidade" dos tecidos orgânicos. Cullen a define como perturbações do sistema nervoso que não são acompanhadas por febre ou devido a lesões localizadas. Em seu *Princípios básicos da prática médica*, ele dividiu as neuroses em "coma" (estados como acidente vascular cerebral ou ataque), "debilidade" (alterações no sistema nervoso voluntário), e "espasmos" (doenças do músculo esquelético como convulsões). A quarta categoria compreende as "insanidades" (são as condições que atingem a compreensão, e são caracterizadas pela falsidade de julgamento). Elas se dividem em mania e melancolia e devem ser separadas de delírios com febre, ou frenesi, em relação à presença de inflamação das vísceras.

Maleval (1980) aponta para uma possível influência que Cullen sofre de Philippe Pinel quando define a quarta categoria de neurose, ou seja, as insanidades, já que de acordo com Pinel, "as neuroses são alterações do sistema nervoso causadas pela irritação do nervo, que pode ser devido à causas singulares ou coletivas (psíquicas ou morais)".

Ainda no final do século XIX, o Tratado de Kraepelin, testemunhou a utilização mais específica do termo. Ele classifica diferentes psicoses (infecciosas, de esgotamento, de involução, maníaco-depressiva), possuindo um referente etiológico orgânico. No entanto, a Neurose, um século após Pinel, perdeu seu lugar de destaque no campo da psiquiatria. Aqui, a neurose já se coloca como o negativo da psicose, por escapar da explicação pelas alterações dos órgãos. Na sexta edição do Tratado, de Kraepelin em 1899, as "neuroses gerais" não constituem senão um dos treze grupos de doenças mentais. Elas se subdividem em loucuras epiléticas, emotivas e hísticas. A restrição ao domínio da patologia devido à irritação dos nervos chega a fazer pensar que uma neurose estaria incluída no grupo da psicose. Outros chegaram a questionar a própria existência das neuroses ou que elas iriam desaparecer com o progresso médico na localização anatômica das doenças. Podemos fazer aqui, uma ligação com a "evolução" da utilização do termo neurose nos DSM's, já que em 1980 com o lançamento do DSM-III e seu posicionamento de uma perspectiva teórica, há uma retirada do termo e um recuo de qualquer influência da psicanálise no mesmo, com a justificativa da ausência de uma etiologia dos transtornos mentais, ou se preferirmos, da falta de um marcador biológico dos mesmos.

Freud é quem dará um novo desenvolvimento nosográfico à neurose, marcando definitivamente sua oposição à psicose, que mais tarde, atravessará toda a psicopatologia. Em 1894, Freud elabora suas

considerações sobre as neuropsicoses de defesa e introduz o termo "psicose alucinatória". Ele utiliza classificações dos sintomas de neurose obsessiva aplicando-os à paranóia. Segundo ele, a diferença entre as duas seria que na paranóia as recriminações são projetadas no mundo exterior e na obsessão elas se mantêm no mundo interior. Aqui, percebemos que começa a emergir na teoria de Freud a importância do papel desempenhado pela sexualidade no sofrimento psíquico, quando o mesmo afirma que havia um tipo de esquecimento de idéias de cunho sexuais inaceitáveis que levava seus pacientes a reações patológicas. De acordo com Freud, "o Ego se defendeu da idéia incompatível através de uma fuga para psicose" (Freud, 1894, p. 72). A partir do fortalecimento de sua formulação etiológica psíquica para o desenvolvimento da neurose é que Freud vai ampliar sua teoria para a psicose e estabelecer a diferenciação entre neurose-psicose e seus mecanismos específicos. Tal pesquisa etiológica dos sofrimentos psíquicos é que vai dar origem à diferenciação de estruturas psíquicas, que trará conseqüências na orientação de um tratamento específico para cada uma delas.

Em 1911 em "Observações psicanalíticas sobre a autobiografia de um caso de paranóia (Dementia paranoides)", Freud buscará as causas desencadeadoras do sofrimento psicótico, a partir das declarações delirantes de Schreber. Nesse trabalho, Freud utiliza os mecanismos frustração - regressão - fixação para estabelecer uma etiologia psíquica do adoecimento de Schreber. Para Freud, a frustração foi a não satisfação de um desejo homossexual, considerando que a causa ativadora de sua doença foi uma manifestação da libido homossexual. O objeto dessa libido foi provavelmente, o médico Flechsig e suas lutas contra o impulso libidinal produziram o conflito que deu origem aos sintomas. A regressão-fixação ocorre quando um componente libidinal não se desenvolve, ou seja, se prende a um estágio infantil. Segundo Freud, na paranóia essa libido é vinculada ao ego e relativa a uma fixação no estágio do narcisismo. Freud vai defender ainda que o mecanismo principal da paranóia, ou da formação do delírio, é a projeção. Segundo ele "uma percepção interna é suprimida e seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa" (1911, p. 73). O que vai caracterizar os delírios de perseguição de Schreber como uma semelhança entre o perseguidor atual com alguém que desempenhou papel importante na vida emocional do paciente antes de sua enfermidade. Freud salienta ainda um aspecto de fundamental importância nos estudos sobre psicose, a saber: que o delírio de Schreber em relação a seu médico e, posteriormente, em relação a Deus, é que dará uma estabilização ao seu conflito. O que de saída retira do delírio o aspecto de um déficit e o coloca no lugar de metáfora para sua estabilização.

Já em *Neurose e Psicose (1924a)* Freud vai fundamentar a neurose e a psicose a partir de uma concepção do aparelho psíquico que articule o Eu, o Isso e o Super-Eu. Nesse sentido, formula uma diferenciação entre neurose e psicose, sendo que "a

neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e o Isso, ao passo que a psicose seria o resultado de uma perturbação nas relações que o Eu mantém com o mundo externo" (1924a, p. 95). Segundo ele, no processo psíquico da psicose o "Eu cria um novo mundo interno e esse mundo é erguido conforme os desejos do Inconsciente, sendo que os impedimentos do mundo externo são impostos à satisfação do desejo que levam à demolição do mesmo" (1924a, p. 97). E o delírio seria uma manifestação de uma espécie de remendo no relacionamento do Eu com o mundo externo. Temos com a elaboração de Freud uma diferenciação entre neurose e psicose a partir da articulação que ocorre entre os mecanismos psíquicos com o mundo interno e o mundo externo e as percepções de cada sujeito a partir de uma privação, ou seja, a não realização de desejos da infância.

Freud vai dar continuidade a sua elaboração anterior das articulações dos mecanismos psíquicos em seu texto A perda da realidade na neurose e psicose (1924b). Aqui Freud vai afirmar que, na verdade, na neurose o Eu é submetido à realidade e recalca uma parte do Isso, enquanto que na psicose, o Eu é colocado a serviço do Isso, afastando-se da realidade. Segundo ele, "a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Isso, a psicose, ela, resulta de um distúrbio equivalente nas relações entre o eu e o mundo exterior" (1924a, p.167). A partir da teorização do mecanismo psíquico da neurose, a saber, o recalque, ou ainda, o retorno do recalcado, formula o mecanismo psíquico da psicose: "O recalque não está em jogo aqui, mas sem dúvida uma subjugação, vale dizer: nós estamos diante de um processo de psicose, não é o inconsciente que foi recalcado, o inconsciente subjugou o Eu preso à realidade" (1924b, p.209). Tal noção de fracasso do recalque e de projeção para o exterior fundamenta o avanço de Lacan sobre a tese segundo a qual faz o retorno no real aquilo que está foracluído no simbólico (1956). A alucinação seria o exemplo mais significativo deste mecanismo. O próprio Freud vai colocar a alucinação como a via das novas percepções que estejam em sintonia com a nova realidade criada (1924b, p. 210), colocando em discussão não apenas a perda da realidade, mas também sua substituição.

Discussão

Na quarta edição, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é definido como sendo um manual voltado para a prática clínica, como um facilitador da comunicação entre pesquisadores e como um instrumento didático para o ensino da psicopatologia. Sua definição descrita é de:

Uma classificação categórica, que divide os transtornos mentais em tipos, com base em conjuntos de critérios com características definitórias. A designação de categorias é o método tradicional de organização e transmissão de informações na vida cotidiana e tem sido a abordagem fundamental usada em todos os sistemas de diagnóstico médico. Uma

abordagem categórica na classificação funciona melhor quando todos os membros de uma classe diagnóstica são homogêneos, quando existem limites claros entre as classes e quando as diferentes classes são mutuamente excludentes (A.P.A., 2004, p. 28).

Embora não fique explícita a noção de "clínica" ali atribuída, podemos inferir que o manual passa a guiar tal prática, segundo as suas pretensões. Afirmar que o DSM-IV-TR é um instrumento voltado para a clínica é, no mínimo, contraditório, se o modelo empírico do DSM ampara-se em dados de prevalência na população e frequência de determinados sintomas, deixando de lado a responsabilidade subjetiva do indivíduo que porta um sofrimento. Como nos lembra Viganò (1999), clínica vem do grego *kline*, leito: o sentido da clínica é que o ensinamento vem dali, do debruçar-se sobre o leito do doente e produzir um saber a partir dele, a partir da presença do sujeito, o ensinamento que se dá do particular do sujeito para o universal.

Ansermet (2003) defende a clínica como método de pesquisa, uma vez que sua prática contribui para estabelecer um saber. Ora, a clínica se constitui a partir da tensão entre singularidade do sujeito e com a generalização da teoria, que é renovada mediada pelo olhar sobre o singular. Como salienta Paul Bercherie (1989), tal método é consciente de si mesmo e é sistemático, de maneira que é realizado a partir de um movimento dialético entre interação entre os métodos de pesquisa, as hipóteses, o saber acumulado, com os fatos, o surgimento de novos meios técnicos e conceituais. Segundo o autor, o que constitui o valor universal da clínica e delimita suas fronteiras, é a forma com olha o mundo da psicopatologia. Para o mesmo, a origem do saber da clínica se dá a partir de uma orientação metodológica particular:

(...) na exploração sistemática do acesso ao real que é aberto por uma dada orientação, passada uma fase de extensão em todas as direções, na qual se efetua a primeira coleta de "fatos" concretos e se fazem as primeiras generalizações sistematizadas, acaba por se acumular toda uma massa de observações fortuitas, de exceções à regra, de fatos difíceis de enquadrar nas doutrinas oriundas da fase de expansão; começa então uma fase gestacional em que se prepara uma mutação conceitual que, integrando os dados irredutíveis à síntese anterior que a freqüentação sistemática da realidade em causa havia fornecido, dá acesso a novas orientações e a uma nova etapa desse processo cíclico, que a espiral ilustraria melhor do que o círculo. (Bercherie, 1989, p. 25)

Não seria desnecessário, então, ressaltar a importância que tem a manifestação do sujeito no fazer clínico. Os próprios autores do DSM-IV-TR ressaltam algumas limitações para o uso do DSM na clínica: "(...) A falta de familiaridade com o DSM-IV-TR ou a aplicação excessivamente flexível e idiossincrática dos critérios ou

convenções do DSM-IV-TR reduzem substancialmente sua utilidade como linguagem comum para comunicação" (A.P.A 2004, p. 29).

Tal manual define-se como descritivo e "a-teórico" e, ao mesmo tempo, tem a pretensão de ser utilizado universalmente, a partir de uma nomenclatura oficial que seja aplicada às diferentes orientações e disciplinas com categorias que se destinam ao registro de diagnósticos e não a fazer diagnósticos. Como aponta Laurent (2011), ao indagar-se acerca das nosografias psiquiátricas atuais, a partir da emergência do DSM-III na década de 1980 nos Estados Unidos, têm-se a proposta de um novo paradigma para a psiquiatria apoiado em três supostos básicos, a saber:

(...) a proposta de estabelecer uma classificação psiquiátrica criteriológica baseada em descrições de sintomas de maneira atórica, a partir dos eixos de observações; (...) da formulação de programas de investigação neurobiológica para estabelecer relação entre os transtornos e uma base fisiopatológica e, conseqüentemente, (...) da ligação de tais transtornos com um tratamento psicofarmacológico. (Laurent 2011, p. 55)

Podemos inferir que tal modelo de avaliação para predição dos resultados limita a singularidade e a participação do sujeito no processo diagnóstico e terapêutico, colocando em xeque a afirmação de um objetivo de orientação clínica do DSM, como é afirmado:

O médico que utiliza o DSM-IV deve, portanto, considerar que os indivíduos que compartilham um diagnóstico tendem a ser heterogêneos até mesmo em relação aos aspectos definidores do diagnóstico e que os casos limítrofes serão difíceis de diagnosticar de qualquer outra forma que não probabilisticamente (A.P.A., 2004, p. 287).

Convém apontar, então, que partindo da perspectiva do DSM-IV-TR, o que vale é a padronização do diagnóstico, excluindo qualquer outra forma de avaliação não condizente com o conteúdo dos critérios adotados que partem da prevalência na população e da frequência de determinados comportamentos. Utiliza-se o termo transtorno mental em detrimento ao termo doença mental e em detrimento à noção de sujeito.

As nosografias criteriológicas, objetivas e atóricas propostas pelo novo paradigma de classificação psiquiátrica (Laurent, 2011), apesar de serem hegemônicas, são insuficientes frente a realidade clínica e, é nesse sentido, que outras formas de classificação surgem nesse campo tão amplo, que é o campo da psicopatologia. Temos, por exemplo, a Guia Latinoamericana de Diagnóstico psiquiátrico da Associação Latino-Americana de Psiquiatria (2003), que propõe como elementos incluídos no diagnóstico, as possibilidades de tratamento, as condições do sistema de saúde e os recursos com que o paciente pode contar para o seu tratamento. Há também, nesse manual, a

reintrodução do termo neurose, excluído do DSM a partir da sua terceira edição.

O DSM-IV-TR, ao resumir a prática clínica à eficácia, deixa em segundo plano o debate sobre a nomenclatura universal utilizada e suas conseqüências no campo da clínica, substituindo-a pela epidemiologia. Dessa forma, a problematização e o debate epistemológico da psicopatologia são excluídos a partir de uma clara pretensão de constituir um sistema nosográfico pragmático, deixando de lado a função nosológica do campo psicopatológico. Como percebemos pela fragmentação classificatória da Psicose em tal manual, segundo a afirmação de que os sintomas psicóticos não são considerados fundamentais para o diagnóstico e que não há etiologia comum entre eles (A.P.A 2004, p.303).

Conclusão

A psicanálise é definida desde Freud como uma clínica, no sentido de ter como fundamento a importância da consideração do sujeito no trabalho clínico oferecido pelo psicanalista, ou seja, quando estamos tratando do que é da ordem do campo psíquico, estamos às voltas com a dimensão da subjetividade. Nesse sentido, a articulação da clínica e do sujeito é o que vai nos direcionar tanto do diagnóstico, como no tratamento a ser seguido no campo de problemas psíquicos. Ora, afirmar a que a psicanálise é uma clínica nos remonta ao trabalho com a tensão entre o singular da experiência e o geral da teoria. Para tanto, não temos outra dimensão para o trabalho clínico, se não a dimensão da fala que ordena o sujeito na relação com o Outro.

A partir da psicanálise podemos dizer que em vez de um marcador biológico, devemos situar um marcador estrutural subjetivo que permitirá ordenar os diversos sintomas e saber orientar o tratamento de acordo com a especificidade das respostas do sujeito. No entanto, percebemos que não há unanimidade em relação a essa questão. Temos a afirmação da psiquiatria medicalizante de que ou não devemos falar em etiologia, ou somente especifica-la quando for de ordem biológica. E assim temos, até hoje, o debate clássico entre os partidários da definição somaticista e os partidários da definição psiquista dos problemas psíquicos. Mas o que mais nos interessa é a pergunta se, dentro do campo dos problemas psíquicos, podemos falar que os manuais estatísticos e o tratamento farmacológico são propriamente clínicos. Devido a falta de contexto clínico, acabamos tendo como conseqüência uma proliferação de diagnósticos fundamentados em uma metodologia estatística

Sabemos que a clínica freudiana está fundada nos estudos sobre a neurose. Nesse sentido, Freud pensava ser difícil, senão impossível, o atendimento psicanalítico com psicóticos, fundamentado na questão da relação transferencial, já que a libido, no psicótico, retorna ao eu e isto se torna um impasse para o estabelecimento da transferência. Porém, ao percorrermos a obra freudiana com o intuito de compreender analiticamente a formação da estrutura

psicótica, percebemos que, apesar da descrença de Freud em relação ao tratamento psicanalítico com psicóticos, não podemos deixar de registrar que os

continuadores de sua obra partiram das formulações freudianas sobre a psicose e só a partir daí foi possível a articulação de uma clínica da psicose.

Referências

- Asociación Latinoamericana de Psiquiatría (2003). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Recuperado em 25 de junho de 2011. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_gladp.pdf. Acesso em 23 de junho de 2011.*
- American Psychiatric Association (2004). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais IV-TR (n ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- A.P.A. (2011). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V*. Disponível em: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SchizophreniaSpectrumandOtherPsychoticDisorders.aspx> (Acesso em: 22/08/2011).
- Amaral, A. (2004) *A psiquiatria no divã*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Ansermet, F. (2003). *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra-capta Livraria.
- Bercherie, P. (1989). *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Freud, S. (1894/1996) *As neuropsicoses de defesa*. En Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. III (pp. 57-74). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1911/1996) *Observações psicanalíticas sobre a autobiografia de um caso de paranóia (Dementia paranoides)*. En Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XII (pp.23-110). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1924a/1996) *Neurose e Psicose*. En Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX (pp. 189-198). Rio de Janeiro: Imago
- Freud, S. (1924b/1996) *A perda de realidade na neurose e na psicose*. En Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX (pp.229-238). Rio de Janeiro: Imago
- Lacan, J. (1956/1985) *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Laurent, E. [ET AL]. (2011). *Psiquiatria y psicoanálisis en la clínica actual*. 1ª Ed. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Maleval, J. (1980). *A la recherche du concept de psychose*. En: *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (1946). *Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946*. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. Acesso em: 11 abr. 2011.
- Stagnaro, J. (2012). *Nosografias psiquiátricas contemporâneas: descripción y perspectivas*. En *Epistemología y Psiquiatria: relaciones peligrosas*. (pp.203-238). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Viganò, C. (1999). *A construção do caso clínico em Saúde Mental*. En: *Curinga - Periódico Semestral da Escola Brasileira de Psicanálise - Sessão Minas Gerais*. Belo Horizonte, n° 13.

Fecha de recepción: 03-03-2013

Fecha de aceptación: 11-06-2013