

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

O DSM, O SUJEITO E A CLÍNICA

MAX SILVA MOREIRA

Belo Horizonte

2010

MAX SILVA MOREIRA

O DSM, O SUJEITO E A CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos

Linha de Pesquisa: Investigações no Campo Clínico e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Carvalho Ribeiro

Belo Horizonte

2010

150 **Moreira, Max Silva**

M838d O DSM, o sujeito e a clínica [manuscrito] / Max Silva Moreira. - 2010.
2010

134 f.

Orientador: Paulo César de Carvalho Ribeiro

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia – Teses. 2. Psiquiatria – Teses. 3. Psicanálise – Teses. 4.
Inconsciente – Teses. 5. Doenças mentais - Classificação - Teses I. Ribeiro, Paulo
César de Carvalho. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título

MAX SILVA MOREIRA

O DSM, O SUJEITO E A CLÍNICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais,

Em, _____ de _____ de 2010

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo César de Carvalho Ribeiro (Orientador)

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

*Ao seu Enivaldo e a D. Ester, meus pais,
pela espera paciente durante a pesquisa .*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor doutor Célio Garcia pela escuta atenciosa e pelo acesso à sua biblioteca, o que possibilitou a realização desta pesquisa.

À Vanusa pelo suporte na preparação das cópias xerográficas.

Aos professores doutores Antonio Márcio Ribeiro Teixeira e Gilson Ianinni pelos debates e supervisão no período antecedente à dissertação.

Aos mestres Francisco José dos Reis Goyatá e Inês Seabra de Abreu Rocha pela colaboração.

Aos colegas do Centro de Educação em Saúde César Rodrigues Campos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Ao professor doutor Paulo César de Carvalho Ribeiro pela orientação da dissertação no momento preciso.

À Luzmarina pela dedicação.

RESUMO

Esta dissertação objetiva demonstrar que, embora o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), desde sua terceira edição, afirme o caráter ateuórico de sua metodologia, há uma relevante contribuição da teoria psicanalítica sobre a histeria subjacente aos Transtornos Somatoformes e aos Transtornos Dissociativos ali descritos. Para isso, relacionamos eventos que demonstram as controvertidas situações que expuseram a psiquiatria ao questionamento público de suas bases científicas para, em seguida, realizar um breve histórico sobre o desenvolvimento das classificações psiquiátricas, identificando a metodologia empregada em sua elaboração. Verificamos que a aplicação do método científico ao estudo das doenças mentais, tendo sido inspirado por outras disciplinas, como a botânica e a física, associou-se ao objetivo de estabelecimento de uma classificação universal das doenças mentais. A referência ao método científico levou a psiquiatria a uma bipolaridade entre um organicismo de base e outra vertente psicogênica não tendo jamais, no âmbito da metodologia científica, conseguido resolver o impasse do estabelecimento da etiologia das doenças mentais.

A difusão da psicanálise nos Estados Unidos, a partir das conferências de Freud em 1909, na Universidade Clark e por intermédio do trabalho de Adolf Meyer, influenciou as duas primeiras versões do manual e levou a um movimento da psiquiatria norte-americana pela supressão dessas referências a partir do DSM-III. Considerava-se que a etiologia psicanalítica das doenças mentais não se adequava à ciência, e ameaçava desvincular a psiquiatria da medicina. Por outro lado, estudos de confiabilidade realizados na Europa e na América, em meados do século vinte, revelaram problemas na validação dos diagnósticos. Isto levou a Associação Psiquiátrica Americana (APA) a tratar a falta de validade dos diagnósticos pelo aumento de sua confiabilidade, pela aplicação de um índice estatístico (o Coeficiente Kappa de Cohen), e a normatizar a entrevista clínica. Demonstramos como esses esforços constituem estratégias para a exclusão do sujeito não apenas do manual, como também da clínica e da formação profissional. Por fim, especificamos o diagnóstico de Transtorno Conversivo, historicamente vinculado à histeria – categoria extinta do manual – como exemplo da herança psicanalítica no DSM.

Palavras-chaves: Discurso da ciência, método científico, classificações, DSM, diagnóstico, validade, confiabilidade, clínica, psicanálise, sujeito.

ABSTRACT

This thesis aims to show that, although the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), since its third edition, states the atheoretical character of its methodology, there is a relevant contribution of the psychoanalytical theory about hysteria that underlies the Somatoform Disorders and Dissociative Disorders described in it. In order to do so, we have selected events that illustrate the controversial situations that exposed psychiatry to public questioning in terms of its scientific base and, then, organized a brief history of the development of psychiatric classifications, identifying the methodology used in its elaboration. We have verified that the application of the scientific method to the study of mental diseases, having been inspired by other fields such as botanic and physics, was associated with the objective of establishing a universal classification of mental diseases. The reference to the scientific method led psychiatry to a bipolarity between a base organicism and another psychogenic aspect, not having ever, in the range of scientific methodology, been able to solve the deadlock of the establishment of the etiology of mental diseases.

The dissemination of psychoanalysis in the United States, following Freud conferences in 1909 at Clark University and also through Adolf Meyer's work, influenced the first two versions of the manual, and led to a movement of the North American psychiatry by suppressing these references from DSM-III. It was considered that the psychoanalytic etiology of the mental diseases did not suit science and threatened to disassociate psychiatry from medicine. On the other hand, studies on dependability that had taken place in Europe and North America, in mid-20th century, revealed problems in the validation of diagnosis, which led the American Psychiatry Association (APA) to deal with the lack of validity of the diagnosis by increasing its dependability, by applying a statistical index (Cohen's kappa coefficient), and to standardize the clinic interview. We show that these efforts constitute strategies for the exclusion of the subject not only from the manual, but also the clinic and professional training. Finally, we have specified the diagnosis of the Conversion Disorder, which has been historically connected to hysteria – an extinct category from the manual - as an example of the psychoanalytic heritage of the DSM.

Keywords: Discourse of science, scientific method, classifications, DSM, diagnosis, validity, dependability, clinic, psychoanalysis, subject.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| APA | Associação Psiquiátrica Americana |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CNEP | Crises Não-Epilépticas Psicogênicas |
| DIS | Diagnostic Interview Shedulle |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| FDA | Food and Drug Administration |
| IPSS | Estudo Piloto Internacional sobre Esquizofrenia |
| MINI..... | International Neuropsychiatric Interview |
| NIMH | National Institute of Mental Health |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| POE..... | Partido Operário Europeu |
| PROJEPSI..... | Projeto de Epilepsia e Psiquiatria |
| PTAS | Protocolo de Transtornos Afetivos da Esquizofrenia |
| RDC | Research Diagnostic Criteria |
| RDI | Renard Diagnostic Interview |
| SADS | Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia |
| SCID | Structured Clinical Interview for DSM-III-R |
| SOE | Sem Outra Especificação |
| SUS..... | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. O DSM, O SUJEITO E A CLÍNICA | 16 |
| 2.1 Os fundamentos da crise ou o DSM e suas razões | 16 |
| 2.2 Credibilidade | 16 |
| 2.3 A questão da confiabilidade e as taxas de concordância em diagnóstico psiquiátrico... | 22 |
| 2.4 O Problema da validade científica..... | 26 |
| 2.5 Metodologia das classificações | 32 |
| 2.6 Apologia ao Método Natural | 36 |
| 2.7 A influência da psicanálise | 42 |
| 2.8 O DSM-I e o DSM-II: Kraepelin com Freud | 47 |
| 2.9 As questões políticas e econômicas do DSM: o campo profissional, o estatuto de ciência e a validade do conceito de homossexualidade | 51 |
| 2.10 O experimento de David Rosenhan | 57 |
| 2.11 Os Critérios Feighner..... | 60 |
| 3. UM LANCE DE DADOS JAMAIS ABOLIRÁ O ACASO..... | 67 |
| 3.1 Por que revisar a classificação? | 67 |
| 3.2 Por que tratar, ainda, da confiabilidade, se o problema verdadeiro é a validade?..... | 75 |
| 3.3 Normalizar a clínica e disciplinar o campo da fala e da linguagem | 79 |
| 3.1 Dispersão da informação | 81 |
| 3.3.2 Dispersão de critérios clínicos..... | 82 |
| 3.3.3 Normatização da entrevista clínica..... | 84 |
| 3.3.4 Os protocolos para entrevistas em psiquiatria | 84 |
| 3.3.5 Exemplos de Protocolo de Entrevista Psiquiátrica: A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Versão Clínica (SCID-CV)e a Entrevista Breve Estruturada para o Diagnóstico de Transtornos Mentais- <i>MINI International Neuropsychiatric Interview</i> | 87 |
| 3.3.6 Avaliação dos resultados: O índice Kappa de Cohen - Estimativa de concordância observada não imputável ao acaso..... | 90 |
| 3.3.7 O acaso e a entrevista em psicanálise..... | 93 |
| 4 O SUJEITO NO DSM | 97 |
| 4.1 A influência psicanalítica no DSM..... | 98 |
| 4.1.1 Transtornos | 99 |
| 4.1.2. A histeria entre as síndromes somático funcionais e os transtornos somatoformes. 103 | |
| 4.2 Suturas | 108 |
| 4.3 Clínica..... | 111 |
| 4.4 Os sintomas..... | 113 |
| 4.5 A vergonha da clínica | 116 |
| 4.6 Um negativo dos Transtornos Somatoformes: Histeria (1888)..... | 121 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 126 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 130 |

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe uma crítica dos processos relacionados à criação do *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e das conseqüências de sua implantação na clínica, na pesquisa e na formação profissional. Para realizar tal leitura, enfocaremos a pretensa neutralidade teórica e buscaremos mostrar a inspiração psicanalítica na definição de alguns transtornos descritos no DSM-IV-TRtm.

Em uma entrevista concedida à Nicolas Francion para a revista *L'Âne*, no verão de 1981, Paul Bercherie argumentava que a clínica psiquiátrica havia morrido há cinquenta anos. Isto porque a própria definição de clínica permitia essa constatação:

Uma descrição que se desejava empírica e positiva, e cujo progresso supõe a descoberta de novas entidades. Ora, nenhuma nova descoberta foi feita desde o início dos anos 30, senão com uma metodologia psicanalítica [...] usando conceitos metapsicológicos. (*L'ÂNE, LE MAGAZIN FREUDIEN*, 1981, nº 2, p. 16-19).

Esta constatação já havia sido feita e constituído o motor de uma insatisfação que cresceu entre os psiquiatras, nos Estados Unidos da América, durante os anos de vigência do DSM-I e do DSM-II, no período entre 1952 e 1968. Nesse período, o ideal científico florescia nos Estados Unidos e, se era verdade que a psicanálise esclarecia a etiologia das doenças mentais, por outro lado, subvertia a própria noção de método científico, e não respondia as várias exigências para preencher os requisitos da ciência. Obviamente, esta condição criara internamente uma dissensão na psiquiatria americana. Os fundamentos e a metapsicologia freudiana encontravam muitas resistências entre os médicos que relutavam em aceitar uma etiologia sexual para os sintomas psiquiátricos e a novidade teórica que a psicanálise apresentara sobre a formação dos sintomas neuróticos. Por outro lado, a psicanálise respondia, para muitos, a uma intensa fragmentação das abordagens psiquiátricas, que se dividiam entre escolas psicodinâmicas e organicistas. Antes de ser o maior problema da psiquiatria, a psicanálise havia representado, não somente nos Estados Unidos, uma referência mais coerente para os clínicos, do que haviam sido todas as classificações psiquiátricas até aquele momento. A psicanálise oferecia uma etiologia fundamentada na sexualidade infantil, em um complexo estudo da determinação inconsciente dos sintomas psíquicos além de uma abordagem psicoterapêutica.

A exigência de materialidade quantificável exigida pela ciência estacionara a psiquiatria. A estagnação da psiquiatria se relacionava a questões metodológicas e ao estatuto do objeto psicopatológico, da forma pressuposta pelo discurso médico-científico.

Em 1924, no ensaio intitulado *Resistências à Psicanálise*, Freud analisara a reação dos médicos diante da novidade que representou a descoberta psicanalítica da determinação inconsciente dos sintomas da neurose:

Se alguém conseguisse isolar e demonstrar a substância ou as substâncias hipotéticas relacionadas às neuroses, não teria necessidade de se preocupar com oposição por parte da profissão médica [...]. Ora, tanto os experimentos de Charcot quanto as observações clínicas de Breuer nos ensinaram que os sintomas somáticos da histeria também são psicogênicos – isto é, que são precipitados de processos mentais que percorreram seu curso [...]. A direção assumida por essa investigação não encontrou, porém, a simpatia da geração contemporânea de médicos. Eles haviam sido ensinados a respeitar apenas fatores anatômicos, físicos e químicos. Não estavam preparados para levar fatores psíquicos em consideração e, portanto, enfrentaram-nos com indiferença ou antipatia. Obviamente tinham dúvidas de que eventos psíquicos permitissem algum tratamento científico exato, qualquer que fosse esse tratamento [...]. Os sintomas das neuroses histéricas eram encarados como imposturas e os fenômenos do hipnotismo como um embuste. Os próprios psiquiatras [...] não mostravam inclinação para examinar seus pormenores ou investigar suas vinculações. Contentavam-se em classificar o variado conjunto de sintomas e remetê-los, até onde podiam, a distúrbios etiológicos somáticos, anatômicos ou químicos. Durante esse período materialista, ou melhor, mecanicista, a medicina realizou avanços formidáveis, embora também mostrasse uma compreensão míope dos mais importantes e difíceis problemas da vida. (FREUD, 1924-25, *apud* ESB, 1980, Vol. XIX, p. 267-68).

Durante toda a história das classificações, a psiquiatria oscilou em uma bipolaridade conceitual entre abordagens mentalistas e organicistas, ao passo que a aspiração de uma classificação definitiva de todas as doenças mentais havia animado os esforços de grandes mestres da classificação como Falret, Kahlbaum, Chiaruggi, Verga, Morel e Kraepelin. Essa aspiração convivia com outro ideal da pesquisa científica nos séculos XVIII e XIX, consistindo no anseio por um método geral aplicável a todas as ciências. Mais que expectativa, esse entusiasmo era derivado do êxito que algumas ciências como a biologia, a física e a química obtiveram com a aplicação do chamado método científico. Fundamentado na observação metódica e na descrição dos fenômenos, o método científico defendia uma posição isenta de teoria por parte do observador de modo a garantir uma apreensão exata do fato observado. O uso do método científico em psiquiatria deu-se a partir da pressuposição de uma materialidade empírica relacionada às causas das doenças mentais, algo não confirmado para a maioria das categorias clínicas descritas. A descoberta do agente etiológico da Paralisia Geral Progressiva por Bailey (1826), realizado com auxílio da anatomopatologia, incentivou o viés científico na abordagem psiquiátrica das doenças mentais.

A numerosidade das classificações psiquiátricas até o início do século XX era devida à ausência do lastro que somente a causa orgânica confirmada poderia sanar. Porém, era também o resultado da aplicação da metodologia empírica para determinação da causa material ausente. O fracasso da psiquiatria em determinar o substrato orgânico na base das

doenças mentais ameaçava o próprio estatuto científico da disciplina como sua vinculação à medicina. Esse impasse demonstrava que a crise na psiquiatria derivava de uma situação relacionada a seus fundamentos, impactando diretamente a coerência de seus princípios. Era uma crise que envolvia os pressupostos sobre a propedêutica e as explicações sobre os mecanismos da formação de sintomas psíquicos, e a influência da psicanálise na psiquiatria moderna foi possível a partir desse impasse. Ao invés de constituir um suplemento de teoria, ela promoveria uma indesejável torção ao colocar a sexualidade como fundamento dos sintomas e promover sua compreensão a partir da simbolização do conflito inconsciente, deslocando a ênfase do procedimento clínico do olhar para a escuta, do comportamento para a fala e a linguagem. Assim, a psicanálise ocuparia o lugar paradoxal de uma solução para os impasses da psiquiatria na concepção do objeto psicopatológico, na definição metodológica para sua elucidação e, simultaneamente, o lugar de ameaça de sua desvinculação da medicina. Por outro lado, apesar do fracasso na determinação das causas orgânicas para as doenças mentais, o método científico legou à psiquiatria seus pressupostos de isenção teórica e uma orientação de objetivação da subjetividade como requisito para sua integração à medicina.

O tema das classificações psiquiátricas nem sempre é ruidoso, mas tem importância crucial para a sociedade uma vez que incide na atualização promovida pelo discurso da ciência em relação à etiologia e ao tratamento dos transtornos mentais. A psiquiatria, legítima representante do discurso científico, concorre para o “remanejamento dos grupos sociais pela ciência”; efeito anunciado por Lacan em “*A Proposição de 9 de Outubro de 1967*”. A série DSM materializa a previsão lacaniana a partir das modificações realizadas na nomenclatura e na forma de levar à sociedade essas mudanças, apresentando-as como resultado do progresso da psiquiatria afiliada à medicina científica. Um exemplo desse efeito é a identificação de grupos sociais aos diagnósticos psiquiátricos e a recente orientação para o DSM-V de que os pacientes não devem sentir-se constrangidos com o diagnóstico.

As mudanças mais radicais no DSM aconteceram durante os anos oitenta, quando Spitzer e Hyler propuseram para o DSM-III a supressão da histeria com uma divisão dos sintomas sob a definição de transtornos, que seriam organizados por eixos dando preeminência à investigação de uma condição médica geral.

As mudanças operadas no DSM-III foram lançadas no Brasil como um anúncio de novidade científica: “O Fim da neurose. O Fim da Psicose”; e atingiram não somente as categorias da neurose e da psicose, mas também a psicopatia. Naquele contexto, o anúncio

demarcava, com autoridade ‘científica’, os transtornos mentais como território da gestão psiquiátrica. Disciplinas como a psicologia e a própria psicanálise foram excluídas da propedêutica e do tratamento dos problemas psíquicos, que definitivamente foram transformados em “doenças” sob a denominação de transtornos subordinados a condições médicas gerais. Tratava-se de um anúncio que deixava a impressão de que, finalmente, a psiquiatria recobriria a verdade sobre as doenças mentais, não havendo mais nada que outra disciplina pudesse acrescentar sobre o assunto. Entretanto, longe de um esgotamento das questões sobre a verdadeira causa das doenças mentais, o DSM representa uma estratégia de recuperação do prestígio da psiquiatria e de valorização da medicina como profissão e conhecimento técnico sobre o adoecer psíquico. Trata-se também de um empreendimento que reúne interesses de mercado que afetam a profissão.

No primeiro capítulo, intitulado *Os Fundamentos da Crise*, examinamos alguns eventos que envolveram a participação de psiquiatras americanos na condição de peritos que forneceram diagnósticos controvertidos e expuseram a fragilidade do corpo teórico da psiquiatria sobre as doenças mentais. Esses eventos mobilizaram a profissão para retomada da credibilidade perante a medicina, a ciência e a sociedade.

Fizemos uma breve retrospectiva sobre a história das classificações para situar os motivos da histórica instabilidade teórica da psiquiatria. Fizemos também uma digressão a partir de estudos realizados em regime de colaboração entre os Estados Unidos e o Reino Unido entre 1965 e 1970 sobre a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. A pesquisa foi denominada US-UK Project e deu origem a outra pesquisa promovida pela Organização Mundial de Saúde entre 1966 e 1973, denominada Estudo Piloto Internacional sobre Esquizofrenia. A partir da análise dos problemas apontados por esses estudos, relacionados à confiabilidade e à validade dos diagnósticos psiquiátricos, procedemos a uma explanação sobre os meios encontrados pela Associação Psiquiátrica Americana para correção desses problemas. Em seguida, passamos à identificação dos laços entre a psiquiatria e a psicanálise nos Estados Unidos da América, berço do DSM, para esclarecer quais foram as contribuições psicanalíticas para as duas primeiras versões do manual e os motivos de seu rechaço posterior.

No segundo capítulo, discutimos o uso da fórmula estatística denominada *coeficiente Kappa de Cohen* (usada para correção das taxas de convergência em estudos sobre atribuição de diagnósticos psiquiátricos), para minimizar a incidência do acaso nos resultados das pesquisas. Argumentamos que o uso de fórmulas estatísticas e a normatização da entrevista

clínica retiram a ênfase da fala e do enquadramento da linguagem como recortes privilegiados da emergência do sujeito do inconsciente, essencial ao conhecimento das causas do sofrimento psíquico. As estratégias postas em prática pela Associação Psiquiátrica Americana oferecem exemplos de exclusão não só das referências teóricas da psicanálise, mas, principalmente, do sujeito nas propostas de diagnóstico e de tratamento dos transtornos mentais.

No último capítulo, demonstramos como, apesar de apresentar-se enquanto um manual “neutro em relação às teorias etiológicas”, alicerçado em “extenso trabalho empírico”, o DSM serve-se amplamente de conceitos psicanalíticos. Para justificar essa afirmação, partimos de dois sintomas clássicos da histeria, a saber, a dissociação da consciência e a conversão, teorizados por Breuer e Freud nos Estudos sobre Histeria, e realizamos um cotejamento com os Transtornos Somatoformes e Transtornos Dissociativos no texto do DSM-IV-TRtm. A partir disso, especificamos o Transtorno Conversivo como um legítimo marco da herança freudiana no DSM.

A importância do debate sobre o estatuto do DSM não se refere somente à clínica e nem afeta somente os interessados em psiquiatria ou psicanálise, mas atinge toda a sociedade uma vez que põe em jogo definições que influenciam a subjetividade contemporânea. A definição dos transtornos do DSM, legitimadas pelo discurso da ciência, tendem a destituir a verdade dos fatos psíquicos em sua fundamentação inconsciente como tem nos revelado a psicanálise. Essa tendência se confirma na concepção que orienta certa clínica, cujo instrumental destitui o discurso em suas possibilidades de explicitação do mal-estar portado no sintoma. Encontra-se em questão, nesse debate, o estabelecimento de um ordenamento com amplas implicações na civilização. O modelo empírico do DSM apóia-se em uma vigilância do comportamento em detrimento do desejo e da responsabilidade subjetiva. O diagnóstico deveria relacionar o sintoma ao sujeito, sendo um princípio ético que concerne tanto à psicanálise quanto à psiquiatria. O modelo proposto pelo *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* serve de base para políticas de controle da subjetividade, uma corrente majoritária da saúde mental no Ocidente. Com isso, prioriza a definição do comportamento humano a partir de padrões que atendam a adequação da força de trabalho dos pacientes a uma relação de custo-benefício com o mercado, em detrimento do sofrimento impronunciável, como deveria ser a prioridade clínica.

2. O DSM, O SUJEITO E A CLÍNICA

2.1 Os fundamentos da crise ou o DSM e suas razões

Devemos evitar exagerar o impacto potencial da ciência sobre nossa nosologia. Muitas questões importantes em psiquiatria são fundamentalmente não empíricas.

Enquanto a psiquiatria empunha estandarte da nosologia científica, devemos ter o cuidado de não prometer mais do que nós podemos dar [...] defender com entusiasmo uma nosologia empírica é, com certeza, uma coisa excelente [...], mas o nosso entusiasmo não deveria nos levar a esquecer as limitações inerentes aos métodos empíricos. Existe o perigo de que este processo se degenere em pseudociência, de tal modo que pretenderíamos ser "objetivos" e "empíricos", enquanto na realidade procederíamos a julgamentos de valor informados. O problema fundamental é que o método científico pode responder apenas a pequenas questões [...] Em muitos casos, a resposta a pequenas questões não nos darão respostas claras às grandes questões. (KENNETH S. KENDLER, 1990, p. 972).

A abordagem do real nunca é isenta de convicções prévias, de certa orientação teórica da pesquisa, mas é dentro dessa orientação que se pode fazer a descoberta inesperada que a transcende. (BERCHERIE, 1985, p. 88).

Uma maneira de estudar a situação da moderna psiquiatria é voltando a atenção à história das classificações para pesquisar questões de caráter epistêmico como, por exemplo, conflitos ou inadequações metodológicas relacionadas ao acesso e à definição do objeto de pesquisa que ainda não foram resolvidas. Outra maneira seria pesquisando impasses na história das classificações e situações recentes em que psiquiatras tenham sido demandados na condição de peritos a conferir sua opinião sobre um diagnóstico, de modo a respaldar decisões ou orientar estudos. Poderíamos, dos dois modos, pesquisar como a série de manuais psiquiátricos, denominada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), organizada e difundida, desde 1952, pela *American Psychiatric Association*, tenta responder a antigas questões de credibilidade da psiquiatria, primeiramente enquanto ciência e profissão, ao mesmo tempo em que atende a demandas econômicas e administrativas de planos e estabelecimentos de saúde e fundos de pensão.

2.2 Credibilidade

A credibilidade científica da psiquiatria passou a ser uma questão para a sociedade a partir de casos jurídicos cobertos pela mídia nas últimas décadas do século XX, em situações em que o parecer de peritos se fez necessário para fundamentação da decisão dos tribunais (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 21). Relacionada à precisão dos métodos diagnósticos, a eficácia dos tratamentos decorre dos juízos elaborados a partir da aplicação de critérios da classificação. A questão da credibilidade científica da psiquiatria entrou em cena quando a confirmação do diagnóstico atribuído dependeu da concordância entre dois peritos sobre a atribuição de diagnóstico devido à designação da justiça. Em mais de uma situação de julgamento acompanhado pela mídia houve divergência entre as opiniões atribuídas pelos

peritos, quando ambos haviam se apoiado no DSM-III para elaboração dos pareceres.

O caso da família *Dupont de Nemours*, detentora da primeira sociedade de produtos químicos do mundo, noticiado pela imprensa no início dos anos noventa, é um exemplo. A família conseguiu na justiça a interdição de um dos herdeiros sob alegação de incapacidade para gestão da fortuna em virtude do diagnóstico de *Transtorno Esquizoafetivo*, fornecido por um psiquiatra contratado para esse fim; opinião que foi contestada por outro psiquiatra nomeado pela defesa com um diagnóstico de *Transtorno Misto de Personalidade*.

O motivo da ação foi a atividade política do filho que, com doações financeiras, apoiava o Partido Operário Europeu (POE), entidade que professaria uma ideologia obscura e sectária. Os pais alegavam que não deixariam o filho dizimar sua parte na herança em favor de uma organização duvidosa, e questionaram sua sanidade por intermédio dos serviços de um psiquiatra.

O diagnóstico de Transtornos Esquizoafetivos foi classificado no DSM-III em uma seção intitulada “*Problemas Psicóticos não Classificados em Outra Parte*”. Sua definição registrava que esse diagnóstico foi usado de múltiplas maneiras desde que foi introduzido na literatura, não havendo consenso sobre como essa categoria poderia ser definida (DSM-III, p. 202, *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p.21). Quanto ao diagnóstico fornecido pelo psiquiatra da defesa, Transtornos Mistos da Personalidade, “deveria ser usado desde que o indivíduo apresentasse um transtorno da personalidade que comportasse traços de outros Transtornos da Personalidade, mas não respondesse aos critérios de nenhum em particular” (DSM-III, p. 202, *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 21).

Pela descrição e imprecisão nas especificações, percebe-se que os dois transtornos deixam margem a confusões. Seu uso em situações judiciais opôs direitos individuais relacionados à capacidade de gerir a própria vida e interesses econômicos de terceiros, dando margem a controvérsias públicas sobre a fundamentação científica dos pareceres emitidos. Uma divergência desse tipo entre dois peritos é, em geral, motivo de suspeita da competência profissional, que é submetida à verificação. Não se confirmando a imperícia, passa-se à renovação dos questionamentos relacionados aos critérios científicos que fundamentam atos da profissão; nesse caso, a validade de seus conceitos e definições sobre as doenças mentais, sua classificação e seu diagnóstico.

Nos casos que envolvem veredicto da justiça, a divergência entre as opiniões dadas

pelos peritos estabelece insegurança e dúvida sobre a confiabilidade dos critérios diagnósticos e sobre a existência de um conhecimento verdadeiro das causas das doenças mentais e suas relações com os sintomas. Várias outras questões sobre a filiação da psiquiatria à medicina e sobre a validade do conceito de transtorno mental foram colocadas.

Outros casos servem como exemplo dos problemas que envolvem diagnósticos psiquiátricos quando deles se espera precisão. O primeiro é o caso de um homem do estado de Wisconsin, ESTADOS UNIDOS, condenado em 1990 por abuso sexual contra uma mulher que havia sido diagnosticada com Transtorno de Personalidade Múltipla. A procuradoria sustentava que ela contava com vinte e uma personalidades à época da agressão, e que nenhuma delas consentira com as relações sexuais. Posteriormente, foi noticiada por rádio e pela imprensa escrita a condenação do réu, com a informação de que três das personalidades da vítima haviam testemunhado pela acusação. Houve muitas perguntas sobre a exatidão do diagnóstico, embora o exame psiquiátrico, não autorizado pela justiça, tenha sido requerido pelo advogado da defesa antes do início do processo com a intenção de servir de prova da defesa. Como houve uma espécie de reversão na lógica do caso com a apresentação das provas, uma vez que o diagnóstico confirmou a insanidade da vítima, isso bastaria para ratificar a gravidade da denúncia. Mas a inconsistência da argumentação da promotoria baseada no diagnóstico do DSM-III-R, o excesso de opiniões leigas e o assédio da imprensa levaram à reabertura do caso meses após a primeira sentença.

Outro caso citado por Kirk & Kutchins (1998, p. 23) foi o do processo movido por Raphael J. Oscheroff, cidadão norte-americano, por motivo de negligência contra o Hospital Psiquiátrico privado *Chestnut Lodge*, situado em *Washington* no final dos anos oitenta. A situação envolvia a questão da elaboração de diagnósticos psiquiátricos e seu nível de confiabilidade. Nesse sentido, o diagnóstico deveria ser o mesmo, ainda que o paciente fosse avaliado por outro clínico em outra situação. Além disso, colocou-se a questão sobre se o diagnóstico deveria mudar à medida da recuperação do paciente.

O debate aberto pelo *caso Oscheroff* versava sobre o que deveria ter sido o tratamento adequado e como este se articulava sobre o que deveria ter sido o diagnóstico apropriado. Haveria uma relação tácita entre o estabelecimento de um diagnóstico e a escolha do tratamento, que estaria na base da clínica. Ao longo das várias internações, o paciente em questão teria recebido diferentes diagnósticos, que determinaram variações de conduta terapêutica em seu prejuízo. Durante o longo período de tratamento, o Sr. Oscheroff foi

atendido por psiquiatras diferentes e, entre os diagnósticos atribuídos, constavam: doença maníaco-depressiva, episódio depressivo maior com acesso psicótico e transtornos narcísicos de personalidade.

Temos observado, em nossos estudos e por meio da prática clínica e institucional em saúde mental, que situações de trabalho constituem excelentes testes que expõem as fragilidades das teorias e permitem a formulação de novas hipóteses. É o que sugere o exemplo do *caso Osheroff*, com situações em que vários psiquiatras realizaram diagnósticos chegando a diferentes opiniões. É quase o formato de uma experiência, ainda que não controlada, sobre a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. O critério da confiabilidade define-se pela frequência com que os diagnósticos são utilizados em situações diferentes (BENTALL, 2004). À primeira vista, uma situação como esta expõe que várias concepções sobre um mesmo caso de doença mental serviram de referência para elaboração dos diagnósticos. Alheia à disputas ideológicas internas à profissão, a ciência cobra clareza e precisão nas definições e, em termos realistas, erros de diagnóstico em psiquiatria e nas clínicas da saúde mental podem produzir graves conseqüências para o paciente.

Um agravante para a situação do *Caso Osheroff* foi o fato de o diagnóstico de *Transtorno Narcísico da Personalidade* haver vigorado no DSM-I até 1968 (também o ano de lançamento do DSM-II), haver sido excluído nessa edição e reabilitado no DSM-III, em 1980. No período em que esteve fora de vigência no DSM-II, esse diagnóstico foi usado no hospital *Chestnut Lodge*.

Esse evento expõe o problema de validade dos diagnósticos estabelecidos e da classificação na qual foram inscritos, pois no espaço de alguns meses entre 1979 e 1980 o diagnóstico de *Transtorno Narcísico da Personalidade* mudou seu estatuto de não-válido para válido, revelando uma instabilidade que, historicamente, tem se mantido nas classificações psiquiátricas.

A divergência de opiniões sobre o diagnóstico em situações em que profissionais da psiquiatria tinham que emitir pareceres oficiais, gerou interrogações sobre a objetividade, a validade e a relação entre a nomenclatura e dados cientificamente comprováveis das doenças psiquiátricas. Mas não foi a primeira vez que a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos foi colocada à prova. Em 1938, Jules Masserman e H. Carmichael, dois psiquiatras norte-americanos publicaram os resultados da pesquisa de confiabilidade dos diagnósticos

psiquiátricos, em um estudo que visava saber se os diagnósticos atribuídos no início da internação tinham mudado durante o período de estadia dos pacientes. Cem pacientes foram acompanhados pelo período de um ano em uma clínica psiquiátrica da Universidade de Chicago. Ao fim da pesquisa, foi apurado que 40% dos pacientes receberam diagnósticos diferentes dos que receberam no início da internação. Um dado não menos importante foi a observação dos pesquisadores de que a maioria dos pacientes teve registro de sintomas que cabiam em mais de uma categoria diagnóstica (BENTALL, 2004, p. 48).

Uma vez que as classificações psiquiátricas são organizadas em bases observacionais e descritivas, sendo o diagnóstico uma atribuição de nomenclatura a partir da identificação dos sintomas nelas já descritos e organizados, ele pode mudar. Vários aspectos metodológicos interferem nas descrições, especialmente os que se referem à passagem entre as etapas de observação e de descrição do comportamento. Muitas variáveis exteriores à relação observador/objeto interferem no ato da observação. Diferenças na localização do pesquisador em relação ao fenômeno observado, a incidência da iluminação nas retinas e outras alterações possíveis no estado fisiológico do observador podem influenciar na definição do fato e comprometer a comparação entre as descrições realizadas por dois observadores, podendo levar a diferenças na definição do objeto. Outro aspecto condicionante da descrição é a formação teórica do observador, o que define previamente sua hipótese guiando-o na observação, além de experiências anteriores que tenha tido e ditam a identificação do que deve ser observado como a própria descrição do objeto (CHALMERS, 1999, p. 46).

Outro destaque importante é que a observação e a descrição, usadas na elaboração das classificações psiquiátricas, são etapas do método científico. Este, por sua vez, é o principal instrumento do empirismo que foi amplamente criticado na filosofia da ciência por tratar de teorias como preconceitos sobre a realidade e pela tentativa metódica de seu afastamento na construção do conhecimento. Desconhecendo assim, que o “fato científico é uma conjectura germinada na teoria” (FAUST & MINER, 1988). Não é por acaso que o DSM, desde a versão três (1980), declara o trunfo de constituir o primeiro manual ateuórico de transtornos mentais, sendo assim, altamente consensual e confiável¹. Esta afirmação parte da herança da

¹ A idéia, segundo a qual, para a extração de conhecimento é necessário evitar conceituações prévias do pesquisador, corresponde à fase inicial do empirismo. No entanto, sua retomada é inevitável na interpretação dos pesquisadores do Grupo de Trabalho de Nomenclatura e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (APA) como uma forma de solucionar o problema da validade por intermédio da confiabilidade. A confiabilidade pode ser trabalhada a partir da leitura do índice de concordância entre a atribuição diagnóstica de dois clínicos sobre uma população em momentos distintos. A variação identificada é passível de ser trabalhada pelo coeficiente Kappa e pesquisas de campo, e a classificação é aprimorada com questionários

metodologia empírica, historicamente aplicada às classificações, que pressupunha a ciência como conhecimento diretamente extraído do real, sem intermediações conceituais previamente estabelecidas pelo pesquisador.

Por outro lado, uma variação na apresentação dos sintomas pelo paciente não indica, necessariamente, falibilidade diagnóstica, uma vez que um determinado sintoma pode se apresentar na clínica e sugerir mais de uma hipótese nosológica exigindo diagnóstico diferencial criterioso sendo, portanto, dependente da validade das definições. Um conceito é válido porque se aproxima mais do modelo real observado e pode ser atestado por meio de aferição e calibragem do instrumento de medida. A leitura dos dados provenientes do instrumento de medida, como a entrevista clínica e a classificação com suas divisões em categorias e subcategorias, por exemplo, fornecem dados a serem depurados cientificamente, na intenção da redução de erros e de conferir confiabilidade aos conceitos originados da leitura. Uma definição de transtorno mental, com intenção de atribuição de diagnóstico, deveria ser válida e confiável de acordo com os princípios da ciência moderna. Esta é uma crença que foi disseminada a partir do êxito das ciências físicas e biológicas em várias áreas do conhecimento matemático e objetivo.

O diagnóstico é uma questão difícil nos termos do controle cientificamente requerido sobre a confiabilidade e a validade da classificação psiquiátrica. Parte dessa dificuldade se deve às imprecisões originadas pela aplicação de uma abordagem empírica que introduziu relatividade conceitual entre as descrições, influenciando a prática clínica. Um dado paradoxal é que, ao fracassar em abolir a teoria, o método empírico apresenta uma espécie de retorno do sujeito, expresso nas variações entre as descrições fornecidas por observadores diferentes o que permite afirmar que a subjetividade contaminou a descrição ferindo o pressuposto de neutralidade.

A questão do método para abordagem de um determinado problema sofre também influências do contexto. Um exemplo é a freqüente associação da psiquiatria com correntes teóricas da psicologia e o lastro teórico-clínico legado pela psicanálise, até hoje presente no DSM-IV-TRtm de maneira não declarada. Essas vinculações teóricas da psiquiatria às psicoterapias, à psicanálise, e ao behaviorismo, seriam indicadores de insuficiência teórica, metodológica, operacional e clínica para a lida com os problemas mentais. A melhor

semi-estruturados aplicados aos psiquiatras numa pesquisa em que respostas são eliciadas de modo a obter fundamentos para a produção de consenso sobre os diagnósticos.

expressão da insuficiência naquilo que concerne seu problema específico de identificar e tratar as ditas doenças mentais seria a própria variação entre as nomenclaturas e o grande número de classificações, produzindo uma confusão geral entre clínicos e pacientes. A influência do contexto reflete também o ideal de ciência que orienta um modo de constituição do sujeito (MILNER, 1996, p. 29), nesse caso referido a um tipo de materialidade empírica supostamente concretizada nos construtos que fundamentam os transtornos do DSM.

2.3 A questão da confiabilidade e as taxas de concordância em diagnóstico psiquiátrico

Ainda segundo Bentall (2004), em uma pesquisa conduzida por Phillip Ash², em um ambulatório nos Estados Unidos, publicada em 1949, três psiquiatras entrevistaram cinquenta e dois pacientes, e os resultados revelaram concordância em apenas vinte por cento dos casos. Entre dois psiquiatras, a concordância sobre os diagnósticos foi maior, e aumentou quando o diagnóstico principal de *esquizofrenia* foi considerado, embora a taxa de acordo geral tenha sido menor que a esperada.

No que se refere à confiabilidade relacionada ao diagnóstico, o autor assinala, como ponto importante, que altas taxas de concordância podem ocorrer por acaso e não por estabilidade dos critérios usados na atribuição dos diagnósticos, sendo possível elevar as taxas de confiabilidade sem que a validade conceitual seja aumentada. Se tivermos somente um diagnóstico como referência, a taxa de concordância entre os clínicos será de cem por cento, mas cairá para cinquenta por cento se tivermos dois diagnósticos a serem considerados. Esta não é essencialmente uma questão clínica, mas estatística, e não responde a suspeita de uma diferença nos critérios diagnósticos usados pelos os clínicos avaliadores. Por exemplo, no caso de dois avaliadores decidirem qual o diagnóstico vão assinalar, tirando a sorte com uma moeda, a probabilidade de atribuírem a mesma patologia ao avaliado seria de (25%), e a de concordarem com a sanidade do avaliado também de (25%). A concordância entre ambos atingiria, assim, (50%) por intervenção exclusiva do acaso (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 41).

Em 1961, um estudo preliminar conduzido por Morton Kramer apurou diagnósticos de pacientes admitidos pela primeira vez em hospitais da Inglaterra, País de Gales e Estados Unidos. O estudo descobriu discrepâncias no uso de categorias diagnósticas entre os três países. Os achados indicaram um uso mais corrente do diagnóstico de esquizofrenia nos

² Phillip Ash era psicólogo industrial e o estudo fazia parte de uma pesquisa de pós-graduação.

Estados Unidos que nos países do Reino Unido. Estes, por seu turno, apresentavam índices maiores de uso de diagnósticos de depressão maníaca. As discrepâncias encontradas foram consideradas em um novo estudo realizado sobre diferenças transatlânticas em práticas diagnósticas, denominado *US-UK Diagnostic Project*, conduzido por uma equipe de psiquiatras americanos e britânicos. O estudo foi desenvolvido mediante aplicação de questionários semi-estruturados com pacientes dos dois países recebendo as mesmas perguntas, na intenção relativamente bem-sucedida, de eliminar a maioria das diferenças nos índices dos diagnósticos atribuídos. Quando os locais de realização das avaliações foram apurados, revelou-se que (61,5%) dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia eram de Nova York, (33,9%) de Londres, e, quando os diagnósticos do CID-8 foram atribuídos, (29,2%) dos pacientes de Nova York e (35,1%) dos pacientes de Londres receberam o diagnóstico. As diferenças apuradas deviam-se menos a diferenças reais entre as populações estudadas que entre os critérios usados nos países para atribuição dos diagnósticos. Em outro estudo, psiquiatras de ambos os países fizeram entrevistas gravadas com pacientes. O estudo evidenciou uma propensão dos norte-americanos em sobrepor o diagnóstico de esquizofrenia a outras psicopatologias, como doenças depressivas, mania, distúrbios da personalidade e neuroses, usadas com maior frequência na Grã-Bretanha. Apurou-se que os psiquiatras americanos não só sobrepunham o diagnóstico de esquizofrenia a outros problemas, como incluíam os sintomas de outras categorias como sintomas da esquizofrenia.

Esses estudos conduziram a Organização Mundial de Saúde (OMS), promotora da Classificação Internacional de Doenças (CID), a organizar novo estudo internacional envolvendo pacientes de nove países. A pesquisa que entrevistou mil duzentos e dois pacientes recém-adoecidos chamou-se *Estudo Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (IPSS)*. Esse estudo incluiu uso de três abordagens diagnósticas diferentes. Na primeira abordagem, os diagnósticos foram atribuídos segundo as práticas locais; na segunda, usou-se a CID-8 com base em questionário padronizado de pesquisa e, em terceiro lugar, usou-se um programa de computador para selecionar um grupo de pacientes com sintomas de esquizofrenia. Os resultados discrepantes apresentados nesse estudo indicaram que um número expressivo de pacientes, diagnosticados como esquizofrênicos pelos critérios locais, não se enquadraram no grupo concordante de pacientes identificados como esquizofrênicos pelos três métodos juntos. A significativa diferença na atribuição de alguns diagnósticos entre Londres e Nova York como, por exemplo, no caso do diagnóstico de *Esquizofrenia* com uma pontuação de (32%) em Londres e (60%) em Nova York; *Depressão Neurótica* com (10%)

em Londres e (20%) em Nova York; ou, ainda, *Transtornos Afetivos* com (44%) em Londres e (19%) em Nova York, mostra que não se conseguiu atingir, para cada diagnóstico, a taxa de concordância do coeficiente Kappa (=1) “para o acordo perfeito”³ e valores acima de (0,7) considerados como aceitáveis. Os resultados permitiram uma leitura segundo a qual a existência de modelos e critérios diferentes na atribuição de diagnóstico, entre os psiquiatras envolvidos na pesquisa, foi responsável pelas tendências nas atribuições de diagnóstico segundo o país. Esse problema instalou, entre os psiquiatras americanos e ingleses, o início de questionamentos e propostas sobre a maneira de identificar e controlar as fontes de erro e vieses na prática de atribuição de diagnósticos (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 88). As propostas incidiriam diretamente na clínica em seus aspectos mais genuínos e difíceis de controlar, incluindo, do lado do clínico, o estilo e o processo pelo qual, com sua maneira característica, orienta e maneja uma entrevista para dela obter os dados que lhe possibilitem estabelecer o diagnóstico; e, do lado do paciente entrevistado, a livre expressão de seus conflitos mais íntimos. Essas propostas renovaram uma antiga orientação empírica da medicina, segundo a qual, para se conhecer a doença, é preciso dispensar o doente (FOUCAULT, 2001). A entrevista, *setting* do trabalho clínico, transformada em instrumento de pesquisa, deveria submeter-se a critérios de padronização para que fosse confiável.

Segundo Almeida Filho & Rouquayrol (1992), o conceito de confiabilidade aplica-se ao instrumento usado na coleta de dados, estando relacionado à avaliação das variações entre medidas. Estas variações são avaliadas mediante aplicação de um tipo específico de confiabilidade, denominada confiabilidade de aplicação. A confiabilidade de aplicação prevê que, quanto mais estruturados os termos de aplicação de um determinado instrumento, mais confiável este o será, por exemplo: “A entrevista clínica possui uma confiabilidade baixíssima, porque cada clínico desenvolve de maneira distinta e particular seu raciocínio diagnóstico” (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 38).

Relacionada ao instrumento e à precisão de uma medida, a confiabilidade não se relaciona à qualidade de uma pesquisa como um todo, mas à correspondência dos dados obtidos por um mesmo instrumento por aplicadores diferentes em diferentes contextos. Estes autores alertam que se deve cuidar para não se confundir confiabilidade com credibilidade. A credibilidade sim, se relaciona com a confiança na veracidade da informação, sendo também um critério muito importante nas pesquisas sobre confiabilidade diagnóstica em psiquiatria.

³ Grifo nosso.

Credibilidade aplica-se, por exemplo, à veracidade das informações sobre o objeto da pesquisa. É preciso ter certeza de que o paciente entrevistado é um paciente psiquiátrico, que sofre do primeiro surto e verificar se haveria razões para informações inverídicas, se o paciente estaria baseando seu depoimento em informações alheias ou em suposições. Por outro lado, a confiabilidade relaciona-se à capacidade do instrumento em não variar seus resultados.

Um problema inerente à questão da confiabilidade afeta a denominada *confiabilidade de re-teste*. Confiabilidade de re-teste refere-se à certificação de uma determinada medida. Interfere sobre esse tipo de confiabilidade o pressuposto de imutabilidade do objeto de pesquisa, que se trata de um pressuposto impossível por não haver um só objeto de pesquisa estático, sendo verdadeiro que algum tipo de variação sempre irá se apresentar no objeto. Porém, pressupõe-se que alguma parte da variação seja passível de quantificação: “Devemos admitir que a responsabilidade pela variação pertence primordialmente ao instrumento, pois é melhor ter cautela e criticar o instrumento do que atribuir sempre o resultado da variação da medida ao objeto.” (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 38).

Outro tipo de confiabilidade ainda mais delicada é a *confiabilidade de aplicação*, que pressupõe que, quanto mais estruturados forem os instrumentos em termos de sua aplicação, mais confiáveis o serão. Como a entrevista clínica depende mais da argúcia, da experiência, do grau de familiaridade do clínico com conceitos e de sua formação teórica, além de outros inumeráveis caracteres afeitos mais ao estilo que à própria técnica; ela não corresponde, enquanto instrumento de pesquisa, a um nível de confiabilidade muito elevado. Um inventário contendo sintomas previamente classificados e um protocolo de entrevista com perguntas padronizadas, buscando determinados tipos de informação, pareceu, a partir de determinado momento aos desenvolvedores do DSM, conferir maior segurança à direção de entrevistas e obtenção de dados. Protocolos de entrevista orientados por inventários de sintomas deixariam fora de consideração as impurezas que interfeririam no diagnóstico “como gestos, entonação de voz do entrevistador que poderiam ser responsáveis por variações...” (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 38). No segundo capítulo, trataremos das medidas tomadas pelos organizadores do DSM para controlar vieses e fontes de erro na atribuição de diagnóstico, entre eles uma formatação para as entrevistas clínicas visando reduzir sua contaminação com as idiosincrasias tanto do entrevistador quanto do entrevistado.

Um pressuposto problemático da confiabilidade de aplicação é assumir

operacionalmente, para fins de medição, que o objeto não varia, uma vez que é avaliado ao mesmo tempo, por mais de um investigador. A *confiabilidade de avaliação* supõe que os dois investigadores têm a mesma fundamentação para realizar a avaliação, e a variação na medida, se houvesse, se deveria somente aos instrumentos, que necessitariam de ajustes. Trata-se de um conceito que nos leva a perguntar por que a concordância diagnóstica em psiquiatria é tão variante e porque muitas vezes as taxas de expectativa não são ultrapassadas. Os estudos internacionais citados e diversos outros realizados apontaram para as diferenças de prática diagnósticas entre os países como um dos fatores preponderantes para os resultados discrepantes das pesquisas de confiabilidade (SANDIFER *et.al.* 1968 *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 72). Uma incoerência desse tipo, apesar de tratarmos da questão da confiabilidade, aponta para a ausência de validade dos conceitos psiquiátricos ou o estatuto problemático do objeto psicopatológico em termos de validade científica. Beck (1962), ao analisar nove estudos de confiabilidade em psiquiatria, registrou não ter levado em conta os diagnósticos fisiológicos pelo fato de atingirem taxas de concordância bem mais elevadas, mascarando taxas de outras categorias que tendiam a ser mais baixas (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 73). A falta de uma explicação para outras doenças sem causas fisiológicas, evidentemente, incide na variação das taxas de concordância resultando em níveis mais baixos para doenças psiquiátricas que para as com etiopatogenia já estabelecida.

Detalhes de pesquisa, como o apontado por Beck, introduzem a noção da validade científica dos conceitos como o maior problema do diagnóstico em psiquiatria e saúde mental. O fato de a taxa de concordância para diagnósticos fisiológicos ser maior que para outros transtornos psiquiátricos sem etiologia orgânica confirmada introduz uma dificuldade em relação à questão da validade que examinaremos a seguir.

2.4 O Problema da validade científica

A validade do conhecimento científico coloca questões sobre a natureza da realidade (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 62), e nesse sentido a maioria dos problemas tratados em psicologia e psiquiatria sob a aplicação desse conceito é de difícil testagem, devido à complexidade de seu objeto de estudo. É o caso da “doença mental”, pelo fato de seu estatuto etiológico não ter sido claramente definido ou suas causas não serem passíveis de observação material ou de mensuração.

Validade é um conceito importante em ciências positivas. Nas ciências humanas, a psicologia comportamental, especificamente, e a sociologia servem-se amplamente de medidas e discutem seus problemas à luz da validade científica. Conceitos abstratos em psicologia ou em psiquiatria produzem efeitos sobre a validade dos conceitos científicos. O próprio conceito de doença mental, em meados dos anos setenta, por ocasião da elaboração do DSM-III, recolocou esse problema. O problema da validade científica inspirou calorosos debates entre a Associação Psicológica Americana e a Associação Psiquiátrica Americana (APA) quando Robert Spitzer e a psicóloga Jean Endicott, em maio de 1975, redigiram, para o Grupo de Trabalho responsável pela organização do DSM-III, um artigo intitulado “*Proposta de Definição dos Transtornos Médicos e Psiquiátricos para o DSM-III*”. Este deveria ser apresentado no congresso da APA em 1976 e integrar a edição do manual a ser lançada. Em linhas gerais, o artigo defendia a idéia de que os transtornos mentais seriam um subconjunto dos problemas médicos, como forma de resolver o problema da validade e de afirmar a psiquiatria como especialidade da medicina; mas não fizeram mais que suscitar objeções.

Em 08 de agosto de 1988, o então presidente da Associação Psicológica Americana, Theodore Blau, redigiu uma carta à presidência da APA. Nela, argumentava que o manual e a definição proposta não eram miscíveis, uma vez que “entre as dezessete principais categorias diagnósticas, pelo menos dez não apresentavam nenhuma etiologia orgânica conhecida” e que “a maioria dos problemas conhecidos eram conseqüências das experiências de vida” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 189). Esses argumentos foram apresentados como questionamento ao estatuto médico das “doenças” mentais; conformação que, segundo as críticas de Blau, restringiriam severamente futuras pesquisas sobre a definição dos problemas mentais, sua etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento, como as “ofertas de serviço independentes que levariam a outros profissionais da saúde mental que não os psiquiatras”. (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 193). Comentários como o de Theodore Blau expõem a face controversa da conjunção entre o mercado e o discurso científico e o esforço para conciliá-los, que a psiquiatria americana empreende com toda a capacidade de disseminação conceitual da Associação Psiquiátrica Americana (APA), com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Falar de validade relacionada ao conceito de doença mental equivaleria a responder questões sobre a possibilidade de uma definição formal do conceito de doença ou transtorno mental para distinção entre normalidade e patologia. Haveria definições nítidas de

subcategorias de doenças mentais, de modo a que se pudesse obter especificações que permitissem, mediante a previsão de resultados, intervenções em pontos e momentos precisos da patologia. A validade pressupõe clareza na definição do objeto de modo a possibilitar controle das ações terapêuticas e um compartilhamento seguro do conhecimento obtido pelos profissionais. Uma forma de explicar a validade é adiantar que ela diz respeito a definições claras e nítidas sobre o que significa um determinado conceito:

Pode-se abordar a questão da validade de um instrumento por um lado, pela análise do seu componente conceitual, e por outro lado, pelo componente pragmático ou operacional (Abramson, 1974). Na medida em que se tenta abordar empiricamente uma entidade abstrata, um objeto de conhecimento (como o conceito de doença, por exemplo), é necessário pressupor que seus indicadores possuem validade, e que ao se medir tais indicadores se estudarão indiretamente a presença, a gravidade e mesmo o diagnóstico da condição mórbida. (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 29).

Questões de validade conceitual são importantes (embora possa parecer o contrário para a maioria dos clínicos) porque podem interferir nos procedimentos a serem realizados pela profissão, além de estarem intrinsecamente vinculados ao conceito de ciência.

No período que se iniciou no fim da segunda guerra e se estendeu até os anos sessenta, a psiquiatria foi duramente criticada pela qualidade desumana da prática manicomial. Sua imagem, associada mais à polícia e ao clero que à medicina científica, ameaçava-a enquanto profissão. Os argumentos versavam sobre os altos custos de manutenção da atenção hospitalar, sua incapacidade de acolher, diagnosticar e tratar os cidadãos (muitos deles, contribuintes ativos no período de atividade laboral), a ambiência institucional e sua prática mais próxima de penitenciárias que dos hospitais. Tudo isso afastava a psiquiatria de seu vínculo com a medicina científica, expondo sua incapacidade científica enquanto profissão para responder ao que dela se esperava. A tal exposição, os psiquiatras reagiam numa tendência de explorar em outras disciplinas válidas cientificamente, como a neurologia, a genética e a farmacologia, em busca de respostas para os impasses da disciplina (KIRK & KUTCHINS, 1988).

A descoberta da farmacologia psiquiátrica nos anos cinquenta, por exemplo, representou, para muitos, um alento em termos de afirmação da psiquiatria como disciplina médica e científica e, mais, a possibilidade de um corte em relação às influências psicodinâmicas, principalmente da psicanálise, que fornecia a base das versões I e II do DSM. Também foi considerado um alento o que isso poderia representar para a gestão e para a manutenção dos tratamentos, aliviando a pressão já sentida em relação aos hospitais junto à opinião pública.

A desospitalização nos Estados Unidos como em outros países na Europa, entre os anos oitenta e noventa, piorou a credibilidade da profissão junto à sociedade. Os pacientes passaram da reclusão ao abandono, povoando as ruas e mendigando, acentuando ainda mais o estigma sobre a doença mental e a própria psiquiatria. Nessa época, psicólogos, sociólogos e psicanalistas, como é o caso de Thomas Szaz, sustentavam que doenças mentais seriam anomalias do comportamento claramente determinadas por um mau funcionamento fisiológico subjacente; mas destacava que, para comportamentos identificados como problemas mentais, as bases fisiológicas não existiam ou não tinham sido descobertas. Além disso, os critérios que definiam as doenças mentais eram mais éticos e sociais que médicos, somente passíveis de associação à doença por metáfora. Dizia que os psiquiatras, ao desejarem definir e tratar das doenças mentais, se aproximariam mais dos pastores e policiais que dos médicos. Obviamente, essa crítica baseia-se na falta de especificidade das “doenças” mentais e na ausência de motivos que justifiquem a relevância do conceito de doença para o sofrimento psíquico, em desconsideração a outros aspectos éticos, sociais e de valores envolvidos na produção do conceito de loucura, afetos à questão do sujeito. As críticas de Thomas Szaz atingiram, além do estatuto científico da psiquiatria, os próprios laços com a medicina. Isto aconteceu mediante a interrogação do seu objeto de investigação, a doença mental; e pela acusação de haver engendrado esse objeto como uma estratégia para garantir o poder de representar a medicina científica⁴ no campo da saúde mental.

Psicólogos e sociólogos interacionistas sustentavam que etiquetar alguém com um diagnóstico psiquiátrico diria mais da sociedade que a fornece que da patologia em si mesma. Seria uma forma de controle sobre comportamentos indesejáveis. Nesse sentido, chegou-se a declarar que o diagnóstico psiquiátrico seria uma espécie de profecia auto-realizadora e uma forma de os psiquiatras fazerem as pessoas aceitarem os constrangimentos da sociedade, numa espécie de iatrogenia em que o sujeito adere à nomenclatura que, paradoxalmente, o estigmatiza (CASTELL & COL, 1982, p. 30, *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 52). O critério da validade científica põe em cena os mecanismos de construção dos conceitos de uma ciência, estando, pois, relacionado a aspectos verificáveis ou passíveis de verificação ou mensuração. Um aspecto importante que se segue à validade dos conceitos científicos é a possibilidade desses conceitos restabelecerem a linha explicativa que se estende da causa ao fenômeno possibilitando verificar, em sua descrição, que a nomenclatura é confiável.

⁴ Chamaremos medicina científica o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos da disciplina, formalmente reconhecidos pelo atendimento aos requisitos do conceito da ciência galileana conforme a matemática, a física e a química.

A validade aplicada à psiquiatria exige explicações coerentes e lógicas sobre o conceito de doença mental, de modo a permitir uma distinção entre esta e a normalidade. A partir de então, deveria ser possível refinar as especificações das “doenças mentais” definindo e distinguindo de maneira clara e nítida suas subcategorias, do mesmo modo como a medicina que, inspirada pela biologia, realiza competentemente com as doenças do organismo.

Conforme Almeida Filho & Rouquayrol (1992, p. 28), a epidemiologia tem avançado muito nos últimos anos na questão da avaliação de precisão dos instrumentos de medida. Assim, a variação entre medidas tomadas é uma preocupação constante dessa disciplina, de modo que, uma “teoria do erro”, com bases na Bioestatística, indica que a variação de medidas apresenta dois componentes principais: o erro e as *bias* (viés). O primeiro apresenta características aleatórias e indeterminadas, resíduo de circunstâncias imponderáveis e diversificadas na tomada da medida. O viés (*bias*) possui variação sistemática, sendo resultado da distorção da operação de medida, do instrumento ou do aplicador. Os autores enfatizam que validade se relaciona com precisão, sendo o oposto do viés.

Empiricamente falando, a precisão é avaliada por “indicadores de confiabilidade”, enquanto indicadores de “sensibilidade, especificidade e predição” expressam diferentes aspectos da validade. Encontramos uma explicação desses conceitos no clássico exemplo da metáfora do tiro ao alvo com um arco e flecha, usada por Moore (1985) pela primeira vez, para explicar as diferenças entre validade, confiabilidade e precisão aproveitando, para tanto, estimativas extraídas de estudos de amostras populacionais. A metáfora diz o seguinte: se acaso tivéssemos um alvo de competição vermelho nas bordas, com uma mosca preta desenhada no centro; suponhamos que os tiros de arco e flecha (figura de metáfora para um instrumento de medida)⁵ desferidos por um atirador (figura de metáfora para o clínico) atingissem toda sua superfície, mas somente alguns acertassem a mosca, com a maioria somente se aproximando dela. Diríamos, nesse caso, que temos baixa precisão, porém com algum grau de validade, pelo fato de alguns terem acertado a mosca. Se todos os tiros se dispersassem para fora do alvo e longe da mosca, teríamos baixa precisão e baixa validade. Se, ainda, todos os tiros se concentrassem numa pequena área na borda do alvo e longe da mosca, poderíamos dizer que existe uma alta precisão e uma baixa validade. Porém, se todos os tiros acertassem na mosca, poderíamos falar de altas taxas de validade e precisão. Acertar a

⁵ Protocolos de entrevista clínica, questionários de pesquisa estruturados e semi-estruturados e a classificação são instrumentos de avaliação e medida dos comportamentos já classificados subdivididos em categorias.

mosca, no caso da metáfora, refere-se à validade do conceito, e precisão, refere-se ao par atirador/clínico-instrumento no instante da medida ou do tiro. Esta metáfora, aplicada ao caso dos sistemas de classificação diagnóstica, diz que os diagnósticos deveriam ter os contornos com a melhor definição possível (validade) para garantir uma melhor precisão dos tiros. A precisão, no caso, se realizaria de acordo com o índice de acertos no centro do alvo (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 29).

Esta digressão é necessária para destacar a origem epidemiológica dos conceitos de validade e de confiabilidade que tanto tem dominado os debates sobre os diagnósticos psiquiátricos do DSM desde os anos setenta, e estabelecer que estes conceitos se aplicam a um projeto de ciência positiva com objetos de estudo concretos, bem definidos, mensuráveis e destituídos de qualquer qualidade subjetiva. A avaliação diferencial da validade dos diagnósticos na clínica psiquiátrica sempre passou pelo debate sobre a gênese das doenças mentais.

Em meados do século vinte, uma solução aplicada ao diagnóstico de grandes populações pela epidemiologia veio responder, não ao problema da validade científica dos diagnósticos que deveriam se assentar sobre uma hipótese etiológica a se confirmar, mas sobre a questão da confiabilidade:

Justamente na área da Epidemiologia mais tem se desenvolvido a exploração metodológica do instrumental diagnóstico, resultando em marcantes avanços como a criação do indicador “Kappa” para concordância nominal (Spitzer *et.al.*, 1967)... Isso talvez ocorra devido ao fato de que, na área de saúde coletiva, lida-se em geral com um alvo móvel e mutante, mais dinâmico em muitos aspectos que os alvos-diagnósticos predominantes nas áreas clínicas, obrigando epidemiologistas a uma constante e talvez obsessiva preocupação metodológica. (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 29).

Em se tratando de sistemas classificatórios para que haja precisão, ainda explorando a metáfora do tiro ao alvo, faz-se necessário que os contornos do alvo estejam nítidos, de maneira que o atirador/avaliador tenha certeza da localização da mosca (o centro exato do alvo). Em caso de os limites que demarcam o centro e o restante do alvo estarem borrados ou pouco nítidos, não haverá como ter certeza de ter-se atingido o centro ou, de volta ao problema do diagnóstico, não há como reconhecer a patologia⁶.

Ainda segundo Almeida Filho & Rouquayrol (1992), para a abordagem de um

⁶ O simples fato de discutir a validade dos transtornos levaria o DSM à contradição de ter que assumir alguma teoria prévia que guiará a mira clínica, ou o clínico em seu escopo.

problema conceitual como uma doença, “uma entidade abstrata”, é preciso pressupor que seus indicadores são válidos e que, medindo-os, tornar-se-á possível avaliar a presença de uma morbidade, sua gravidade e seu diagnóstico. Os autores consideram que essa *validade de conceito* é teórica e diferente da *validade de medida* e da *validade operacional-instrumental*. Própria de um modelo clínico-experimental é de impossível avaliação por meio de testes comuns de validação (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992, p. 31). Ora, os indicadores da doença mental são sintomas. Os sintomas das doenças mentais necessitam da investigação psicopatológica através da qual se articule a semiologia à nosologia, uma vez que os sintomas podem mudar ou se referir a mais de um tipo de entidade nosológica, como os primeiros estudos de confiabilidade deixaram entrever. Em vários estudos os pacientes apresentavam sintomas que poderiam caber em mais de uma categoria de transtorno mental.

2.5 Metodologia das classificações

Apesar de conceitos como validade e confiabilidade serem contemporâneos e oriundos da epidemiologia, não é demais afirmar que eles não fazem mais que traduzir uma indefinição muito antiga nas bases teóricas da psiquiatria. Indefinição que, em parte, deve-se à situação complexa que definiu a loucura como campo a ser apropriado para exploração de um saber instrumentalizado e formal representado pela medicina (FOUCAULT, 2001) abandonando, assim, teorias mitológicas e metafísicas (PESSOTTI, 1998). A primeira aproximação que a medicina fez da loucura teve o apoio das conquistas metodológicas de outras disciplinas que se ocupavam de estudar a natureza, como a física e a botânica. O método natural, sendo o método científico, permitiria observar meticulosa e atentamente os fenômenos isolando as partes, enfeixando-as em um conceito e classificando a doença. Permitiria conhecer os estágios, as formas de evolução e as principais características desses estágios (FOUCAULT, 2001). Em suma, o que o método científico facultaria à psiquiatria seria o conhecimento de um encadeamento lógico, seqüencial, que permitiria, a partir do ordenamento dos sintomas, um acesso à causa da doença, possibilitando um prognóstico.

Em nossa opinião, a concepção metodológica escolhida pela psiquiatria inclui o problema da validade por dois motivos. Primeiro, devido a uma indefinição teórica relacionada à etiologia do que se convencionou chamar “doença” mental. De um lado a hipótese da base orgânica das doenças mentais, reforçadas pela descoberta de Bayle (1826)⁷,

⁷ O objetivo de Bayle, em sua tese “As Doenças do Cérebro” (1826), era “retirar parte do véu” que encobria a causa da paralisia geral e a “natureza íntima” da doença mental. Os psiquiatras haviam conseguido explicar o desencadeamento e a evolução de algumas formas de loucura, mas não sua patogenia. A falta de uma

restando ainda a obtenção de confirmação de substrato orgânico para a maioria dos problemas psíquicos classificados como doenças mentais. Por outro lado, manifestações da loucura em funções relacionadas ao afeto, ao intelecto, à memória e à cognição abrem espaço para conjecturas psicológicas sobre a gênese das doenças mentais, “com a nosologia mesmo limitando a pesquisa empírica e impondo restrições à clarificação da questão” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 65). Outra questão que introduz o problema da validade científica das classificações psiquiátricas foi colocada pela transposição sem crítica do método científico para outros campos carentes de teorização, devido ao êxito de seu uso nas ciências físicas e naturais. Cogitava-se e, mesmo ansiava-se, pela descoberta ou criação de um método geral e científico que fosse utilizável em todas as condições e por todas as disciplinas em prol do acúmulo do conhecimento científico e permitisse o acesso à verdade dos fenômenos.

Em medicina geral, no que se refere ao estudo da anatomia e da progressão das doenças, o êxito do método científico é inquestionável por tratar-se, nesses casos, de uma objetividade sensível constituída numa causa orgânica ou num agente etiopatogênico a ser estudado. Portanto, mesmo que esta metodologia explique muito para a medicina, isso não significa que obtenha os mesmos êxitos para psiquiatria, saúde mental ou outras abordagens do psiquismo. Um sobrevôo pela trajetória da psiquiatria na construção das classificações permite conhecer a incorporação de outras técnicas e métodos de pesquisa da medicina, segundo o propósito científico de purificar o objeto das impurezas para melhor pesar, medir e estabelecer retroativamente os nexos entre a ancoragem orgânica e a superfície sintomática (FOUCAULT, 2001). Grandes dificuldades da pesquisa em psiquiatria, em nossa opinião, decorrem da importação de métodos de investigação apoiados na observação e na descrição presumivelmente objetiva do fato e na explicação seqüencial que uniria o sintoma à sua causa.

Ao anseio por uma classificação geral e definitiva das doenças somou-se, por

patogenia da doença mental disseminava, entre os psiquiatras da época, ceticismo e descrença em relação ao sonho de uma classificação geral. Bayle “pesquisou casos de paralisia geral na inflamação das meninges, na gastrenterite e na ‘gota irregular’” (BERCHERIE, 1985, p. 85). Também “Realizou para a paralisia geral uma descrição anatomopatológica precisa e um estudo clínico muito mais completo que na sua tese de 1826 [...]. Atribuiu à inflamação nas meninges e a sua irradiação para o cérebro a alteração de humor que produzia o delírio e a agitação; a demência e a paralisia seriam devidas a compressão e à atrofia progressiva do córtex [...] Seu trabalho define-se como uma análise anatomopatológica da paralisia geral [...]. O que Bayle de fato descreveu pela primeira vez na história da psiquiatria foi uma entidade mórbida que se apresentava como um processo seqüencial desenrolando no tempo diversos quadros clínicos sucessivos que alguns pequenos sinais diferenciavam de outros quadros semelhantes, associando sinais psíquicos e físicos simultâneos e repousando numa base anatomopatológica unívoca.” (BERCHERIE, 1985, p. 88). A descoberta de Bayle foi considerada um avanço possível somente com ajuda da anatomia patológica e representou um fortalecimento geral das teses empíricas e organicistas em psiquiatria, chegando a confrontar e substituir em influência a nosologia de

influência dos sucessos das pesquisas em botânica, o método natural como expressão de uma chave universal à verdade do conhecimento. Desnecessário ressaltar que o sentido imediato contido no termo “natural” e a analogia com a botânica, outrora utilizada, são indicativos de uma orientação prévia para a investigação que interfere, inclusive, na escolha do objeto psicopatológico a ser definido como pesquisável (FAUST & MINER, 1988). Outra característica derivada dessa perspectiva metodológica constitui uma marca ideológica do positivismo lógico - trata-se da perspectiva cumulativa não somente do conhecimento, mas muitas vezes de técnicas e modelos de outras ciências afins. Desse modo, a medicina em geral, e especificamente a psiquiatria, sempre contaram com contribuições de outras disciplinas e saberes para calibrar seus métodos e conferir-lhes precisão.

É importante frisar que outro motivo da relatividade conceitual que persiste na psiquiatria relaciona-se à instabilidade do método empregado para estudar os sintomas e reuni-los sob os nomes das doenças. Presumir atualmente, como era a proposta metodológica vigente no século XVII, não haver interferências teóricas ou de particularidades do pesquisador clínico, como foi proposto pelo DSM, não remete mais à ingenuidade das primeiras posições do empirismo experimental (FAUST & MINER, 1988, p. 962). A intenção ateórica do DSM refere-se mais à solução do problema da validade científica dos conceitos pelo tratamento da confiabilidade, dada a grande variação das concepções diagnósticas em todos os países onde pesquisas foram realizadas. A posição ateórica decorre de uma medida tomada pelo Grupo de Trabalho do DSM para favorecer o consenso entre os clínicos, propondo tratar toda teoria sobre etiologia como preconceito a ser removido, tornando assim possível alcançar o consenso e aumentar a confiabilidade dos diagnósticos. Assim, a psiquiatria procedeu a uma destituição da clínica em sua abertura para a subjetividade. Do lado do clínico, como forma de controle, considerou-se necessário restringir a liberdade de manejo nas entrevistas e controlar as singularidades que interferem no resultado da pesquisa e na precisão do diagnóstico como: teorias que ele (o entrevistador) conheça previamente ou o próprio modelo de sua formação; o fato de estar previamente informado e em que grau sobre dados do paciente; e se leva em consideração informações adicionais relacionadas ao contexto da observação. Todos estes são detalhes a serem controlados a fim de impedir que interfiram na leitura dos dados, propiciando que se obtenha da pesquisa uma passagem precisa entre o objeto, tal como observado, à palavra justa, precisa, sem equívocos, à descrição “explícita” e

Esquirol para quem a loucura seria “ainda, um distúrbio das funções racionais e intelectuais, como para seu mestre Pinel.” (PESSOTI, 1999, p. 61).

completa do transtorno.

O fato é que a cisão epistêmica da psiquiatria, apresentando duas perspectivas, possibilitou a organização das classificações em duas vertentes; uma organicista e outra sobre hipóteses psicodinâmicas. As correntes que defendiam a predisposição orgânica das doenças mentais nutriram-se da conquista de Bayle, que descobrira que a inflamação crônica de uma das meninges (a membrana aracnóide) provocava alterações permanentes na estrutura do encéfalo devido à ação do agente etiológico da sífilis no sangue, o *Treponema pallidum*. Bayle partiu de sintomas notadamente psíquicos e “descreveu um processo mórbido, seqüencial de base anatomopatológica unívoca” (BERCHERIE, 1985, p. 87). Esta cisão epistêmica se manteve, apesar do achado de Bayle, engendrando uma indefinição de base conceitual e filosófica que, ainda, repercute na clínica e nos métodos de pesquisa; tendo levado, ao longo de quase duzentos anos, à uma profusão de classificações sem que nenhuma delas tenha alcançado *status* de validade científica (KIRK & KUTCHINS, 1998).

Todavia, mesmo que em nome da utopia, segundo a qual a psiquiatria alcançaria uma classificação geral e definitiva das doenças mentais com bases orgânicas definidas e nosologia conseqüente, os esforços empreendidos na elaboração de classificações sempre denotaram certa prudência em não ceder e estabelecer nosografias sem investigação clínica. Investigação caracterizada na psicopatologia que, mais que a descrição e a classificação dos sintomas, no estudo dos mecanismos da doença, conduzia a pesquisa entre a semiologia, a etiologia e a nosologia. Vale lembrar que, para se chegar a uma das doenças mentais, nada mais bem-vindo, na visão dos psiquiatras do século XIX, que um método credenciado pelas ciências positivas e naturais como um “método universal”.

Uma reflexão sobre as escolhas metodológicas em psiquiatria tem sido necessária devido aos efeitos que têm produzido sua prática e sua ideologia clínica sobre a subjetividade. Os impasses teóricos e metodológicos das pesquisas psiquiátricas relacionam-se, no ponto de vista da sociedade como no da comunidade científica, à credibilidade científica da disciplina e da profissão e à sua filiação à medicina.

A medicina, por haver superado o impasse da fundamentação etiológica da maioria das doenças, obteve o reconhecimento como área da ciência aplicada. À psiquiatria restaria ainda cumprir certas condições para a obtenção desse *status*. O estudo, mesmo breve, da linha histórica que situa a elaboração das principais classificações psiquiátricas até os dias atuais,

mostra que os meios utilizados para que se pudesse proclamar a psiquiatria como um ramo da ciência médica levaram à substituição do enfoque psicopatológico–motor do debate sobre a etiologia das doenças mentais por métodos estatísticos e epidemiológicos. Isto ocorreu como forma de superação da relatividade inerente às classificações⁸, por sua vez, decorrente da indefinição de seu objeto psicopatológico, anterior ao DSM. Entretanto, as afirmações de cientificidade da série DSM se basearam mais no tom de declaração que pela consistência e pelo seu caráter de validade, consistindo mais uma revolução retórica que científica como o propalado à época de lançamento do DSM-III.

2.6 Apologia ao Método Natural

Como forma de evitar enfoques considerados metafísicos; no século XIX, a partir dos avanços das ciências biológicas, vários autores passaram a citar a botânica como o modelo de investigação científica para a psiquiatria. O método natural, método científico por excelência, por supostamente reunir critérios para análises objetivas a partir da organização dos sintomas e da classificação das doenças segundo sua presumida natureza orgânica; prometia servir à clínica no que a ela se exigia de precisão. Assim, parecia também prometer aos clínicos a desejada objetivação dos fenômenos da loucura nas formas da doença e a possibilidade de ordenamento de seus sintomas, de modo a extrair-lhes uma explicação lógica que conduzisse ao desvelamento de sua causa. Desse modo, poder-se-ia inferir a sede da doença no corpo e recompor as relações entre as parcelas dos fenômenos observados determinando do que se tratava e seu modo de evolução:

A minha proposta é a de que nós devemos classificar todas as variedades da loucura, para usar um termo botânico, nas suas ordens ou famílias naturais, ou, para usar uma frase mais familiar aos médicos, devemos agrupá-las segundo a história natural de cada uma. (SKAE, 1863, *apud* PESSOTTI, 1998, p. 88).

O pressuposto organicista na psiquiatria, cujo indicador pode ser tomado pela analogia com a botânica, influenciou o conjunto das classificações dos séculos XVIII e XIX, em razão da aplicação do método científico que prometia realizar a aspiração de se constituir em método universal para as ciências.

Mesmo as classificações de orientação “*mentalista*” postulavam com uma

⁸ A relatividade inerente às classificações psiquiátricas que aqui destacamos, refere-se também à relatividade estrutural entre o significante e o significado, unidades mínimas do signo lingüístico que mantêm relação que não garante univocidade de sentido. O par observação e descrição, etapas metodológicas do método científico usado na maioria das classificações, encontra-se submetido à essa instabilidade que o compromete- na aproximação e no estabelecimento de nomenclatura do objeto, do fenômeno ou do comportamento pesquisado.

terminologia importada da medicina, “lesões afetivas, de faculdades intelectuais e de sentimentos” ou de “seqüelas cognitivas”, como a base da loucura (CHIARUGGI, 1794, *apud* PESSOTTI, 1998, p. 53). Influenciariam os afetos, a cognição, a memória e o julgamento, mas, situavam no encéfalo o lugar de causa dos processos mentais. Sauvages (1794) defendia que a loucura dependia de uma lesão no cérebro.

Entre os psiquiatras da perspectiva mentalista, encontramos Cullen (1782), para quem os sintomas da loucura seriam, em essência, emoções erradas, geradas por erros da razão com os comportamentos decorrentes do julgamento. Arnold (1782) entendia que a loucura se desenvolvia por um viés cognitivo, alterando a relação com o mundo real. Chiaruggi (1794), para quem a loucura fundamentava-se em erros de raciocínio e de julgamento. Ou, ainda, Heimroth (1818), para quem a loucura seria “essencialmente um defeito duradouro da vontade ou da razão”. Para todos esses, a loucura seria essencialmente mental, atingindo certas faculdades relacionadas à cognição, à memória, à vontade e aos afetos.

Todo esse trabalho das classificações revela, mais que uma indefinição conceitual, uma oscilação interna ao saber psiquiátrico entre teses organicistas e mentais na explicação da loucura.

Na verdade, a natureza íntima e essencial do objeto cujas variedades se pretende ordenar era por demais obscura: conceitos fundamentais como *delírio*, ou *razão*, ou mesmo faculdade mental, eram, como ainda são, matéria de definição convencional [...].

Por outro lado, essa multiplicidade de “naturezas”, da loucura e de suas espécies, naturezas variáveis segundo os autores de cada classificação, apontava para a necessidade de critérios ou princípios fundados no método científico, que então, após o declínio da medicina moral de Pinel, Esquirol e seguidores mais fiéis, fora avocado como propriedade exclusiva, pelos adeptos da explicação organicista da loucura. Justificava-se, portanto, a procura de bases orgânicas ou, pelo menos, nosológicas para a classificação das espécies. (PESSOTTI, 1998, p. 92).

A psicopatologia, no trabalho de enfeixar a semiologia segundo a hipótese das causas da doença, recebia um reforço com o método científico (indutor no processo investigativo capaz de, senão inferir a materialidade da verdade subjacente aos sintomas, ao menos seu seqüenciamento explicativo e interrelacional) para organizar as classificações.

Pinel chamava a atenção ao trabalho atento da observação no esforço de distinção dos sintomas com base numa etiologia presumida segundo lesões do intelecto, tendo como via de acesso ao mental o comportamento. Enquanto não se podia obter uma explicação material pela metodologia, esta ajudaria a organizar os sintomas e a classificá-los em categorias e

subcategorias como a botânica fazia com as plantas, os frutos e as flores agrupando-os segundo espécies e famílias.

A promessa de um método universal para as ciências convergia com a aspiração da psiquiatria por uma classificação universal e definitiva das doenças mentais que seguisse o curso da história natural. O método natural presumia a prova material (orgânica) que permitiria retroagir às etapas logicamente ordenadas da doença para a validação do conhecimento. A retroação serviria não só para compreender a doença em sua evolução, mas para intervir no processo se a causa fosse moral ou organizar a assistência no hospício caso fosse orgânica, cerebral.

Vários psiquiatras do século XVIII, tanto organicistas como mentalistas, advogaram a aposta no método natural, como uma esperança que demonstrava a necessidade de obtenção de critérios para a organização do trabalho de classificação das doenças mentais. Entre eles Boissier de Sauvages (1767) que, segundo Foucault, sonhava ser o Lineu das doenças; e J. Falret (1860) que, num discurso intitulado, “*Princípios a seguir na Classificação das Doenças Mentais*”, perante a *Société Médico-Psychologique*, tendo sido convidado a se manifestar sobre a situação confusa das classificações psiquiátricas, destacou a importância do método das ciências naturais e o êxito das pesquisas em botânica como um modelo considerado à época, à prova de ambigüidades; que poderia sanar a grande confusão engendrada pela profusão de classificações segundo as diferentes orientações. Outro registro do entusiasmo pelo método natural é de Falret

Esses princípios de classificação, não temos que procurá-los ou inventá-los. Eles já foram descobertos por homens de gênio que nos precederam na história da ciência [...] nós temos apenas que emprestá-los das ciências mais avançadas [...] e aplicá-los [...] à nossa especialidade. Tais princípios resumem-se a duas palavras: “*métodos naturais*”, isto é, modos de classificação baseados num conjunto de caracteres, subordinados e coordenados e que se sucedem em uma determinada ordem, ao invés dos “*sistemas artificiais*” que agrupam os fatos com base em um só ou em poucos caracteres e que não permitem concluir coisa alguma, além daquilo que serve de pretexto para reunir fatos muitos diversos, sob todos os outros aspectos. (FALRET, 1860, *apud* PESSOTTI, 2001, p. 71).

A idéia de que uma classificação natural remetia à natureza da doença seguia o pressuposto de um ordenamento lógico que permitiria supor um encadeamento entre a etiologia, a sintomatologia e a evolução da doença a partir de sua origem. Obviamente, a adoção da metodologia científica já se ligava à necessidade de obtenção de um critério objetivo que enfeixasse a série explicativa de uma ou de várias doenças, colocando um fim à babel descritiva que grassava a psiquiatria.

A aplicação dos métodos das ciências naturais à psiquiatria, a partir do século XIX, não esteve dissociada da base orgânica, biológica ou fisiológica, apesar de outras classificações que se baseavam em enfoques psicológicos. Muito ao contrário; por volta de 1860, Falret chamava atenção da comunidade médica para os vieses nas classificações psiquiátricas da época, segundo ele “artificiais” porque apoiadas sobre “faculdades” morais, intelectuais e instintivas, sobre “idéias predominantes” como loucuras de orgulho, religiosas e eróticas; sobre os “atos”, como o suicídio, o homicídio, a cleptomania ou a piromania.

Mesmo com o uso da metodologia científica no estudo das doenças mentais, uma doença com as mesmas características podia ser nomeada e classificada conforme a concepção do autor segundo sua crença na etiologia.

Queremos dizer, até aqui, que a filiação da psiquiatria à medicina exigiu-lhe o cumprimento de critérios científicos e a apresentação de provas materiais sobre a origem e a causa das doenças mentais que se cumpriu somente em um caso. Os instrumentos para obtenção dessas provas, constituídos primeiramente no método científico e na anatomopatologia, mostraram-se inadequados a uma explicação das doenças mentais e, simplesmente, não confirmaram as hipóteses sobre substrato orgânico da loucura; exceto no caso da paralisia geral progressiva cujo achado do agente patogênico só reiterou a aposta no viés organicista das pesquisas futuras, mas sem apagar totalmente as hipóteses relacionadas à influência de fatores psicodinâmicos para a maioria dos problemas tidos como doenças mentais.

Duas escolas, a italiana e a alemã, deram maior ênfase, mas não como única perspectiva, a uma orientação biológica desde o início. Pela escola italiana, a posição de Andrea Verga (1874) chama a atenção. Ao fundar a sociedade nacional de psiquiatras, chamou-a *Sociedade Freniátrica Italiana* e definiu que ela “devia eximir-se de tratar de questões não-médicas” considerando os problemas mentais como doenças do cérebro e “o alienista não como médico da psique, mas como médico do cérebro, um freniatra” (PESSOTTI, 1999, p. 117).

Verga mantinha intensa atividade em anatomia patológica, neuroanatomia e clínica, sendo também autor da primeira classificação para finalidade estatística, “*Classificação Uniforme das Doenças Mentais para Fins Estatísticos*” (1874). Críticos como Solfanelli (1881) e Solivetti (1892) registraram que a classificação de Verga define-se mais como

administrativa que científica, não fazendo jus à competência clínica do pesquisador. Obviamente a competência clínica do pesquisador deve apoiar-se do ponto de vista prático, na psicopatologia; que não dispensa a etiologia. As críticas revelam em segundo plano, duas coisas. Primeiro que, apesar dos esforços empíricos de Verga em anatomia patológica, não encontramos registros de que tenha conseguido especificar a causa de alguma frenopatia. Em segundo lugar, sua classificação parece ter operado somente mudanças de nomenclatura, sendo ainda, portanto, uma classificação “artificial” de acordo com as hipóteses orgânicas de Verga e não segundo natureza da doença conforme ele mesmo buscava (PESSOTTI, 1999, p. 111). Trata-se de um autor interessante segundo o objetivo de pesquisa de demonstrar como convicções prévias do pesquisador comprometeram a idéia de uma classificação afeita à natureza da doença sem a mediação de suas preferências. Verga é importante também pelo recenseamento estatístico aplicado às doenças mentais e pelo uso da classificação na organização dos asilos e da assistência na Itália. Advogava uma classificação voltada para a finalidade administrativa dos hospícios. Sua proposta, ao presumir a base orgânica, sem, contudo, estabelecer uma etiologia teria uma utilidade pragmática fornecendo informações sobre as doenças e os doentes, sobre a evolução dos quadros diante da necessidade de organizar o hospital segundo as classes de alienados que nele residiam.

Pela escola alemã, Krafft-Ebing (1879) sustentava que a classificação das espécies era uma questão de importância central para a psicopatologia e o diagnóstico psiquiátrico (PESSOTTI, 1999, p. 121). Porém, quanto à etiologia, acreditava que, embora a maior parte dos transtornos se desse no plano psíquico e do comportamento, a doença mental se desenvolvia “sobre uma constituição neuropsicopática” e que as formas degenerativas da loucura apresentavam “grande tendência à transmissão hereditária” (PESSOTTI, 1999, p. 130).

Interessante observar a tese organicista vigente no período em que Krafft-Ebing edita sua classificação. Seu ponto de vista era a de que a doença mental devia-se a uma lesão no funcionamento cerebral, a ocorrências anatômicas que fundamentavam os quadros mórbidos. Nesse Velho Organicismo (PESSOTTI, 1999, p. 143) a natureza da doença consistia em algum tipo de lesão estrutural ou funcional do cérebro.

Ball (1882) também defendia o modelo das ciências naturais, pois, devido à impossibilidade do critério anatômico, restaria o recurso a classificação dos sintomas. Interessante notar que mesmo que o objetivo não alcançado, do recurso ao método científico

fosse deduzir a causa orgânica das doenças mentais, foi possível mediante sua aplicação apurar o saldo da redução de vários quadros clínicos a sintomas classificáveis. Ball considerava que, no caso da classificação dos sintomas, tendo sido necessário o recurso à psicologia, houve

[...] um enorme prejuízo à medicina mental. Desviada de seu caminho legítimo, nossa ciência pareceu, por longo tempo um simples anexo da metafísica. Erro profundo, pois, hoje se conhece, ela precisa ocupar um espaço entre as ciências naturais, ao lado de outros ramos da medicina e da fisiologia. (BALL, 1882, *apud* PESSOTTI).

Esse trecho sintetiza, em parte, a conexão que pretendemos tangenciar. Trata-se do interesse explicitado pela psiquiatria no período entre o século XVII e o XIX em metodologias “científicas” (o método natural e a anatomia patológica) e em pressupostos teóricos sobre a natureza orgânica dos problemas mentais. Vejamos a materialização desse interesse nas palavras de Cotard (1879), contemporâneo de Krafft-Ebing:

Os diferentes distúrbios psicopáticos correspondem seguramente a estados particulares do cérebro ou de algumas de suas partes. As autópsias dos maníacos permitem pensar⁹ que nos estados de grande exaltação existe um fluxo de sangue, exagerado em direção ao encéfalo. O enfraquecimento profundo das faculdades e o estupor verdadeiro parecem ao contrário, estar relacionados à redução de hematose cerebral [...]. Enfim, o enfraquecimento radical e permanente das faculdades intelectuais corresponde ordinariamente a lesões graves das camadas corticais das regiões anteriores dos hemisférios (Demência, Paralisia Geral). (COTARD, 1879, *apud* PESSOTTI, 1998, p. 143).

Estas afirmações de Cotard delineiam o quadro geral do Velho Organicismo que definia a “doença” como uma forma de lesão funcional ou estrutural do cérebro. Sua obra se situa na transição do Velho Organicismo para o novo organicismo.

No Novo Organicismo, a “doença mental” tem origem orgânica mesmo que hereditária ou devida a um trauma físico ou ainda devido a desgaste do encéfalo (PESSOTTI, 1999, p. 144). Chegou-se a propor, nesse modelo de entendimento da doença mental decorrente do entusiasmo pelos achados de Bayle relacionados à paralisia geral progressiva, que a doença principal podia

[...] ser considerada como uma predisposição [...] um terreno favorável sobre o qual as causas determinantes variadas fazem germinar estados psicopáticos. Isto fica evidente entre os hereditários predispostos à loucura e entre os histéricos; e, principalmente, no caso dos indivíduos amarrados mais estreitamente à fatalidade (sic) mórbida de sua afecção mental, como os circulares e os intermitentes, as causas exteriores, físicas ou morais, podem retardar ou precipitar os acessos. (COTARD, 1879, *apud* PESSOTTI, p. 144).

Estas primeiras referências sobre a construção do saber sobre os problemas mentais e

⁹ Grifo nosso.

sua transformação em doenças são importantes para a compreensão da diferença entre conceitos homólogos entre a psiquiatria e a psicanálise, como é o caso da histeria que trataremos no terceiro capítulo. Também para introduzir a presença de Emil Kraepelin e de seu *Compêndio de Psiquiatria* (1883) como a principal referência da psiquiatria para a retomada de seu status científico e para reafirmação de sua filiação à medicina, empreendida nos anos setenta do século XX, conforme trataremos adiante.

Queremos, com esta digressão sobre a opção da psiquiatria pelo método científico, apresentar o ideal de isenção teórica inerente a esse método como índice da organização do campo epistêmico, campo esse estrategicamente pensado a partir da exclusão do sujeito. E, ainda, relacionar a aplicação da validade científica aos diagnósticos estabelecidos, sobre as bases observacionais e descritivas desse método que poderíamos chamar de empírico-naturalista, demonstrando que a extração da subjetividade sempre esteve presente na psiquiatria. Esta operação cumpre uma exigência metodológica, sendo uma das condições a serem cumpridas para se obter validade dos diagnósticos.

2.7 A influência da psicanálise

A presença do pensamento psicanalítico na psiquiatria inscreve-se no cenário de indefinição entre as concepções organicistas e psicodinâmicas, no conjunto dos debates sobre a etiologia das doenças mentais. Sua referência na questão sobre a etiologia das doenças mentais seria, na visão de muitos, um suplemento de alma para a psiquiatria. A teoria psicanalítica sobre a etiologia sexual das neuroses forneceria referências mais coerentes para a psicopatologia que as hipóteses orgânicas da psiquiatria, relacionando manifestações como comportamentos, afetos, distúrbios de consciência e de cognição a causas inconscientes, redefinindo-os a partir de seu estatuto psíquico; relacionando a superfície manifesta, o sintoma, a esses conteúdos.

Alguns sintomas, por manifestarem-se no corpo, levaram à pressuposições sobre uma base orgânica dos problemas psíquicos. Foi o caso da histeria de conversão, que levou ao surgimento das primeiras conjecturas sobre a relação entre conteúdos do inconsciente e a vida de vigília. Sobre esta, interviria algum tipo de força a ser esclarecida na formação dos sintomas e em seu “*enigmático salto do mental para o físico*” (FREUD, 1917, p. 306). Esta questão definiria o ponto de partida do projeto da clínica psicanalítica e influenciaria a psiquiatria como uma perspectiva advinda de outro paradigma fundamentado na subjetividade. A idéia central é a de que havendo uma determinação inconsciente dos

sintomas psíquicos, sua compreensão e formas de tratamento deveriam considerar que “[...] o inconsciente abrange atos meramente latentes, isto é, provisoriamente inconscientes [...] e, por outro, abrange também os processos recalcados, que, se fossem tornados conscientes, contrastariam de forma crassa com o restante dos processos conscientes.” (FREUD, 1915, IMAGO, vol. 2, p.25).

A psicanálise trataria da necessidade de uma teoria do inconsciente; de uma forma de exploração clínica até então impensada, pela relevância dada ao sexual e pela necessidade de consideração de um determinismo diverso da materialidade orgânica que impulsiona a psiquiatria ainda hoje. A teoria psicanalítica transformaria a compreensão dos sintomas psíquicos em relação à forma como a psiquiatria os havia tratado em seus compêndios, e poria em questão o próprio esforço de uma classificação que sempre se restringiu aos sintomas manifestos até o projeto de uma classificação geral das doenças mentais.

A relação entre psiquiatria e psicanálise não começa hoje, mas se atualiza em relação a um ponto de referência comum a ambas. O ideal de ciência, que sinaliza como um farol nossa época, tem regulado e orientado ainda hoje o debate sobre a subjetividade nas clínicas da saúde mental, da psiquiatria e das psicoterapias. A contemporaneidade entre as obras de Freud (1893) e de Kraepelin (1893) marca o advento da psicanálise e a influência mútua entre psiquiatria e a psicanálise no tocante à nosografia.

Nas *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1917), Freud tratou da abordagem psiquiátrica dos sintomas psíquicos em uma comparação entre a abordagem da neurose obsessiva pela psiquiatria e a perspectiva psicanalítica da etiologia e da formação dos sintomas nessa mesma neurose. Destacou a incidência de juízos de valor no julgamento clínico da psiquiatria em se tratando da avaliação dos sintomas da neurose obsessiva, afecção na qual não ocorre, a enigmática passagem do mental para o orgânico, com a maioria dos sintomas desenvolvendo-se no plano mental (FREUD, 1917, p. 306). Os sintomas obsessivos interferem sobremaneira na vida cotidiana devido a ritualizações e repetições que portam sentidos inconscientes que pedem decifração. Obviamente, o efeito dessa maneira de tratamento da angústia, intrínseca ao sintoma neurótico, e às ritualizações obsessivas, dá-se ao nível do comprometimento com a realidade, interferindo nas relações sociais e no trabalho. A psiquiatria, conforme Freud (1916-17, p. 308), aplica sobre esses sujeitos uma leitura moral como se fossem degenerados, corrompidos. É interessante relacionar uma interpretação como

essa a um viés¹⁰ da psiquiatria que, na ausência de uma ancoragem orgânica, sempre se mostrou suscetível às demandas sociais para intervenções de controle sobre loucura.

A contemporaneidade entre Freud e Kraepelin define um enquadramento de leitura como dois marcos teóricos sobre o psiquismo: um subjetivista sob influência da psicanálise e outro, organicista, representado por Kraepelin. Esses pontos de vista definem a orientação clínica e investigativa sobre a formação dos sintomas e sua etiologia.

Em 1909, Freud visitava os Estados Unidos da América para realização de uma série de conferências na Universidade Clark, em Worcester (EUA), por ocasião do vigésimo aniversário da instituição, que ficaram famosas. As conferências foram realizadas com a ajuda de Adolf Meyer (1866), psiquiatra suíço radicado nos Estados Unidos, que havia sido titulado doutor por aquela universidade. Ao mesmo tempo em que era um divulgador da psicanálise em solo americano, Meyer defendia com convicção a integração dos conceitos psicanalíticos às idéias de Kraepelin, tendo sido um dos responsáveis pela introdução do diagnóstico de “demência precoce” nos Estados Unidos (BENTALL, 2004). Em sua visão sobre a obscuridade das explicações psicológicas sobre as causas da loucura, seu ceticismo com relação à circularidade infinita das classificações, chegou a declarar que

Devemos abandonar a idéia de uma classificação das pessoas como o fazemos com as plantas uma vez que as categorias psiquiátricas fizeram pouca justiça à complexidade de problemas dos pacientes, suas histórias individuais e às circunstâncias sociais em que seus problemas se levantaram. (MEYER, *apud* BENTALL, 2004, p.45).

Meyer considerava uma superstição a idéia de que a cada diagnóstico haveria automaticamente um tratamento relacionado. Considerava que os clínicos deveriam pesar a complexidade dos problemas concretos que as pessoas sofreram para então atribuir um diagnóstico. Meyer foi um dos críticos do DSM-I. Declarava que as estatísticas teriam mais valor se não se destinassem a resolver os problemas da administração, da psiquiatria e da sociologia, se esforçando para sintetizar diagnósticos em uma só palavra. Criticava as categorias dizendo que eram muito abertas e assim constituíam uma perda para o estado que custeava tratamentos sem uma definição precisa do que realmente necessitaria de tratamento e não faziam justiça à complexidade das situações de vida apresentada pelos pacientes (KIRK & KUTCHINS, p. 59).

¹⁰ Há uma teoria do erro em Bioestatística que diferencia o erro do viés (*bias*): o erro é aleatório e indeterminado no sentido da dispersão que ocorre em qualquer medida, ou como resíduo de medições consecutivas. Dispersão aqui é o contrário de precisão. O viés (*bias*) é sistemático, com algum grau de determinação do instrumento ou do aplicador sendo resultado de desvio e ou distorção na operação de medida (ALMEIDA Fº & ROUQUAYROL, 1992, p. 28).

A defesa de uma perspectiva holística para estudos sobre o comportamento e o psiquismo rendeu a Meyer muitas críticas provenientes de adversários que desconheciam que não se tratava de contradição de sua parte. O ceticismo de Meyer com relação às classificações sustentava-se em sua prática, sendo construído desde os primeiros anos pós-migração, quando trabalhou em postos de neurologia; tendo desenvolvido e mantido essa crítica até sua nomeação para uma cadeira no departamento de psiquiatria na Universidade Johns Hopkins em Baltimore em 1910 (KIRK & KUTCHINS, p. 59). Do mesmo modo em que incentivava pesquisas em psicologia comportamental, era adepto das idéias neo-organicistas de Kraepelin e promovia as idéias de Freud como integrante do movimento de difusão da psicanálise na América juntamente com William Meninger, fundador da *Meninger Foundation*, uma instituição voltada para aquele fim.

Outro fator que fortaleceu a difusão da psicanálise nos Estados Unidos e a conseqüente influência na classificação da APA foi o fato de a Segunda Guerra Mundial ter levado à migração de muitos analistas europeus para a América, entre eles nomes notáveis como Rudolf Lowenstein (1898-1976), Heinz Hartmann (1894-1970) e Ernest Kris (1900-1957). Nesse contexto, desenvolveu-se uma vertente da psicanálise chamada *Ego Psychology*, sendo uma variação da psicanálise adaptada às características sócio-culturais norte-americanas. Essa perspectiva entende que o Eu, suscetível aos ataques das pulsões do id, às admoestações do Supereu e aos obstáculos impostos pela realidade, necessitaria de um reforço a ser provido pelo analista. A idéia é a de um fortalecimento pela via da identificação do analisante ao analista como orientação para a direção do tratamento, definindo-se também pela orientação em direção a adaptação do Eu ao Outro do social e ao trabalho (SAFATLE, 2007, p. 25). Essa visão da psicanálise mostrou-se oportuna para a mentalidade pragmática que se desenvolvia na América refletindo o ideal americano do *self made man*, e influenciaria os debates para elaboração das edições do DSM-I e DSM-II.

Durante o período que correspondeu à Segunda Guerra Mundial e ao pós-guerra, houve um número expressivo de baixas entre os combatentes (quase 10% de todas elas) motivadas por problemas psiquiátricos. Os sintomas apresentados por aqueles soldados desafiavam os psiquiatras e a classificação vigente à época. Uma revisão foi realizada em 1934 sobre uma uniformização de estatísticas hospitalares de pacientes portadores de doenças mentais, feita em 1917 pela então Associação Médico-Psicológica Americana, atualmente

Associação Psiquiátrica Americana (APA). A nomenclatura baseava-se na experiência com pacientes dentro de hospitais e mostrava-se inadequada para descrever sintomas apresentados pelos soldados que voltaram da guerra. Diante disso, o exército e a marinha americana, junto com a Administração dos Veteranos, (um fundo assistencial para ex-combatentes e seus familiares), desenvolveu, com apoio da *Meninger Foundation*, um sistema próprio de classificação para uso na clínica com ex-combatentes ao lado da nomenclatura oficial (GONÇALVES, 2007, p. 24). Constavam, nesse sistema, as reações ao stress, os problemas psicossomáticos, neuroses e problemas da personalidade. Muitos desses casos não necessitavam de internação, mas exigiam dispositivos abertos não institucionais. O pós-guerra marcou, nos Estados Unidos, uma mudança na configuração dos dispositivos para tratamentos em saúde mental e no número de psiquiatras. Esses efeitos corroboraram alguns conceitos forjados a partir da psicanálise, afeitos aos problemas apresentados pelos soldados e pela sociedade. Vários transtornos apresentados pelos soldados não demandavam internações nem custos hospitalares, podendo ser tratados em ambiente ambulatorial ou em serviços comunitários.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) havia tomado a iniciativa de revisar e ampliar um manual baseado numa lista internacional de doenças, elaborada em 1853 e revisada quatro vezes. Em 1951, publicou a sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6). Como essa edição não incluía síndromes cerebrais orgânicas, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) instaurou um comitê para elaboração de um novo sistema classificatório uniformizado que refletisse o conjunto das opiniões dos clínicos conforme as necessidades práticas e, para isso, manteve a colaboração com psiquiatras que seguiam orientação psicanalítica (GONÇALVES, 2007, p. 24).

Todo o esforço foi realizado para produção de um acordo já nessa primeira versão da classificação. Segundo Bentall (2004), dez por cento dos psiquiatras membros da associação foram entrevistados para eliciarem opiniões sobre as categorias que o novo manual deveria conter e sobre um esboço que lhes foi apresentado, assim, atualizando e corrigindo o modelo em versões antecedentes e sucessivas, até o produto final que foi publicado em 1952. Houve empenho para que o DSM prevalecesse como uma espécie de esperanto das classificações. A Comissão de Nomenclatura e Estatística da APA exerceu um papel de conciliação entre as opiniões divergentes estabelecendo, assim, uma forma de gestão da elaboração do manual, de modo que a participação de psicanalistas na elaboração da nomenclatura e nos pressupostos etiológicos se fez presente desde a primeira versão. Também é verdade que a iniciativa da

APA de elaborar um manual segundo interesses que não foram contemplados no manual da Associação de Veteranos, elaborado em parceria com a *Foundation Meninger*, indicou desde o início da convivência o predomínio ideológico organicista e estatístico que as futuras versões delineariam com gradual nitidez.

Interessante notar como a história das classificações psiquiátricas, culminando na criação do DSM, apresenta um modelo em que questões que se referem à realidade e à validade dos conceitos, puderam ser resolvidas por consenso, trazendo também, a inquietante necessidade de conhecimento das condições que o tornaram possível. Reside nessa necessidade de exposição dos meios de produção do consenso sobre a nomenclatura e as teorias sobre o psiquismo, um esforço epistêmico que deveria sempre integrar o conjunto das preocupações com a clínica.

2.8 O DSM-I e o DSM-II: Kraepelin com Freud

De acordo com Aguiar (*apud* GONÇALVES, 2004), uma das noções principais do DSM-I foi a de ‘reação’, desenvolvida por Adolf Meyer a partir de sua leitura da psicanálise. Consistia na idéia de que os transtornos mentais e do comportamento seriam, na verdade, reações mal-adaptadas do indivíduo aos problemas da vida, desenvolvendo-se sobre um fundo orgânico ou genético.

Na década de cinquenta o cenário da psiquiatria registrava a forte influência da psicanálise entre os psiquiatras; mais que as concepções somatistas. De acordo com Kirk & Kutchins (1998, p. 59), “esses novos pontos de vista sublinharam (mais que as teorias somáticas) o papel do ambiente e da diversidade de formas que poderiam se beneficiar da atenção da profissão psiquiátrica”.

Dissemos que Meyer teve papel importante na psicanálise americana e influenciou, mesmo tendo-o criticado, a elaboração do DSM-I. A razão dessa influência, talvez se explique pela maneira como Meyer unia conceitos da psicanálise com idéias do novo organicismo kraepeliniano. Ao contrário do organicismo anterior, que atribuía a natureza e a causa da loucura a bases orgânicas por serem ainda determinadas, o novo organicismo admitia que o indivíduo pudesse desenvolver doenças mentais a partir de “causas endógenas, cerebrais ou não, e exógenas, estritamente orgânicas ou emotivas; como traumas ou como as paixões de Pinel.” (PESSOTTI, 1999, p. 165). Segundo o novo organicismo de Kraepelin, as doenças

mentais podiam acontecer por causas emocionais ou psicológicas, mas sobre uma base, uma predisposição geral do organismo (PESSOTTI, 1999, p. 166).

O ponto de vista proveniente da leitura da psicanálise (que lhe forneceu a idéia de que o Eu reagia a situações reais e aos problemas da vida mediante a formação de sintomas), como a influência do novo organicismo Kraepeliniano, levou Meyer a desenvolver uma concepção híbrida entre o somatismo de Kraepelin e a teoria psicanalítica. Além do termo ‘reação’ cunhado por Meyer e que se tornou marca daquela época, outros termos da psicanálise vigoravam no DSM-I como ‘conflito’, ‘neurose’ e ‘recalque’, por exemplo.

Como referência da importância de Kraepelin para o pensamento clínico de sua época citamos Laurent (1999), que esclarece sua influência no contexto de elaboração da teoria psicanalítica por Freud, o que indica e reforça sua influência histórica e no conceito científico de exploração e tratamento dos problemas psíquicos:

Freud nos deixou: três neuroses, duas vertentes essenciais da psicose, algumas neuroses atuais. É verdadeiramente uma clínica sólida, feita para durar, é Kraepelin simplificado, posto em ordem. Com a ajuda da transferência, Freud repartiu a neurose em duas vertentes: a neurose obsessiva e a histeria, a fobia delas se distinguindo por seu caráter transitório [...]. A loucura, ele a repartiu em, de um lado, continente parafrênico, de outro em transtornos maníaco-depressivos, seguindo a orientação dominante de seu tempo. Enfim, para as neuroses atuais e as personalidades narcísicas, ele nos deixou os nomes para os limites da ação transferencial. (LAURENT, 1999, p. 79).

Kraepelin foi uma referência em seu tempo no que dizia respeito a abordagens descritivas. Em 1883, o *Compêndio de Psiquiatria* foi lançado com trezentas e oitenta páginas e, após ser submetido a oito revisões ao longo de trinta anos, reunia duas mil e quinhentas em quatro volumes (BERCHERIE, 1989, p. 161). O trabalho de Kraepelin é a base da atual abordagem das classificações dos transtornos mentais: “A sombra kraepeliniana, crescente, se projeta sobre o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais [...]” (KIRK & KUTCHINS, 1988, p.25). Enquanto Freud dedicou-se a estabelecer uma etiologia psicodinâmica das doenças psíquicas, Kraepelin buscou uma metodologia descritiva que apontava para um esforço de síntese de sintomas a serem classificados em entidades distintas, e que na maioria das classificações da época se repetiam em diversas outras entidades: “Assim, reencontramos em Kraepelin, no âmbito de uma obra capital, as características gerais da psiquiatria alemã, a amplitude de seu alcance e suas tentativas de síntese e de fechamento” (BERCHERIE, 1980, p.174).

O ponto de vista descritivo, apesar dos impasses e das questões não respondidas do

ponto de vista da explicação das causas das doenças, tornou-se interessante e mais prático aos olhos dos clínicos e da sociedade americana. Tal praticidade, permitindo discernir o que de mais conveniente nos sintomas poderia ser abrandado, extinto ou silenciado, mostrou-se também aplicável à organização dos serviços da assistência psiquiátrica e de saúde mental que mantiveram as referências da Paranóia, da Esquizofrenia e da Psicose Maníaco-Depressiva durante as versões I e II do DSM.

Conforme Gonçalves (2007, p.28), o DSM-II lançado em 1968 possuía uma orientação também marcadamente psicanalítica, mas tentava responder às demandas de outros setores da medicina devido à expansão do campo profissional da psiquiatria para hospitais gerais, serviços comunitários e ambulatoriais. Nesses cenários, o uso do DSM-II dava-se não somente na atribuição diagnóstica como no fornecimento de laudos, na própria consultoria para organização dos fluxos da clientela pela rede de serviços conforme o diagnóstico.

Repetiu-se, na elaboração do DSM-II, dezesseis anos depois, em 1968, o mesmo esforço de produção de consenso entre os psiquiatras convidados a emitir sua opinião sobre as categorias diagnósticas que deveriam vigorar no manual. O objetivo declarado seria o de diminuir a ambigüidade das informações e facilitar a troca de dados entre pesquisadores e clínicos. No DSM-II aumentaram o número de diagnósticos, e ele continuaria marcado pela influência psicodinâmica, embora o termo 'reação' (homenagem a Meyer) tenha deixado de constar em sua nomenclatura. O DSM-II estimulava o uso de diagnósticos múltiplos e propunha exprimir as práticas clínicas em psiquiatria. Mais de uma centena de psiquiatras opinaram sobre o esboço do DSM um ano antes de sua publicação, com o objetivo de corrigir falhas, melhorar os termos e aproximá-los de um consenso.

Todavia, malgrado os esforços da APA para diminuição da importância da etiologia no DSM, a influência da psicanálise se mantinha como uma promessa de produção de uma classificação que relacionasse as categorias aos conflitos psicodinâmicos, melhorando a compreensão dos sintomas com uma proposta de tratamento externo, alternativo à terapêutica tradicional. Essa época também assistiu a uma disseminação dos conceitos psicanalíticos na população, fato que ajudou em sua difusão; como também, contrariamente, na resistência que a psicanálise enfrentaria nas fileiras de produção do DSM e comprometeria a futura participação de psicanalistas na elaboração de versões posteriores do manual como o foi a partir do DSM-III.

O diagnóstico via DSM-II pedia aos médicos, em geral, conhecimento teórico em psicanálise, habilidade em psicopatologia e raciocínio nosológico, impondo-lhes, assim, maior responsabilidade nos julgamentos e na atribuição de diagnósticos. Isto, em um terreno clínico de conceitos abstratos (estranhos à formação natural em medicina), de nomenclatura instável (no caso da permanência ou não de validade de uma categoria entre as versões do manual) e de entidades clínicas indefinidas com sintomas que caberiam em mais de uma categoria no cruzamento com situações clínicas reais (GONÇALVES, 2007, p. 29).

Ora, o diagnóstico em psicanálise é altamente conjectural. Depende estritamente dos desenvolvimentos da transferência que podem mobilizar informações da parte do paciente, que só se tornarão evidentes a partir e depois das intervenções do clínico ou das próprias entrevistas/sessões com o analista em um novo encontro. Os desdobramentos das questões do paciente em seu testemunho sob transferência e as construções fantasmáticas realizadas pelo analista a partir do sintoma integram de modo decisivo a direção do tratamento em psicanálise, e vinculam o diagnóstico a esse movimento, totalmente subjetivo para os parâmetros da psiquiatria.

Na avaliação do Comitê de Nomenclatura e Estatística da APA, presidido por Robert Spitzer, os DSM-I e II não estabeleceram com nitidez a fronteira entre normal e patológico, oferecendo descrições vagas e dependentes de etiologia. O problema da etiologia como base das classificações psiquiátricas já havia sido tematizado por Erwin Stengel - psiquiatra britânico encarregado de estudar melhoramentos na seção de desordens psiquiátricas nas edições futuras da Classificação Internacional de Doenças (CID): “Stengel tornou-se convencido que os preconceitos etiológicos eram responsáveis pela maior parte das dificuldades em conseguir acordo.” Por estas razões, abraçou uma idéia sugerida originalmente pelo filósofo americano Carl Hempel e propôs que as classificações futuras de doenças psiquiátricas deviam incluir somente definições operacionais, que contivessem definições precisamente especificadas e regras a serem seguidas ao fazer cada diagnóstico (BENTAL, 2004, p. 4).

Os contornos do ateoricismo a ser declarado a partir do DSM-III, na década de setenta, começavam assim a serem delineados na constituição de parceria entre as classificações da OMS e da APA. É essencial destacar que a etiologia é a própria teoria da clínica. Nesse aspecto, as dificuldades para se atingir convergência entre opiniões diagnósticas dependia de variáveis difíceis de controlar; relacionadas mais à experiência do clínico, ao manejo e ao

conhecimento em nosologia que à objetividade e precisão das nosografias. Então:

O conselho de Stengel era que o diagnóstico não devia fazer nenhuma referência à etiologia para seguir a oitava edição da classificação internacional da doença, que foi publicada em 1965 e adotada oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1969. A CID-8 era o produto de um grau incomum de cooperação entre psiquiatras em países diferentes. As sociedades psiquiátricas escandinavas e alemãs suportaram a taxonomia nova e a associação psiquiátrica americana concordou basear uma revisão de seu manual diagnóstico e estatístico no sistema CID-8. (BENTALL, 2004, p. 45).

Assim, sobre uma visão utilitária da importância do consenso, deu-se a integração de duas frentes de trabalho, a da APA com o DSM e a da Organização Mundial de Saúde - orientadas por uma alternativa mais política que necessariamente coerente com os pressupostos epistêmicos que a ciência requereria. Identificada a raiz da Babel que instalara a desordem na linguagem psiquiátrica - a etiologia psicodinâmica - tratar-se-ia de identificar os passos necessários para uma reaproximação da psiquiatria de suas origens médicas e afirmá-la nos princípios da ciência. A etiologia psicanalítica (que nada se relacionava com a materialidade orgânica própria às doenças médicas) expunha a psiquiatria às críticas que a atingiam em seus vínculos com a medicina e a ciência. Ameaçava-lhe, com isto, sua existência pela interrogação de sua finalidade e de sua eficiência enquanto profissão para reconhecer e tratar as doenças mentais.

2.9 As questões políticas e econômicas do DSM: o campo profissional, o estatuto de ciência e a validade do conceito de homossexualidade

A influência da psicanálise no DSM, muito antes de ajudar a resolver o problema da validade científica e da confiabilidade dos diagnósticos, mais reforçou entre os psiquiatras e clínicos a necessidade de se recorrer à etiologia, o que se opunha ao projeto científico que muitos desejavam para a psiquiatria. Dilemas insolúveis como a pluralidade de explicações etiológicas, levaram a Associação Americana de Psiquiatria a decidir pela organização de um sistema de classificações que estivesse de acordo com seus interesses no plano político e econômico.

No plano econômico, a confluência de vários interesses suportados nas mais variadas visões de mundo orientaram a elaboração do manual:

As questões econômicas resultaram das tentativas de regular a disponibilidade e as condições de tratamentos médicos, psiquiátricos e psicológicos. As companhias de seguro de saúde na América do Norte exigiram um diagnóstico antes de fazerem o reembolso aos reivindicadores, e solicitaram a APA que os critérios discriminassem entre as categorias as

que realmente necessitavam de psicoterapia. (BENTALL, 2004, p. 57).

A agência norte-americana de Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA)¹¹ pediu às empresas farmacêuticas que especificassem os transtornos para os quais novos compostos foram criados.

As questões políticas referiam-se tanto ao status científico da psiquiatria, questionada em sua filiação à medicina devido a dúvidas sobre sua capacidade de estabelecer diagnósticos e sobre a eficácia de seus tratamentos. Referiam-se também à definição dos conceitos de transtorno mental e de normalidade como à definição de categorias que deveriam constar como transtornos psiquiátricos no DSM-III.

No que diz respeito à filiação, vários ingredientes favorecem uma degradação dos laços entre psiquiatria e medicina; a começar pelos novos sintomas apresentados pelos ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial e as novas categorias diagnósticas inspiradas na psicanálise que abriram a possibilidade de tratamentos ambulatoriais propiciando oportunidade para o desenvolvimento de abordagens multidisciplinares. Entre as profissões que passaram a dividir com a psiquiatria o mercado de trabalho em saúde mental constavam psicólogos, assistentes sociais, conselheiros familiares e enfermeiros psiquiátricos. A mudança nas categorias diagnósticas no pós-guerra também impulsionou o desenvolvimento de uma rede de serviços em saúde mental que cresceu a partir da multiplicação das possibilidades de novos problemas tratáveis pela psiquiatria. Esse deslocamento correspondeu à mudança de ênfase no modelo hospitalocêntrico que se revelara dispendioso para uma rede de serviços abertos e comunitários onde se desenvolviam os tratamentos multiprofissionais.

No período que transcorreu entre as décadas de 50 e 80, a rede de saúde mental norte-americana passou de um sistema de hospitais públicos, onde a clientela predominante seria de excluídos empobrecidos e incapacitados, a uma rede de serviços públicos e privados aberta a pessoas com demandas de psicoterapia. Foi esse cenário que se mostrou desfavorável à psiquiatria, ameaçando-a com o favorecimento da concorrência de outras abordagens profissionais, em sua autoridade sobre os problemas mentais: “Abandonando as pretensões de exercer uma expertise enraizada na medicina, favorecendo a psicoterapia ambulatorial os psiquiatras multiplicaram seus próprios concorrentes” (BENTALL, 2004, p.32).

Esta abertura de possibilidades a outras profissões, no exercício profissional no campo

¹¹ *Food and Drug Administration.*

da saúde mental, acentuou o descrédito da psiquiatria junto a outros ramos da medicina. Explicações meramente sugestivas das causas das doenças mentais, a rivalidade com outras abordagens terapêuticas, o debate no seio da profissão por ocasião do movimento da antipsiquiatria, pondo em dúvida a existência da doença mental, foram, também, elementos de desgaste de sua imagem e promoveram sua marginalidade no conjunto das especialidades médicas. No contexto de críticas à psiquiatria e à sua pertinência como segmento da medicina, a influência da psicanálise sobre os psiquiatras e nos DSM-I e II ameaçava separá-la ainda mais da medicina:

No fim dos anos 60, muitos psiquiatras americanos tinham-se desencantado com a psicanálise, em parte porque não tinha produzido tratamentos eficazes, mas também porque ameaçou separar os laços entre a psiquiatria e a medicina. Foi, principalmente, em reação a esta ameaça que Spitzer e outros colocaram suas esperanças em uma abordagem completamente biológica para a doença mental. (BENTALL, 2004, p. 58).

Outro fato político é citado por Kirk & Kutchins (1998, p. 10) quando, no contexto de modificações do DSM-II, no Congresso anual da APA, em 1970, em São Francisco, Califórnia, a plenária foi interrompida por ativistas do movimento *gay* que reivindicavam a retirada da homossexualidade da condição de categoria psiquiátrica. Na ocasião, a polarização do debate deu-se entre os representantes do movimento *gay* e psicanalistas integrantes dos grupos de trabalho do DSM que defendiam a idéia de que a homossexualidade seria uma forma de perversão sexual, como tal um desvio da finalidade sexual da pulsão e, portanto, uma categoria psiquiátrica. Os ativistas, reforçados pelo envolvimento nos debates de representantes da Associação Americana de Psiquiatras *Gays*, defendiam a posição de que a homossexualidade seria uma variação normal do desenvolvimento sexual humano.

No congresso de 1972 dois psicanalistas da APA, Irving Bieber e Charles Socarides, defenderam oficialmente suas opiniões, segundo as quais estava provado, “cientificamente”, que “a homossexualidade era um estado patológico e toda reposta positiva aos pedidos dos psiquiatras *gays* seria um compromisso político” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 141). Presente a esse encontro, Robert Spitzer travou seu primeiro contato com os ativistas na pessoa de um deles, chamado Ron Gold que interrogou sua opinião. Spitzer, que a princípio acreditava que a homossexualidade era um problema mental e teria um lugar na classificação, admitiu que não havia lido sobre o assunto, mas propôs-se a mediar o conflito e organizou um encontro no congresso programado para o mês de maio de 1973, em Honolulu, com a participação de representantes do Comitê de Nomenclatura e Estatística da APA. Henri Brill, à época presidente do referido comitê aceitou o convite para discutir a questão com

representantes ativistas sem a participação dos membros da APA que se opuseram a retirada da homossexualidade do DSM. Toda essa movimentação para produção de uma negociação sobre a melhor forma de tratar da presença de uma categoria diagnóstica na classificação demonstra como a nosologia na elaboração do DSM serviu a propósitos exclusivos de salvamento e de estabilização do prestígio da profissão.

O congresso da Associação Americana de Psiquiatria de 1973, foi organizado por Spitzer tendo como centro uma mesa intitulada “*Sobre a Homossexualidade*”, a ser ocupada por defensores da retirada da homossexualidade do manual e por defensores de sua manutenção. A expectativa da maioria era a de que “a homossexualidade fosse riscada do DSM” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 144).

Na seqüência desse congresso, outra jornada de trabalho teve a presença e a participação de Spitzer. Foi uma reunião da Associação de Psiquiatras Gays, onde teve a oportunidade de ouvir dos colegas psiquiatras que “suas vidas tinham sido mudadas” desde o estabelecimento do debate sobre a patologização da homossexualidade pelo Comitê de Nomenclatura e Estatísticas da APA. Convencido pelos depoimentos, Spitzer redigiu um artigo intitulado “*A Homossexualidade como forma irregular do desenvolvimento sexual e a perturbação de desenvolvimento sexual como problema psiquiátrico*”¹². O artigo não recomendava a retirada da homossexualidade do manual, mas reconsiderava a qualidade de sua inserção. Spitzer desenvolveu a idéia de que a homossexualidade por si só não seria argumento suficiente para justificar um diagnóstico psiquiátrico, mas a condição de qualquer mal-estar pelo indivíduo ou desconforto com a tendência homossexual seria indicador de um diagnóstico de Perturbação da Orientação Sexual. De fato, a noção defendida pelos ativistas *gays* pela consideração da homossexualidade como uma variação normal do desenvolvimento sexual humano não foi aceita por Spitzer. Aceitar uma mudança tão radical de critérios para exclusão de uma categoria afetaria ainda mais a credibilidade da psiquiatria. A questão da homossexualidade seria mais um dos impactos sofridos pela psiquiatria com relação à validade científica de seus conceitos. A impossibilidade de garantir a validade de um conceito como o da homossexualidade era o tipo de problema com que Robert Spitzer lidava ao propor uma transformação no estatuto da homossexualidade para que pudesse, a um só tempo, atender a demanda do movimento *gay* e salvar a credibilidade da profissão.

¹² *Homosexuality as an Irregular Form of Sexual Development and Sexual Orientation Disturbance as a Psychiatric Disorder.*

A proposta de modificar a definição para manter a homossexualidade como problema psiquiátrico não foi aceita pelos ativistas. Para resolver o impasse, havendo resistências também junto ao Comitê de Nomenclatura e Estatísticas da APA, seu presidente à época, Henry Brill, propôs que o assunto fosse levado à votação em plenárias organizadas nos vários níveis de decisão institucional da Associação. Esta proposta foi rejeitada internamente com a observação de que não se decidia uma classificação pelo recurso ao voto (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 146). Porém, mesmo sob protestos dos ativistas, a APA resolve manter a definição elaborada por Spitzer sob justificativa de que não se devia passar informação diferente dessa, ainda mais vinda de um comitê que havia sido nomeado para julgar uma questão científica. O texto estabelecido para *Perturbação do Desenvolvimento Sexual no DSM-III* estabeleceu que a categoria diagnóstica se distinguiu da homossexualidade, que não constituía necessariamente um problema psiquiátrico ela mesma. O *Washington Post* de 12 de setembro de 1973 noticiaria, “Os médicos decretaram que os homossexuais não são anormais”; entretanto, nem Spitzer nem o Conselho de Administrativo da APA nem o Comitê de Nomenclatura e Estatística haviam declarado que o homossexualismo poderia ser definido como normal.

A questão da vigência da homossexualidade entre as categorias do manual foi objeto de outros debates e artigos de ambos os lados. Estes apresentaram argumentos “científicos” em favor de suas hipóteses até que, em um referendo realizado em 1974, Spitzer propôs uma nova definição que seria motivo de outra revisão mais tarde, porém necessária para ajustar em uma nomenclatura apropriada o tipo de transtorno. Sua proposta definia primeiramente como “Homodisfilia”, mais tarde como “Disomofilia”, para ressurgir como “Homossexualidade Egodistônica” no DSM-III, “um diagnóstico reservado àqueles cujas pulsões sexuais mergulhavam na desordem” (SPITZER, 1981, *apud* KIRK & KUTCHINS, p. 153). Ao final dessa longa disputa o movimento ativista desistiria de continuar o embate e a APA concordaria em não retomar definições mais conservadoras. Anos mais tarde, em 1987, por ocasião do lançamento do DSM-III-R, a categoria diagnóstica Homossexualidade Egodistônica foi suprimida mediante alegação de que teria sido muito pouco usada na clínica não se justificando sua manutenção. Outro embate, entre a APA e o movimento feminista, favoreceria uma retomada da oposição pelo movimento *gay* sobre a retirada da categoria, o que teria criado a oportunidade para sua supressão antes de uma renovação das polêmicas.

Outra função das classificações psiquiátricas relaciona-se com o investimento de recursos públicos no modelo assistencial em saúde mental e com a definição sobre os tipos de

problemas que devem ser levados em consideração segundo a necessidade de tratamento: “A estimativa do número de pessoas que sofrem de problemas mentais depende diretamente da definição que lhes damos: ela oscila entre uma frágil porcentagem e um terço da população” (CLEARY, 1989; ROBBINS & REGIER, 1991 *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 32).

A classificação e o modo como é concebida a doença condiciona a forma de investimento em políticas de saúde mental: “O diagnóstico psiquiátrico intervém diretamente para determinar quais os problemas humanos serão cobertos pelos fundos ou seguros privados” (KIRK & KUTCHINS 1998, p. 29). A necessidade de uma classificação científica atendia também a interesses comerciais, uma vez que somente uma argumentação coerente com os princípios da ciência serviria como base para definição do tipo de transtornos que deveriam valer para pagamento de profissionais pelas seguradoras e convênios de saúde; como também na definição de pesquisas em que a indústria farmacêutica deveria investir para produção de medicamentos capazes de controlar os sintomas mais severos.

O DSM-III contava com a colaboração de psiquiatras convictos de que o afastamento das preocupações com a etiologia das doenças psiquiátricas e a definição de um projeto de biopsiquiatria, apoiado em bases fisiológicas para os problemas mentais, favoreceria as pesquisas sobre tratamentos farmacológicos distinguindo a abordagem psiquiátrica de outras psicoterapias. Dessa forma destacar-se-ia o aspecto médico da profissão, fornecendo uma base consistente para sua autoridade tanto junto à medicina como na saúde mental.

2.10 O experimento de David Rosenhan

Na década de 60, as relações entre psicanálise e psiquiatria achavam-se desgastadas. Os psiquiatras consideravam que a psicanálise não oferecia a eficácia além de ser uma teoria que postulava uma etiologia psicogênica, afrouxava mais que fortalecia os laços com a medicina científica. O assunto já havia sido tratado por Spitzer e Bayer em um relatório de 1985 onde defendiam que se extirpasse a neurose da nomenclatura do DSM além de outros freudismos (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 140).

Além da presença de conceitos psicanalíticos no DSM, eventos como o debate sobre a validade científica do conceito de homossexualidade e a publicidade em torno da falta de confiabilidade dos diagnósticos, abalariam a psiquiatria americana. Robert Spitzer, nomeado presidente do Grupo de Trabalho sobre Nomenclatura e Estatística da APA, em maio de 1974 (KIRK & KUTCHINS, 1988, p. 166), enfrentaria, ainda na condição de defensor do DSM, os efeitos da divulgação de uma pesquisa conduzida por David Rosenhan, professor emérito de psicologia e de direito da Universidade de Stanford, na prestigiosa revista *Science*. (ROSENHAN, 1973, pp. 250-258).

Rosenhan, psicólogo, empreendeu um experimento em psicologia social considerado um dos mais importantes do século XX. Sua pesquisa destinava-se a verificar até que ponto os diagnósticos psiquiátricos baseados em categorias sindrômicas diziam mais sobre o ambiente e o contexto em que se observam os pacientes que sobre os próprios pacientes observados. Ele não pretendia negar a existência da doença mental nem do sofrimento psíquico, mas questionar até que ponto as noções de normalidade e de anormalidade dependiam de diagnósticos que não diziam a verdade sobre as pessoas que os recebiam. Com isso, Rosenhan postulava que, assim como na teoria estatística, em medicina há um tipo de viés que induz os médicos a dois tipos de erro na atribuição de um diagnóstico.

O erro mais comum em medicina denomina-se “erro de tipo 2”, e refere-se à maior inclinação dos médicos em atribuir a alguém saudável um diagnóstico de enfermidade (falso positivo, tipo 2), do que atribuir a alguém enfermo um estado de boa saúde. Esse tipo de erro acontece devido à prudência médica, porque é preferível se enganar e submeter a tratamento alguém que goze de boa saúde, que dispensar alguém doente sem providenciar-lhe nenhum cuidado. É melhor errar por precaução.

Rosenhan alertava, entretanto, que as conseqüências de um erro tipo 2 em psiquiatria

não são as mesmas para o paciente que as de outra área médica, como a cardiologia ou a nefrologia. Doenças fisiológicas não têm, geralmente, uma conotação pejorativa e não produzem, em sua maioria, nenhum tipo de estigma social. A situação dos diagnósticos psiquiátricos é bem diferente para o paciente, porque induzem a estigmas e são geradores de preconceitos sobre a vida pessoal, no plano legal e social.

O experimento visava testar se pessoas normais podiam ser identificadas em ambientes de tratamento para alienados. Se assim fosse, normalidade e anormalidade seriam distintas e discerníveis pela confiabilidade das categorias diagnósticas usadas nessas situações. Porém, se a sanidade dos pseudopacientes não fosse descoberta, isso reforçaria a tese de que os diagnósticos psiquiátricos dizem pouco sobre o paciente e mais sobre o ambiente em que ele é submetido à observação.

Oito pseudopacientes, entre eles Rosenhan, se apresentaram a hospitais psiquiátricos com alegação de ouvirem uma voz que lhes dizia “vazio” ou “oco”. As vozes seriam do mesmo sexo do paciente. A expressão do delírio, sugestiva da alucinação verbal, foi previamente combinada pela equipe de pesquisa pelo fato de fazer referência a dilemas existenciais e poder ser expressa sob a forma de um fenômeno clínico da psicose e por não haver na psiquiatria nenhuma referência a nenhuma psicose ou esquizofrenia existencial. Sete dos pseudopacientes foram admitidos com diagnósticos de esquizofrenia e um com o de psicose depressiva. As equipes dos hospitais não tiveram, em nenhum momento, conhecimento oficial do experimento. Para o restante da entrevista, os pseudopacientes combinaram entre si que forneceriam informações verídicas, pois estas informações poderiam influenciar favoravelmente num diagnóstico de sanidade, já que as histórias retratavam vidas comuns sem comportamentos considerados patológicos.

Uma vez internados, os pseudopacientes voltaram a se comportar normalmente, e passaram explicitamente a tomar notas sobre a conduta da equipe na relação aos internos. Passaram também a dispensar a medicação recebida nos lavatórios e comprovaram ser esta uma prática comum entre os pacientes. Também era comum que os pacientes verdadeiros identificassem a sanidade dos pesquisadores.

O tempo de internação em média foi de 19 dias, e os pseudopacientes receberam alta com o diagnóstico de “esquizofrenia em remissão”. O termo “em remissão”, observa Rosenhan, não significa que os pacientes tenham sido necessariamente acompanhados. Indica

que, uma vez diagnosticados como esquizofrênicos os pseudopacientes ficaram marcados com um rótulo e, já que receberiam alta, não poderiam receber outra classificação que não essa.

Rosenhan, logo após a realização dessa pesquisa, empreendeu outra pesquisa visando verificar se a tendência dos psiquiatras em classificar pessoas normais como loucas poderia ser revertida. Ele acertou com um hospital de pesquisa e ensino que enviaria alguns pseudopacientes para entrevista de internação, advertindo previamente as equipes sobre os resultados da pesquisa anterior. Durante três meses, que foi o prazo acordado entre Rosenhan e a direção do hospital, as equipes trabalharam na expectativa de que pseudopacientes tentariam ser admitidos à internação. Combinou-se que os psiquiatras usariam uma escala de 1 a 10 para aferir o nível de certeza do profissional sobre se tinha a frente um pseudopaciente ou não.

Os resultados indicaram que cento e noventa e três pacientes foram avaliados e admitidos no hospital e todos da equipe não só psiquiatras emitiram opiniões baseadas na classificação do DSM-II. Quarenta e um pacientes foram indicados com alto grau de certeza como pseudopacientes por pelo menos um membro da equipe. Vinte e três foram considerados suspeitos por pelo menos um psiquiatra e dezenove pacientes também o foram por pelo menos um membro da equipe e um psiquiatra. Após a apresentação dos resultados, Rosenhan, convidado a dizer o verdadeiro número de pseudopacientes que teria enviado às equipes, revelou não ter enviado nenhum. O experimento confirmou a existência da inclinação entre as equipes que usam a classificação oficial, a designarem pessoas normais como insanas. O efeito somente poderia ser revertido, argumentava Rosenhan, “quando a sagacidade na realização do diagnóstico é alta” (ROSENHAN,1973, p. 4). Sagacidade é uma qualidade que se adquire com a prática clínica.

Da amostragem apresentada, para os dezenove pacientes sobre os quais coincidiram opiniões de um psiquiatra e de outro membro da equipe, Rosenhan perguntava se essas pessoas eram realmente “sãs” ou se a equipe, evitando o erro de tipo 2, não teria cometido o erro de tipo 1 denominando loucos como sãos. Com isto, ele advertiu que um sistema de classificação e diagnóstico em psiquiatria “que se rende tão facilmente a erros desse tipo não deve ser um meio estritamente confiável” (ROSENHAN,1973, p. 4).

2.11 Os Critérios Feighner

Como dissemos, Spitzer se contrapôs à pesquisa empreendida por Rosenhan, logo após a revisão do DSM-II, quando se preparava para assumir a coordenação dos trabalhos para elaboração do DSM-III. Segundo Kirk & Kutchins (1998, P. 159), durante um simpósio do qual participava para avaliar os resultados apresentados por Rosenhan, Spitzer qualificou a pesquisa de pseudociência e argumentou que o diagnóstico “esquizofrenia em remissão”, alegado na pesquisa, não era de comum utilização. Apresentou dados coletados por ele mesmo em outros hospitais, buscando demonstrar que os registros sobre as altas dos pacientes quase sempre mantinham o diagnóstico de admissão. Desta exposição, concluiu que os psiquiatras dos hospitais onde o experimento Rosenhan foi desenvolvido haviam percebido que pseudopacientes eram pessoas normais e que o diagnóstico “em remissão” significaria um estado de “*boa saúde mental camuflada*” (KIRK & KUTCHINS, 1998, P. 162).

Na verdade, o debate reaberto por Rosenhan sobre a confiabilidade dos diagnósticos do DSM-II indicou a Spitzer que, se o problema era esse, a solução deveria ser buscada aí e não na tentativa de apurar a validade dos conceitos. A falta de consenso entre os psiquiatras sobre as categorias diagnósticas já era de conhecimento público, e a resolução dessa questão sanaria de uma vez por todas as dúvidas sobre a credibilidade da psiquiatria, seu estatuto de ciência e seu pertencimento à medicina. Sustentava que esse problema somente poderia ser resolvido estabelecendo critérios de inclusão e de exclusão para cada uma das categorias do manual. Dessa maneira, o manual seria aprimorado em relação às descrições vagas e generalizadas do DSM-II, que exigiam raciocínio em psicopatologia da parte dos aplicadores.

Spitzer integrava um grupo de pesquisadores composto por psicólogos e psiquiatras que ficou conhecido na história da psiquiatria contemporânea como Grupo de St. Louis. Esse grupo foi responsável pelo lançamento de uma nova abordagem definida em critérios diagnósticos para aplicação em pesquisa, o CDP (Critérios Diagnósticos de Pesquisa). O CDP, a princípio, deveria ter sua aplicação restrita às pesquisas, mas, com o tempo, constatada a dispersão a que os critérios de diagnóstico estavam sujeitos pela maneira como os médicos tomavam decisões diagnósticas, a equipe de pesquisa sugeriu seu uso na clínica.

O Grupo de St. Louis se apoiaria nos *critérios Feighner* para construção do CDP. O CDP embasaria a elaboração do DSM-III. Para essa empresa o Grupo de St. Louis uniu-se a pesquisadores da Universidade de Columbia e do Instituto Psiquiátrico de Nova York.

Formou-se um grupo muito especializado, que mantinha intercâmbio de pesquisa, através de uma rede de trabalhos científicos, de modo que Gerald Klerman, um de seus integrantes, proclamaria o grupo como um “colégio invisível de Neo-Kraepelinianos”. Em 1978, Klerman publicou, na revista *Schizophrenia: Science and Practice*, um artigo intitulado, “A evolução de uma nosologia científica”, que teve o tom de um manifesto. Nele, Klerman fazia nove propostas que acreditava estarem vinculadas às raízes do pensamento de Kraepelin: 1) a ênfase descritiva na categorização dos sintomas; 2) a devoção à investigação pelo método empírico; e 3) sua postura antipsicanalítica (DECKER, 2007). A referência à Kraepelin, mais que uma homenagem, servia como o resgate histórico das raízes médicas da psiquiatria.

O que se chamou credo Neo-Kraepeliniano era, na verdade, constituído de afirmações que delimitavam o enquadramento biológico da atividade clínica em psiquiatria, e também o limite entre a sanidade e a insanidade que havia sido atacada pelo artigo de David Rosenhan na Revista *Science*. Foi um tipo de resposta que recolocou a psiquiatria no caminho de sua afirmação como ciência. O credo Neo-Kraepeliniano afirmava o seguinte:

1. A psiquiatria é um ramo medicina.
2. A psiquiatria deve usar modernas metodologias científicas e basear sua prática no conhecimento científico.
3. A psiquiatria trata as pessoas doentes e que requerem o tratamento para a enfermidade mental.
4. Existe um limite entre o normal e o patológico.
5. Há algumas doenças mentais distintas. As doenças mentais não são mitos. Há não uma, mas muitas doenças mentais. A tarefa da psiquiatria científica, como a de outras especialidades médicas, é investigar as causas, o diagnóstico e o tratamento dessas doenças mentais.
6. O foco do médico psiquiatra deve particularmente se colocar nos aspectos biológicos da doença mental.
7. Nisso deve ser explícita e intencional a preocupação com o diagnóstico e a classificação.
8. Os critérios diagnósticos devem ser codificados, e sua validação por diferentes técnicas, deveria ser considerada como um domínio de pesquisa legítima e preciosa. Ademais, os departamentos de psiquiatria das escolas de medicina deveriam ensinar esses critérios e não depreciá-los como foi o caso durante muitos anos.
9. Em esforços de pesquisa dirigidos para melhorar a confiabilidade e a validade do diagnóstico e da classificação, deveriam ser usadas técnicas estatísticas.
(KLERMAN, G.L., 1978, apud KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 92).

O recurso ao método natural como condição para alçar a qualidade de ciência vinha agora ser substituído pelo recurso à estatística; uma ciência associada à epidemiologia e às probabilidades de medida que deveriam ser tratadas. Mas a primeira tarefa desse grupo de pesquisa seria definir critérios específicos para várias categorias que no DSM-II constavam com um elevado grau de generalidade. Alguns exemplos das descrições que vigoravam no

DSM-II, são conhecidos:

300.6 Neurose de despersonalização: Síndrome dominada por uma sensação de irrealidade e estranhamento do eu, do corpo e do ambiente. Esse diagnóstico não deveria ser usado se o estado fizer parte de outro transtorno mental, tal como uma reação aguda a uma situação dada. Uma curta experiência de desrealização não é necessariamente um sintoma de doença. (p.41).

301.6 Personalidade astênica: Esse tipo de comportamento é caracterizado por uma grande fadigabilidade, um baixo nível de energia, uma falta de entusiasmo, incapacidade acentuada de experimentar prazer e uma hipersensibilidade ao stress físico e emocional. Esse problema deve ser distinguido da neurose neurastênica. (p.43).

308.3 Reação de fuga na criança ou no adolescente: Os indivíduos que sofrem desse transtorno esquivam-se de situações ameaçadoras de modo característico fugindo de casa, sem permissão, um dia ou mais. Eles são de tipo imaturo e tímido, se sentem rejeitados em casa, inadaptados e sem amigos. Eles sempre roubam subrepticiamente.

295.0 Esquizofrenia tipo simples: Esta psicose é caracterizada antes de tudo por uma diminuição lenta e insidiosa dos laços e dos interesses pelo exterior, por uma apatia e indiferença que conduzem ao empobrecimento das relações interpessoais, a uma deterioração mental e a uma estabilização no nível mais baixo de funcionamento. Em geral o estado é menos dramaticamente psicótico que em outras formas hebefrênicas, catatônicas e paranóides da esquizofrenia. Se distingue igualmente da personalidade esquizóide, na qual há pouca ou nenhuma progressão do transtorno. (DSM-II, *apud* KIRK & KUTCHINS, p. 95).

Expressões vagas como “*incapacidade de experimentar prazer*”, “*sentimento de rejeição*” e “*sensação de estranhamento do eu*” não eram científicos no sentido da precisão que se exigia de conceitos aspirados pelos pesquisadores, e deixavam amplas margens para interpretação. A partir de análise do DSM-II, o Grupo de St. Louis retomou as recomendações do filósofo Carl Hempel, que propusera que as classificações psiquiátricas só contivessem definições operacionais, precisamente especificadas e com regras a serem seguidas pelos clínicos para realização do diagnóstico. Foram elaborados critérios para quinze transtornos mentais que ficaram conhecidos como *Crítérios Feighner*, em homenagem a John Feighner, um dos autores do artigo.

A diferença entre os critérios elaborados e as definições do DSM-II era muito contrastante. Enquanto o DSM-II desenvolvia uma descrição sobre a forma de manifestação da patologia, que expunha toda a influência psicanalítica com uma exigência implícita de exercício psicopatológico da parte do avaliador; os critérios elaborados pelo Grupo de St. Louis eram bastante diretos e indicavam claramente os sintomas que deveriam ser considerados e sua regularidade mínima para definição de uma patologia. Abaixo, apresentamos uma amostra da comparação entre ambas as fontes:

Quadro 1 – Descrição da Depressão

| DESCRIÇÃO DA DEPRESSÃO | |
|---|---|
| DSM-II | CRITÉRIOS FEIGHNER (1972) |
| <p>Neurose depressiva: Esse problema se manifesta por uma reação excessiva de depressão devida à um conflito interno ou a um evento identificável como a perda de um objeto amado ou de um bem apreciado. Deve ser distinguida da melancolia involutiva e da doença maníaco-depressiva. As depressões reacionais ou reações depressivas devem ser classificadas aqui.</p> | <p>As três exigências seguintes devem ser reencontradas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor disfórico caracterizado por sintomas do tipo: depressão, tristeza, abatimento, desespero, sensação de “cafard” (desgosto, angústia), irritabilidade, medo, inquietude e desencorajamento. 2. Ao menos 5 dos 8 critérios seguintes: <ol style="list-style-type: none"> a. Pouco apetite ou perda de peso de 1 kg por semana ou de 5 kg ou mais em um ano, sem regime. b. Sono difícil, aí compreendida insônia e hipersonia. c. Perda de energia, mais exatamente fadigabilidade ou lassidão. d. Agitação ou inibição. e. Perda de interesse para as atividades habituais ou diminuição da pulsão sexual. f. Sentimentos de auto-acusação ou de culpabilidade (uma e outra podem ser ilusórias). g. Queixas que concernem a uma diminuição (real ou não) da capacidade de pensar ou de se concentrar, tais como, reflexão lenta ou pensamentos desordenados. h. Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio, compreendido o desejo de estar morto. <p>(Nota: se somente 4 desses 8 critérios forem encontrados, diagnostique-se “depressão provável” mais que “depressão”.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Uma doença psiquiátrica se mantém-se ao menos por um mês sem condições preexistentes, tal como a esquizofrenia, a neurose ansiosa, a neurose fóbica, as neuroses obsessional ou compulsiva, a histeria, o alcoolismo, a dependência de droga, a personalidade anti-social, a homossexualidade e outros desvios sexuais, o retardo mental ou a síndrome orgânico-cerebral. <p>(Nota geral: Os pacientes que sofrem prévia e paralelamente de depressão, uma doença incapacitante e que ameaça sua vida não receberão o diagnóstico de depressão primária.)</p> |

Fonte: MATARAZZO, 1983, *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 96.

É notável a influência da psicanálise nas referências ao “conflito interno” ou a “*um evento identificável como a perda de um objeto amado*”. O conceito de “objeto” remete sem preocupações de velamento ao texto de Freud, *Luto e Melancolia* (1917). O DSM-II comportava categorias cujas definições imprecisas pediam importantes conjecturas clínicas

sobre a natureza do transtorno; basta ler o exemplo acima para se ter idéia do trabalho que um clínico não familiarizado com os conceitos psicanalíticos teria que empreender. Baseada no pressuposto segundo o qual o analista deveria “escavar sob o relato do paciente” para chegar à verdade, a psicanálise havia retirado a ênfase histórica que a psiquiatria havia dado à fenomenologia.

O grupo de St. Louis, presidido por Robert Spitzer, serviu-se dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa (CDP) para elaborar um sistema prévio de classificação, denominado *critérios Feighner*, que serviria como preparação do DSM-III. Mais tarde, quando pesquisas de campo permitiram verificar que uma das mais importantes fontes de erro em diagnóstico devia-se à dispersão de critérios que os clínicos usavam para atribuir diagnósticos, o CDP passou a ser recomendado para uso clínico até a publicação do DSM-III.

O tema da dispersão de critérios diagnósticos e da dispersão de informações clínicas revelou, à força tarefa do DSM-III, o foco da intervenção necessária para correção do problema da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. A ação metodológica deveria incidir nos instrumentos de avaliação (a entrevista psiquiátrica) e sobre seus protagonistas, a saber, o entrevistador e o paciente entrevistado.

A questão insolúvel da validade recebeu um tratamento a partir da proposição de revisões sistemáticas, que seguiam seu curso com a elaboração do DSM-III. A questão da solução do problema da validade científica do DSM poderia ser definida como a de uma validade postergada, uma vez que, para a maioria das categorias clínicas, não há achados laboratoriais que justifiquem uma condição médica. Andreasen (2007) informa que “a maioria das categorias diagnósticas são baseadas em julgamento clínico, e não foram totalmente validadas por dados importantes como correlação do curso clínico, da história familiar, e resposta ao tratamento”.

A expectativa de solução do problema da confiabilidade, intimamente relacionada ao consenso entre opiniões clínicas sobre um determinado caso avaliado, foi depositada no DSM-III, como declarado por Gerald Klerman num debate em 1982:

A meu ver, a realização do DSM-III representa uma reviravolta decisiva na história da profissão psiquiátrica americana [...]. A decisão da APA de elaborar e promover seu uso significa da parte da psiquiatria americana a reafirmação vigorosa de sua identidade médica e de seu pertencimento a medicina científica [...]. E continuou: o tema desse encontro é a ciência a serviço da cura. Como compreendo, o DSM é a encarnação mesma desse tema, mais que qualquer outro adquirido pela psiquiatria americana desde o aparecimento dos novos medicamentos.

E concluiria: não existe manual de psicologia e de psiquiatria que não utilize o DSM-III por

princípio organizador [...] esse debate já é anacrônico. A vitória do DSM-III foi reconhecida pelos nossos colegas e nossos adversários em psicologia e outras profissões da saúde mental e em outros países. (KLERMAN, 1984, *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 27).

Outro registro da importância do lançamento do DSM-III em 1980 para a psiquiatria americana foi realizado por Gerald Maxmen, também defensor do manual, em seu livro “*Os novos psiquiatras*” (1985):

Em 1º de julho de 1980, a supremacia da psiquiatria tornou-se oficial. Naquele dia a APA publicava um sistema de diagnóstico psiquiátrico radicalmente novo, o DSM-III. Adotando o DSM-III, cujas bases são científicas, como sistema oficial diagnóstico, os psiquiatras americanos rompiam com a tradição que já durava 50 anos de diagnósticos baseados na psicanálise. Talvez mais do que qualquer outro evento, a publicação do DSM-III mostra verdadeiramente que a psiquiatria operou uma revolução. (MAXMEN, 1985, *apud* KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 27-28).

Os Neo-Kraepelinianos acreditaram que haviam conseguido o intento de melhorar a confiabilidade diagnóstica pela melhoria da taxa de concordância entre atribuições de diagnóstico. Robert Spitzer declarou que o reexame das provas de campo demonstrou boas taxas de confiabilidade, e Gerald Klerman declarou, por sua vez, que o problema da falta de confiabilidade nas categorias havia sido resolvido e que o DSM-III promovera uma revolução na psiquiatria. Entretanto, autores como Stuart Kirk e Herb Kutchins (1998, p.28), psicólogos e professores da Universidade de Columbia e Berkeley, respectivamente, declararam que a revolução do DSM-III foi somente uma revolução de discurso. Ressaltaram que houve vários problemas metodológicos nos testes de confiabilidade tais como o fato de que, diante da dificuldade em controlar estudos realizados em mais de um lugar ao mesmo tempo, os cálculos incidiram sobre os profissionais mais acessíveis, restringindo desse modo o número de pacientes aos quais os diagnósticos foram atribuídos. Ainda assim, nesses casos, a taxa de concordância não ultrapassou o limite estipulado pelo coeficiente *Kappa* de (0,7), então usado, para calcular a taxa de concordância entre diagnósticos e apurar a confiabilidade das categorias usadas. Outros pesquisadores, como o psiquiatra australiano Patrick McGorry, observou que as taxas de concordância obtidas nos testes não se repetiriam no uso clínico cotidiano.

Diante dos questionamentos, de acordo com a filosofia de trabalho do Comitê de Nomenclatura e Estatística, de tratar os possíveis defeitos do manual como questões de ajuste entre as edições, a APA investigou a variação dos dados das entrevistas e organizou novos experimentos de atribuição de diagnósticos do DSM-III-R. As pesquisas usaram quatro métodos diferentes, e um deles envolveu o uso de *softwares* ou de questionários de entrevista para identificação dos sintomas dos pacientes. Foram realizadas, também, entrevistas que

foram discutidas pelas equipes para que se chegasse a um diagnóstico pelo consenso. Porém, a comparação entre os resultados dos métodos mostrou que os índices do *Kappa* oscilaram entre (0,5) e (0,6), enquanto a taxa básica para concordância em *Kappa* é de (0,7). Dos cinquenta pacientes que participaram do estudo, somente em vinte e sete dos casos observou-se concordância na atribuição diagnóstica.

Os estudos e a reanálise de dados de pesquisa de confiabilidade após a publicação do DSM-III mostraram problemas maiores com relação ao diagnóstico de *esquizofrenia*. Nos Estados Unidos, por exemplo, os psiquiatras mostraram propensão em expandir a atribuição do diagnóstico de esquizofrenia, identificando sintomas dessa categoria em pacientes para os quais pesquisadores de outros países atribuíram outros diagnósticos.

O uso de sistemas de diagnóstico diferentes também não diminuiu as discordâncias. A comparação dos resultados mostrou que na aplicação dos critérios da CID-8, em um grupo de setecentos e seis pacientes diagnosticados como psicóticos, sessenta e oito receberam diagnóstico de esquizofrenia. Quando foi o caso da apuração da aplicação realizada por um computador o número diminuiu para cinco. Na aplicação dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa (CDP), de autoria dos Neo-Kraepelinianos, os resultados indicaram que vinte e oito portavam a doença e a avaliação do DSM-III indicou 19 pacientes (BENTALL, 2004, p. 65).

A persistência do problema da baixa convergência na atribuição de diagnósticos indicava que o foco do controle que permitiria uma solução do problema poderia se dividir em duas linhas de ação relacionadas à dispersão de critérios de atribuição de diagnósticos, cujos motivos examinaremos no capítulo seguinte, e à dispersão de informações. O enquadramento da entrevista como foco do controle da exploração clínica era uma necessidade, como também a definição de uma fórmula estatística que permitisse abolir o acaso na convergência de pareceres sobre um diagnóstico emitido por clínicos em situações diferentes na avaliação de um paciente. O impacto generalizado que a aplicação desse conceito teria na clínica, diria respeito, a partir da formação de novos psiquiatras, não só à exclusão do sujeito, mas também a extirpação, no DSM-III, das referências à psicanálise, totalmente dependentes da imprevisível manifestação do inconsciente como fenômeno clínico. Diria respeito também à demissão da verdade como uma preocupação teórica sobre a etiologia das doenças mentais, e um deslocamento da questão do método como instrumento de acesso ao real, para a estatística como definidora de evidências clínicas.

3. UM LANCE DE DADOS JAMAIS ABOLIRÁ O ACASO¹³

Cada vez mais se valoriza na área de pesquisa clínica a avaliação da precisão diagnóstica através de estudos de confiabilidade em detrimento de investigações de validade de diagnóstico. Tal tendência poderá resultar em tecnologias diagnósticas extremamente estandardizadas, de alta precisão, aparentemente com maior grau de cientificidade, porém, de fato carentes de validade teórica e operacional; em síntese vazias de referência clínica fundamental. Como não há prática clínica sem impulso verdadeiro de apreensão do real-concreto, corre-se o risco de se construir uma clínica científicista (e não científica) como resultado da adoção ingênua e acrítica da contribuição epidemiológica, particularmente em relação à questão crucial do diagnóstico. (ALMEIDA Fº & ROUQUAYROL, 1992, p. 43).

Finalmente, o interesse na elaboração desse manual é perceber que o DSM-III marca em nosso domínio, um reforço da idéia de que os dados são a base obrigatória da compreensão dos transtornos mentais. (SPITZER, 1973).

3.1 Por que revisar a classificação?

Várias questões levaram a Associação Psiquiátrica Americana - APA a promover revisões sistemáticas na série de manuais diagnósticos estatísticos de transtornos mentais, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Atualmente, encontra-se em vigor a quarta edição revisada, e o Comitê de Nomenclatura e Estatística constituiu um Grupo de Trabalho com a missão de desenvolver o DSM-V com previsão de lançamento para 2012. Nossa opção para este capítulo é a de discorrer sobre o desenvolvimento da série DSM, tomando-a como um movimento cujas etapas refletem as condições que levaram a revisões sistemáticas num encadeamento discursivo em que é preciso atenção aos intervalos para se destacar nas modificações as intenções não explicitadas.

As mudanças levadas a termo nos manuais da APA têm viabilizado uma verdadeira gestão do diagnóstico psiquiátrico com profundas conseqüências na clínica, na formação de profissionais não só da área de saúde, como na formação de opinião na sociedade. Trata-se de operações técnicas como formas de controle sobre a interferência da subjetividade na padronização de procedimentos com fins de elevação da concordância diagnóstica. Em suma, encontra-se em jogo nesta questão a própria noção de subjetividade em relação a uma política regida a partir da conjunção das demandas do mercado com o discurso da ciência (MILNER, 1996, p. 64).

¹³ O processo de criação poética alude à subjetivação de uma análise em seu desenvolvimento no campo da fala e da linguagem. Lacan gostava de apresentar uma definição da palavra e da linguagem pela metáfora mallarmaica: “uma moeda cujo verso e o anverso já não mostram senão figuras apagadas, e que é passada de mão em mão ‘em silêncio’” (LACAN, 1953, p. 253). A referência ao jogo de dados no poema de Mallarmé permite-nos, também, aludir aos dados estatísticos que passaram a embasar o DSM desde sua terceira edição e sobre os quais o acaso exerce influência perturbadora. O último verso do poema de Mallarmé, que intitula este capítulo, diz: “Todo pensamento emite um lance de dados”, sendo esta a justificativa desta homenagem.

A primeira classificação de sintomas dos Estados Unidos data de 1917, e foi estruturada pelo Comitê de Estatística da APA (à época denominada Associação Médico-Psicológica Americana), juntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental para a coleta de dados uniformes entre os hospitais psiquiátricos.

A iniciativa de organizar uma nova classificação mais completa foi da Associação dos Veteranos da Segunda Guerra Mundial. A classificação reunia dez categorias de psicose, nove de psiconeuroses e sete de transtornos de caráter, além de outros quadros apresentados pelos soldados egressos do *front* e que se achavam em tratamento ambulatorial. Foi também pela influência da Associação de Veteranos junto a APA que, posteriormente, o *stress* pós-traumático passou a constar como diagnóstico psiquiátrico.

O advento da guerra, relacionado ao surgimento de novos sintomas tratáveis sem hospitalização, justificou a perspectiva psicogênica como referência para a organização do DSM-I que sucederia a nomenclatura da Associação de Veteranos, sublinhando o papel do ambiente na produção dos sintomas neuróticos. Tratava-se de uma classificação influenciada por conceitos psicanalíticos, além do quê, era mais preocupada com problemas de personalidade que com as psicoses. Apesar da predominância da psicanálise, o ecletismo ainda hoje é uma tendência entre os psiquiatras norte-americanos e se fez presente em todas as versões do DSM. Devido a essas influências, as descrições passaram, com o tempo, a serem consideradas imprecisas pela maioria dos psiquiatras. Naquela época, discutia-se a necessidade de se adequar o sistema classificatório norte-americano à nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças (CID). A CID-6 estava em fase de elaboração e conteria uma sessão especial destinada a classificação de transtornos mentais, fortemente influenciada pela classificação da Associação de Veteranos.

Um trecho da introdução do DSM-IV-TRtm descreve o trabalho do Comitê de Nomenclatura e Estatística no nivelamento entre categorias clínicas da CID e do DSM-II:

O Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu uma variante da CID-6, publicada em 1952, que constituiu a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I). O DSM-I continha um glossário de descrições de categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a concentrar-se na utilidade clínica. O termo “reação” ao longo de todo o DSM-I reflete a influência da perspectiva psicobiológica de Adolf Meyer, de que os transtornos mentais representariam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos. (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 23).

Parte da falta de consenso entre os psiquiatras sobre o uso da nomenclatura nas

decisões sobre diagnósticos decorria do dissenso que se delineava na época entre a “psiquiatria psicanalítica” e o que deveria ser uma “psiquiatria científica” baseada em evidências empíricas, livre de especulações ou “opiniões abraçadas previamente” (DSM-IV-TR^{lm}, 2002, p. 21), como era comum se criticar nas abordagens psicodinâmicas que marcaram a psiquiatria americana pós-guerra.

A revisão inaugural da série DSM teria significação e motivos diferentes das que se seguiram¹⁴, e seria patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) interessada em dados estatísticos para estudos sobre prevalência na área de saúde mental e para a organização da assistência na atenção primária à saúde. O trabalho de ambas as instituições deu-se a partir da necessidade de estabelecer consenso sobre a nomenclatura entre os psiquiatras e produzir uma classificação que o refletisse.

Conforme Kirk & Kutchins (1998, p. 325), o DSM-II foi concebido para refletir as opiniões dos psiquiatras e não trazia, ainda, preocupação com mudanças significativas. Seu maior problema era a falta de confiabilidade das categorias diagnósticas e críticas sobre sua pouca base empírica, o que expunha a frágil relação entre sua confiabilidade e a validade dos transtornos que classificava.

A Organização Mundial de Saúde designou para coordenar a revisão do DSM-II um psiquiatra britânico chamado Erwin Stengel, que defendia a opinião segundo a qual as classificações deviam se basear em “*definições explícitas*” como um meio de se alcançar diagnósticos clínicos confiáveis (DSM-IV-TR^{lm}, p. 23). Mas suas considerações só tiveram efeito mais tarde na década de setenta, a partir dos trabalhos do DSM-III; então, sua influência se faria perceber pelos remanejamentos de transtornos e pela exclusão de categorias clínicas consideradas muito indefinidas.

Além do desenvolvimento de critérios cada vez mais explícitos de diagnóstico, iniciou-se também um discurso pela aplicação de uma ideologia ateórica¹⁵, própria do

¹⁴ A primeira revisão (DSM-I) teve como motivo o incômodo pelo domínio da influência freudiana em sua elaboração e a segunda (DSM-II) as definições das categorias diagnósticas que eram consideradas muito gerais e carentes de especificidade. As revisões posteriores trabalharam no desenvolvimento de terminologias mais restritas, com um discurso orientado pelo ideal da classificação científica, retomando uma orientação organicista inspirada em Kraepelin e mantiveram a estratégia de excluir as referências à psicanálise e evitar outras considerações etiológicas.

¹⁵ O afastamento da teoria no DSM é correlativo à exclusão do sujeito do inconsciente. Referimo-nos à perspectiva ateórica enquanto uma ideologia pelo fato de sua disseminação ser verificável na base do se denomina atualmente como um regime de racionalidade técnica. A racionalidade técnica, conforme (KIRK & KUTCHINS, 1998) é refletida na crença geral no uso do conhecimento científico de modo pragmático como

empirismo experimental, assim como uma retomada da orientação descritiva e uma tentativa de aprimorá-la no DSM-III. Trabalhar a orientação descritiva seria uma forma de, supostamente, conferir clareza aos transtornos e uma maneira de responder aos impasses da validade. Por exemplo, a idéia de validade descritiva, propagada como um domínio na tomada de decisões diagnósticas no DSM-IV-TRtm ou a noção de validade de procedimento denotam a intenção de objetivação da experiência, conforme requer a ciência moderna¹⁶, e de submeter o DSM a uma avaliação dentro desses parâmetros (AMORIM, 2000)¹⁷. A importância em não abandonar o problema da validade dos diagnósticos uma vez levantado, reside em que, através dele, poder-se-ia divulgar ou se acreditar que os clínicos conseguiriam distinguir as pessoas portadoras de transtorno mental das que não o teriam.

Na revisão do DSM-II, o início das mudanças, mesmo que mínimas, tocaram na fundamentação teórica do manual. A tradição, instaurada a partir do DSM-II, de suprimir “inconsistências” e problemas sem outra especificação (SOE) do manual, iniciou-se com a exclusão do termo “reação”. Sua abolição significou a exclusão de fundamentos psicanalíticos professados por Adolf Meyer, segundo os quais os sintomas “seriam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos” (AMORIM, 2000, p. 23):

Muitos clínicos apreciavam os serviços que ele prestava nas relações administrativas e poucos o consideravam um tratado de filosofia ou de tratamento psiquiátrico (GROB, 1991; WILSON, 1990). Como uma obra de referência menor o DSM-II tinha pouca importância para os clínicos [...]. Ele não lhes dava nenhum esquema de tratamento nem restringia seu julgamento profissional. O DSM-II tinha poucos advogados ou porta-vozes porque ninguém sentia a necessidade de defendê-lo. (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 327).

Apesar dos poucos registros de mudanças estruturais e conceituais no DSM-II em relação ao seu predecessor; o Comitê de Nomenclatura e Estatística da APA agiu para evitar o

nas práticas de saúde baseadas em evidências, as psicoterapias cognitivo-comportamentais onde o motor é a sugestão e o modelo é funcionalista, e os novos manuais psiquiátricos. O DSM justifica o número de diagnósticos que devem ser considerados em razão dos fluxos de informações, cifras e dados estatístico-epidemiológicos que atendem a vários interesses representados pelo governo, pelos planos de saúde, pela necessidade administrativa de organização da rede assistencial na atenção primária à saúde, pelos juizados e escolas etc. Entretanto todas essas demandas não escondem o fato de que uma classificação deveria privilegiar objetivos clínicos.

¹⁶ A definição de ciência moderna inicia-se com Galileu e seu modelo é a física matematizada, o que reduz a relação com o objeto pesquisado a sua face quantificável e calculável. Em psiquiatria significa despojar do sujeito suas qualidades sensíveis, objetivá-lo para extrair-lhe o dado controlável e permanente que constituirá um nome, ainda que contraditoriamente, efêmero na classificação. A ciência moderna combina também dois traços: empiricidade e sistematização. (KOYRÉ *apud* MILNER, 1996, p. 36). Empiricidade recoloca a dimensão do método e a questão da neutralidade do observador, o que em nossa opinião faz as pesquisas de confiabilidade desenvolverem um viés, pois para sua sustentação, exige-se que o mais fecundo e essencial na experiência seja senão evitado, excluído pelas normalizações e pelo consenso desatrelado da validade conceitual.

¹⁷ É interessante notar que a orientação para o momento da tomada de decisão revela uma situação em que para se conseguir uma confiabilidade geral torna-se preciso intervir no tempo de um julgamento processado pelo clínico.

uso de termos que sugerissem uma etiologia não material, e implantou um raciocínio que estimulava atribuição de múltiplos diagnósticos psiquiátricos e sua associação a outras condições físicas gerais ou orgânicas. A nosso ver, esse detalhe corresponde a uma reorientação que será, a cada revisão, aprimorada até atingir sua organização mais refinada vinte e seis anos depois no DSM-IV-TRtm com sua organização multiaxial, que reproduzimos abaixo:

- Eixo I - Transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica
 - Eixo II - Transtornos da Personalidade e Retardo Mental
 - Eixo III - Condições Médicas Gerais
 - Eixo IV - Problemas Psicossociais e Ambientais
 - Eixo V - Avaliação Global do Funcionamento
- (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 59).

A recomendação do manual acerca da categorização dos transtornos de acordo com os eixos estabelece que nas encruzilhadas da decisão diagnóstica uma preferência seja dada à definição do transtorno segundo a patogenia orgânica: “Quando um indivíduo apresenta simultaneamente um transtorno do Eixo I e um transtorno do Eixo II, o diagnóstico principal e o motivo da consulta presumivelmente estarão no Eixo I” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 59). Em outras palavras, isto parece justificar a presença de Retardo Mental no Eixo II entre dez outros transtornos de personalidade, já que suas causas estabelecidas são cerebrais sendo ou não decorrentes de fatores externos: “A codificação dos Transtornos de Personalidade do Eixo II não deve ser interpretada como se sua patogênese ou tratamento diferissem em comparação com transtornos codificados no Eixo I”. (DSM-IV-TRtm, 2002, p.59).

O Eixo I é constituído de Transtornos Clínicos e Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica, incluindo

1. Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência (excluindo o Retardo Mental, diagnosticado no Eixo II)
2. Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos
3. Transtornos Relacionados a Substâncias
4. Esquizofrenia e Outros transtornos Psicóticos
5. Transtornos do Humor
6. Transtornos de Ansiedade
7. Transtornos Somatoformes
8. Transtornos Factícios
9. Transtornos Dissociativos
10. Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero
11. Transtornos da Alimentação
12. Transtornos do Sono
13. Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local
14. Transtornos da Adaptação
15. Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 60).

Observe-se que vários “diagnósticos” polêmicos e carentes de validade científica – devido à dificuldade “explícita” de demonstração causal - foram instalados nesse eixo, organizados sobre pressupostos etiológicos orgânicos. É o caso dos Transtornos Somatoformes, Conversivos, Dissociativos e dos Transtornos de Identidade de Gênero, que explicita o tratamento dado ao diagnóstico de homossexualidade após a querela com a comunidade *gay* nos anos setenta, permitindo constatar a insuficiência epistêmica do DSM nas questões da validade e da confiabilidade de seus “diagnósticos”¹⁸. Eis que, de novo a homossexualidade é um transtorno mental com um novo nome listado em um eixo organizado a partir de uma etiopatogenia médica e orgânica.

Em resumo, a organização do DSM por eixos, apesar da aparência de sofisticação, é tão somente uma sistematização da investigação clínica que compõe habitualmente os procedimentos diagnósticos, como o faria um clínico experiente avaliando as dimensões da vida do sujeito antes de emitir um parecer; no caso do psiquiatra, uma categoria. Contudo, apesar da aparência de abertura à complexidade multidimensional do ser humano, todos os eixos encontram-se submetidos a um só critério de decisão, o critério médico, totalmente coerente com o credo neo kraepeliano. Esse arranjo, na prática, reforça a primazia do biológico sobre o sujeito do inconsciente, que resvala pelas frestas entre os focos da atenção clínica e o Retardo Mental.

A esta altura, é interessante refletir sobre o sentido de tantas revisões. Os motivos se desdobram em duas direções. A primeira, em uma operação sobre a descrição dos transtornos, de modo a suturar tanto quanto possível a hiância entre o transtorno e sua representação na palavra, trata-se de um trabalho de aproximação, como se ajustássemos a lente de uma objetiva buscando melhorar a nitidez do foco sobre um objeto qualquer.

O segundo motivo que se tornou claro com o passar do tempo, envolve uma maneira de tratar a validade melhorando a confiabilidade a cada revisão, ajustando as perspectivas discordantes entre virtuais opositores com relativa antecedência para melhorar o consenso. Todo esse conjunto, aos olhos da sociedade, é trabalhado na perspectiva da acumulação de conhecimento, justificada pela ciência positiva, sendo o que denominamos no primeiro capítulo por validade postergada. A postergação da discussão sobre a validade dos transtornos

¹⁸O termo diagnóstico é empregado no DSM como equivalente à nomenclatura dos transtornos. Tradicionalmente, esse termo está mais ligado a um complexo exercício de psicopatologia que exige conhecimento nosológico, nosográfico e experiência profissional do clínico. Nessa perspectiva o diagnóstico

seria manejada e justificada perante a sociedade, não pela impossibilidade de resolvê-la, mas com o argumento de aprimoramento técnico-científico alcançável em etapas, como tempo necessário a solução de enigmas e inconsistências pela análise dos resultados das provas de campo.

Outro ponto que levou a revisões sistemáticas do DSM foi o aspecto econômico, levantado pelo sistema de saúde privado que acentuava o papel fundamental da classificação na ordem administrativa dos serviços, além de confrontá-la com demandas das indústrias farmacêuticas que pressionavam por uma nomenclatura normalizada e confiável.

Os diagnósticos do DSM, a partir do DSM-II deveriam servir para uso em grupos controle de pesquisas sobre novos medicamentos. As indústrias farmacêuticas viam-se forçadas a cumprir as normas do governo americano para pesquisas que envolvessem a participação de seres humanos.

O financiamento de psicoterapias intermediado por convênios foi outro aspecto que gerou uma necessidade de adaptação da nomenclatura. O modelo de atenção à saúde mental concentrado em atendimentos ambulatoriais se desenvolveu rapidamente nos Estados Unidos durante os anos setenta e levou a exigência de aprimoramento dos laços entre o diagnóstico e os tratamentos a serem propostos¹⁹, evidentemente ao menos os níveis de consenso sobre o diagnóstico deviam ser melhorados.

A validade do conceito de doença mental é o ponto mais crítico e sensível das classificações psiquiátricas, além de abranger a maioria dos diagnósticos do DSM. A questão da validade de um diagnóstico psiquiátrico situa um limite entre a especificação dos sintomas, a atribuição de uma nomenclatura justa e precisa a cada um deles e a delimitação da causa estabelecida, preferencialmente ‘médica’, orgânica. Com as freqüentes revisões que se seguiram, os critérios para elaboração do manual teriam caráter cada vez mais restritivo na definição de categorias.

não se resume ao sintoma que é portador de um sentido e como tal um caminho para esclarecimento da etiologia e para se ter um prognóstico.

¹⁹Tornou-se necessário ao sistema saber o que se paga e por que, qual doença deve ter preeminência sobre outra. Como cobrar o tratamento, o que caracteriza a doença e quais suas partes, seus sintomas. É mais fácil contabilizar frações. No mercado isso se caracteriza como uma gestão do lucro. Na clínica cria uma gestão do “transtorno” pelo medicamento e pela despersonalização promovida pela nomenclatura, que mantém o sujeito em estado de desconhecimento sobre o sentido do seu sintoma numa espécie de iatrogenia. De fato, esse movimento se apóia claramente no reforço paradoxal, intrínseco ao tratamento psiquiátrico, de uma recusa ao saber portado pelo sintoma já que “o sujeito é o significante de um sintoma recalcado que participa da linguagem pela ambigüidade semântica de sua constituição” (LACAN, 1953, p. 282).

O DSM-II provocou muitos debates sobre a necessidade de uma formação psicanalítica complementar à formação psiquiátrica, mas as contribuições da psicanálise não se prestavam a uma avaliação pelos critérios científicos da validade aplicáveis em ciências positivas ou naturais. Ao contrário, a experiência psicanalítica problematizaria ainda mais a questão da validade na conceituação da realidade.

A ciência moderna é portadora de uma lógica dicotômica que polariza as relações entre o sujeito e o objeto. Sobre isso, Lacan exortava que “referir o sujeito em relação à realidade, tal como a supomos constituindo, e não em relação ao significante” implica na “degradação da constituição psicológica do sujeito” (LACAN, 1973, p. 135). Na experiência analítica diferentemente do viés clínico da psiquiatria, a realidade do sujeito é psíquica e sua materialidade é significativa. Trata-se de uma relação mediada pelo simbólico. A transferência nesse caso é fundamental para entender essa subversão do discurso psicanalítico em relação ao discurso da ciência. Por tratar-se de um pivô suportado no analista, permite em sua dialética, uma alternância entre os pólos do sujeito e do objeto; tornando possível deduzir como característica da análise, uma relação em que o sujeito encontra-se em exclusão interna a seu objeto (LACAN, 1965, p. 875) ou que “a oposição entre objetivo e subjetivo não existe desde início” (FREUD, 1925, IMAGO, 2007, Vol. 2, p. 149) apesar de o discurso da ciência, fundamento da psiquiatria, se basear numa dualidade desse tipo. Enquanto em psicanálise o fenômeno da transferência é uma referência que reorganiza a nosologia; na psiquiatria o que viria firmar-se como uma marca da ateoricidade para o DSM seria um ideal de neutralidade científica do pesquisador na relação com o objeto de pesquisa. Enquanto em uma análise o analista empresta sua pessoa aos desdobramentos da transferência; em psiquiatria o corpo do paciente é o objeto de uma intervenção que visa o controle sintomático. O sintoma é considerado uma falha, índice de mal-estar que necessita ser suprimido; assim como o delírio. A posição da psicanálise difere da “psiquiatria científica” por considerar o sintoma e o delírio como portadores de um saber que implica o sujeito constituindo no caso do delírio uma tentativa de cura e no sintoma neurótico uma via do tratamento pela decifração de seu significado.

O paradoxo lacaniano “o sujeito sobre o qual opera a psicanálise só pode ser o sujeito da ciência” (LACAN, 1965, p. 873) pode ser lido pelo lado da ciência como um processo de recusa sistemática da questão posta pelo sintoma. Uma recusa orientada pela busca de precisão para a qual em sua relação pontual e evanescente o sujeito da ciência (o mesmo do inconsciente!) só se introduz pelo equívoco e pelo erro. O sujeito excluído coincide com um

dejeito, um resíduo, um resto que não cessa, entretanto, de se escrever. Diria Lacan a respeito dessa forclusão²⁰, como um mecanismo de recusa que se aplica ao sujeito pela ciência, “o que é recusado no simbólico reaparece no real [...]. No real da ciência que destitui o sujeito” (LACAN, 1967, p. 257). Uma prova disso será dada pelo transtorno conversivo que, apesar de desmembrado da histeria na proposta do DSM, consta como um sintoma recorrente e inexplicado cientificamente, como veremos adiante.

Essas incompatibilidades epistêmicas entre psicanálise e psiquiatria, se não foram compreendidas, sempre foram vistas pela APA como uma das fontes das dificuldades em se conseguir credibilidade para a psiquiatria.

Posteriormente, por meio de acordos internos no Comitê de Nomenclatura e Estatística, promoveu-se durante a revisão do DSM-II e a elaboração do DSM-III, a exclusão da participação de psicanalistas dos trabalhos com o intuito de varrer do DSM-III toda influência de abordagens que não fossem descritivas²¹. A psicanálise representaria, para os psiquiatras da APA, uma imprecisão indesejável que necessitava ser suprimida do DSM.

3.2 Por que tratar, ainda, da confiabilidade, se o problema verdadeiro é a validade?

Dentre os estudiosos do problema da confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, Beck (1962) prestou a maior contribuição aos psiquiatras dos grupos de St. Louis e de Nova York para a solução desse problema. Esses grupos eram compostos de jovens psiquiatras autodenominados *Neo-Kraepelinianos*, e eram responsáveis pela condução da revisão do DSM-II. A orientação dita kraepeliniana seguia uma orientação organicista para as doenças mentais, o que os aproximou decisivamente de metodologias objetivantes e empíricas e, posteriormente, da estatística.

Beck realizara uma análise em nove estudos de confiabilidade, excluindo os dados de

²⁰ Forclusão é um termo que Lacan tomou de empréstimo da jurisprudência para traduzir *Verwerfung* o mecanismo psíquico das psicoses que significa que um direito, por não haver sido exercido prescreveu e deixou de ter efeito legal no conjunto do processo.

²¹ Uma história interessante sobre a constituição do Grupo de Trabalho do DSM-III (marcadamente kraepeliniano) é a participação, a convite de Spitzer, de John Frosh; um renomado psicanalista norte-americano. Frosh se interessava por questões epistemológicas que envolviam o diagnóstico e sempre destacara a dificuldade da psiquiatria em distinguir os níveis etiológicos, dinâmicos e descritivos da análise. Em desacordo com os membros do comitê sobre o destino dos conceitos psicanalíticos no novo manual John Frosh se demitiu. Spitzer convidou então William Frosh, sobrinho de John; também psicanalista, que aceitou trabalhar segundo a orientação descritiva que era a base e a condição dos remanejamentos desejados para o novo manual.

diagnósticos com causa orgânica estabelecida. Essas categorias geralmente alcançam altas taxas de concordância entre os clínicos e, se esses diagnósticos fossem apurados e mantidos entre os diagnósticos sem causa orgânica estabelecida, falseariam o resultado geral da pesquisa. Beck avaliou que vários problemas metodológicos impossibilitavam que se tirasse qualquer conclusão precisa sobre o assunto. Os problemas metodológicos levantados poderiam interferir nos resultados elevando a taxa de convergência entre diagnósticos ou reduzindo-a. Entre os problemas elencados, citava:

- Níveis discrepantes de formação e de experiência entre os clínicos forneceram os dados para as pesquisas;
 - Categorias diagnósticas mal definidas ou sobrepostas;
 - Considerações alheias à clínica e que interferiam na classificação dos pacientes, como demandas administrativas, por exemplo;
 - Mudanças no estado do pacientes não captadas pelos clínicos devido aos intervalos, muito longos, entre as entrevistas;
 - Uma prudência excessiva no primeiro diagnóstico em alguns casos;
 - Um conjunto restritivo de condições clínicas em certos estudos.
- (KIRK AND KUTCHINS, 1998, p. 74).

Desconsiderando os casos fisiológicos, Beck encontrou uma taxa de convergência diagnóstica entre 32 e 42%. A ausência de parâmetros para definição de uma média estabelecida para o tipo de doenças levou-o a questionar se esses limites seriam ou não aceitáveis. Seus estudos permitiram ponderar que, para uma classificação que usasse “categorias mais finas”, esse patamar seria insatisfatório, mas se considerássemos diagnósticos mais gerais como os usados então, a saber, neurose, psicose e psicopatias para os quais o grau de acordo é maior, o sistema classificatório poderia ser considerado aceitável.

Com essas observações Beck chamava a atenção também para as diferenças entre atribuições diagnósticas com finalidade de pesquisa e com finalidade clínica. Para situações de pesquisa, seria necessária uma melhor especificação dos diagnósticos para testar a confiabilidade dos manuais. Quanto maior o índice de concordância, maior a confiabilidade, o que sugeria maior precisão do diagnóstico. Avaliou que, entre psiquiatras clínicos, a questão da confiabilidade não era o mais importante. Eles consideravam essencial a liberdade de avaliação clínica e de julgamento intrínsecos à psicopatologia e a entrevista clínica. Eles se preocupariam mais com a investigação psicopatológica. A confiabilidade seria mais inquietante na visão geral proporcionada pela pesquisa, devido à inconsistência demonstrada pela nomenclatura na atribuição de determinados diagnósticos e pela ausência de uniformidade na concepção das causas das doenças mentais, sérios obstáculos a universalização da classificação.

Beck interrompeu sua pesquisa sobre confiabilidade por considerar que os resultados seriam muito ruins e exporiam ainda mais a disciplina e a profissão psiquiátrica. Em vez disso, fez algumas recomendações que foram ouvidas por Robert Spitzer e seus colaboradores como uma forma de resolver definitivamente dois problemas das classificações reproduzidos no DSM-I e no DSM- II; os da falta de validade e da baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, problemas considerados históricos na psiquiatria. As recomendações de Beck foram as seguintes:

1º que a nomenclatura tenha sido normalizada recentemente; 2º os psiquiatras tenham uma experiência suficiente e comparável no estabelecimento de diagnósticos; 3º que haja condições uniformes na condução dos testes- objetivo, tempo dispendido nas entrevistas, quantidade de informações; 4º estudos para determinar o nível de “contaminação” entre psiquiatras em entrevistas conjuntas e que seja avaliado o efeito do tempo no intervalo entre as entrevistas; 5º os diagnósticos sejam dados independentemente da rotina institucional nesta área (KIRK AND KUTCHINS, 1998, p. 75).

Já dissemos que a validade de um conceito ou de uma teoria envolve o estatuto do objeto a que se referem na realidade. Um conceito válido é uma referência confiável para aferição dos instrumentos de avaliação e para conferir um grau de precisão às medidas, lembrando que o principal instrumento de avaliação em psiquiatria é a entrevista clínica. Para se atestar a validade de um conceito é preciso encontrar na realidade material, empírica, o objeto que ele representa. Por isso os índices de validade costumam ser mais elevados nos estudos sobre doenças com causas orgânicas definidas que nas pesquisas sobre as doenças mentais²². Para o tipo de validade em jogo no caso das medidas relacionadas a entidades abstratas, como o caso das doenças mentais,

É necessário pressupor que os seus indicadores possuem validade, e que ao se medir tais indicadores se estudará indiretamente a presença, a gravidade e mesmo o diagnóstico da condição mórbida. Essa validade de conceito é teórica, resultante de um modelo clínico-experimental [...] sendo impossível a avaliação por meio de testes comuns de validação. (ALMEIDA Fº & ROUQUAYROL, 1992, p. 32).

A questão da validade é definidora do status científico de uma disciplina e define também uma posição de impotência da psiquiatria para sua solução do ponto-de-vista da ciência. Entretanto a impotência decorre da própria definição do objeto psicopatológico em psiquiatria atrelado ideologicamente ao organicismo. Esta questão seria lembrada porque também as taxas de discordância eram evidentes, constituindo a porta de entrada para a

²² A discussão entre as Associações Americana de Psiquiatria e de Psicologia, nos anos setenta sobre a definição de Transtorno Mental constituir um subconjunto das doenças médicas no DSM-III foi um estratagema que a APA usou para afirmar o status de ciência da psiquiatria. Abandonada no DSM-III retornou nas edições seguintes, DSM-IV e DSM-IV-TRtm. Sugerindo a mesma determinação organicista ao fazer constar numa das seções da introdução que “como muitos outros conceitos da medicina e da ciência este conceito não apresenta uma definição operacional que cubra todas as situações” (DSM-IV-TRtm, 2006, p. 27). Os editores deixaram

compreensão por parte do público dos problemas de validade. Esta seria uma questão que poderia ser tratada independentemente:

Como problema técnico a confiabilidade apresentava duas vantagens maiores. A primeira seria que ela parecia mais fácil de resolver que os problemas de validade, pelo menos nos quadros de pesquisa controlada. A segunda, que constitui um subproduto involuntário de muitos trabalhos científicos, e seriam soluções técnicas propostas, cujo indicador desenvolvido para medir o seu sucesso (o índice Kappa), não seria de fácil compreensão nem para os clínicos nem para o público. (ALMEIDA Fº & ROUQUAYROL, 1992, p. 73).

Se o problema é a validade científica, pouco resultado teria a supressão das influências do “freudismo” traçadas partir do DSM-II, pois a questão colocada por Freud, em outros termos que não os do positivismo continua válida, por considerar o estatuto do objeto psicopatológico como não abordável pelos métodos da ciência normal. O que persiste é o objeto da pesquisa freudiana –o inconsciente- intrínseco ao conceito de psicopatologia e de doença mental.

Por outro lado, continua bastante questionável, apesar da realização do DSM, se a validade científica deveria ser colocada da mesma maneira que em ciências exatas ou naturais em estudos sobre transtornos psíquicos. Mesmo se postulássemos, ao pesquisar o psiquismo, as relações entre sujeito e objeto, uma concretude material como suporte conceitual do sintoma²³ “[...] o domínio da validade do que se chama psicologia, que não tem nada a ver com o nível em que mantemos a experiência psicanalítica [...] reforça incrivelmente a miséria do sujeito.” (LACAN, 1973, p. 136).

Na verdade, a relação entre sujeito e objeto, tomada por esse ângulo, tem, além do interesse clínico, valor epistêmico por situar o alcance desse problema no plano do ideal da ciência. Na verdade, trata-se de uma separação entre dois campos, o da ciência moderna e o da psicanálise que, não se excluindo inteiramente, mantém-se ligados na questão do sujeito. Por mais que a ciência tente evitá-lo, suprimi-lo, negá-lo, o sujeito é o que sempre retorna como erro, inexatidão, imprevisibilidade, acaso ou resto.

Deixar a validade ao largo e passar a tratar das taxas de concordância traria a

claro que esta é a saída possível para legitimação médica do conceito, uma vez que o termo ‘mental’ “persiste no título do DSM-IV porque ainda não encontramos um substituto apropriado” (DSM-IV-TR^m, 2006, p. 27).

²³Sintoma e transtorno diferem na medida em que a definição de transtorno parte de um remanejamento realizado no DSM-III que aboliu as categorias clínicas tradicionais (psicoses, neuroses e psicopatias) que organizavam as classificações e a distribuição dos sintomas. Com a mudança, os sintomas passaram a ser discriminados enquanto transtornos, adquirindo uma posição autônoma no manual. Em alguns casos, examinando o manual, como no caso dos Transtornos Somatoformes, percebe-se a pulverização dos sintomas da histeria - categoria que foi excluída do manual - divididos em uma nova nomenclatura organizada sob o título de Transtornos

vantagem de tornar o problema da confiabilidade um assunto de *experts*, além de adiar a solução do impasse da validade. Permitiria, também, a introdução da matemática estatística, renovando o verniz da cientificidade para a profissão perante os pacientes e mesmo perante os clínicos, que não seriam bem informados sobre os métodos aplicados na “validação” dos transtornos:

Os problemas de confiabilidade apresentam ao menos uma vantagem: permitem esquecer aqueles detalhes delicados colocados pela validade. A coerência entre os diagnósticos dados por vários clínicos aos mesmos pacientes apresenta a vantagem de evitar a questão da definição conceitual genérica e da significação dos transtornos. Os problemas de confiabilidade podem ser reduzidos a questões técnicas (tomada de decisão), enquanto os problemas de validade devem responder a questões filosóficas e teóricas complexas. (KIRK & KUTCHINS, 1988, p. 67).

É interessante notar que, na polêmica sobre a validade e a confiabilidade, reproduz-se uma divisão no cerne da disciplina. Suas características lembram a polarização entre alguns pontos da práxis clínica: o organicismo por um lado e a causa psicogênica por outro; a estatística e a clínica. Essas alternâncias de ênfase na história da psiquiatria atualizam uma *spaltung*, a partir da qual o discurso da ciência constitui artifícios para obturá-la. Isto se materializa no esmero técnico-metodológico das pesquisas, nos *guidelines* da psiquiatria para evitar incidências do acaso, na psicofarmacologia, na cunhagem²⁴ de uma nomenclatura psiquiátrica e na organização dos manuais.

O DSM viria demonstrar que a confiabilidade de um sistema classificatório poderia ser dissociada da validade científica de seus conceitos. A partir de então, cada um de seus novos nomes, uma vez lançados à clínica e na cultura, passariam a compor o rol dos produtos da ciência que ascenderam ao “*zênite social do objeto*” (LACAN, 1970, p. 411), que coincide com ampla difusão e aceitação da nomenclatura do DSM pela sociedade.

3.3 Normalizar a clínica e disciplinar o campo da fala e da linguagem

Uma entrevista clínica não estruturada pode gerar várias e importantes informações, mas “sua análise, por envolver dados qualitativos é considerada difícil e pode tornar-se controvertida” (MOREIRA & SILVEIRA, 1993, p. 48). A entrevista clínica, tradicionalmente, é o principal instrumento de avaliação psiquiátrica e, muitas vezes, serviu de modelo para entrevistas aplicadas em outras áreas profissionais. Por exemplo, na educação,

Somatoformes, que inclui Transtornos de Somatização, Transtorno Somatoforme Indiferenciado, Transtorno Conversivo, Hipocondria entre outros.

²⁴Cunhagem é o processo de gravação de moedas que consiste em promover a estampagem de um desenho em uma ou ambas as faces da moeda usando um cunho.

foi desenvolvido um método inspirado em um modelo de entrevistas clínicas em psiquiatria, aplicado para se conhecer os meios de cognição das crianças nas diferentes etapas do desenvolvimento (MOREIRA & SILVEIRA, 1993, p. 48). Por outro lado, a pouca confiabilidade de aplicação de entrevistas clínicas é notória entre epidemiólogos e estatísticos. Segundo Almeida Fº & Rouquayrol (1992, p. 38), a confiabilidade “não é um atributo do desenho da investigação como um todo, e sim, uma qualidade dos instrumentos de coleta de dados”, sendo uma questão que envolve o prestígio e a credibilidade científica da profissão. Muito interessante é a opinião desses mesmos autores que se refere a uma tolerância da confiabilidade pela formulação do conceito de confiabilidade de re-teste²⁵ que, conceitualmente, é reconhecida por sua inviabilidade. Isto decorre da relação com o objeto de pesquisa, e deve justificar certa frustração pela impossibilidade de repetir os mesmos dados da primeira medida entre os resultados da segunda coleta, e deve-se ao fato de não existirem objetos de pesquisa totalmente estáticos. Avaliando por esse ângulo, as dificuldades encontradas pelos “cientistas” na avaliação de pacientes em entrevistas psiquiátricas são numerosas e intransponíveis, se tomadas no rigor das validações do método científico. Haverá sempre variações na medida, o que não exime o pesquisador de examinar as limitações do instrumento, em lugar de atribuir a variação da medida exclusivamente ao objeto de pesquisa.

Destacando o instrumento de pesquisa, podemos dizer que a confiabilidade “é a capacidade de um determinado instrumento em não variar os resultados, mesmo se usado por vários aplicadores” (ALMEIDA Fº & ROUQUAYROL, 1992, p. 38). Esta definição, aplicada à entrevista, considerando-se que o entrevistador é também um fator de subjetividade intrínseco a ela, relativiza de maneira indesejável a confiabilidade ao introduzir uma série de variações procedentes do julgamento clínico. Os melhores resultados da confiabilidade de aplicação são alcançados quando a entrevista clínica segue um formato estruturado, pois limita uma parte dos fatores relacionados à formação do entrevistador e ao foco das entrevistas. Ainda, o modo como cada clínico conduz a entrevista e as perguntas, suas escolhas sobre os fatos clínicos a serem investigados segundo a hipótese (que sempre existe previamente!), o privilégio dado a certos comportamentos do entrevistado, seu estilo pessoal e a relação que estabelece com o paciente: “O formato ou método da entrevista clínica se refere à forma como o entrevistador utiliza as tarefas e manipula os modos de perguntar com os quais obtém dos sujeitos dados sobre uma determinada área de conteúdo”. (MOREIRA &

²⁵ Confiabilidade de re-teste é a repetição da aplicação do instrumento de pesquisa ao mesmo grupo entrevistado com finalidade de comparação dos resultados.

SILVEIRA, 1993, p. 21).

Porém, uma série de fatores imponderáveis interfere no momento da medida. Por exemplo, a entonação de voz do entrevistador, seus gestos, sua expressão facial podem induzir determinados tipos de resposta ou comportamento nos entrevistados além de existir a possibilidade de um mal-entendido na recepção da pergunta pelo entrevistado que gere uma resposta imprevista, persistem como traços irredutíveis de subjetividade contaminando a medida.

3.1 Dispersão da informação

Entre outras fontes de viés que contaminam a pesquisa, encontram-se o acesso aos dados do caso a ser avaliado fora do contexto da entrevista, feito por um dos clínicos na situação de teste de confiabilidade, quando está envolvido outro psiquiatra na avaliação do mesmo paciente. Pode ser o acesso a relatórios, a prontuários, informes da família do entrevistado e dos familiares, ou mesmo da equipe que o assiste. Todas essas condições deveriam ser controladas se a necessidade é de aumentar a confiabilidade de aplicação e, por consequência, dos resultados da pesquisa.

As fontes de viés, denominadas “dispersão da informação” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 89), referem-se à forma como os clínicos diferem entre si na coleta das informações da entrevista com a mesma pessoa entrevistada e a ampliação descontrolada das fontes de informação. Este tipo de variação pode levar a diagnósticos diferentes sob o ponto de vista da pesquisa. Entretanto, os procedimentos que geram a dispersão configuram uma medida de segurança na clínica. A ampliação das fontes de dados sobre o paciente e dos meios de obtê-los é um procedimento inerente a prática clínica; diríamos, até, estimulada na formação habitual, de modo que “os vieses decorrentes são normais por serem frequentes, compreensíveis e inevitáveis” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 89). Estes autores lembram que um dos mais importantes fenômenos clínicos - a transferência - consiste no suporte dado as entrevistas clínicas pelo desdobramento que nelas sofre a pessoa do entrevistador, possibilitando em alguns aspectos acesso a informações que, na ausência desse fenômeno, não seriam possíveis²⁶. A transferência é assumidamente considerada, entre os clínicos, como uma

²⁶ A transferência, fenômeno clínico, corresponde à condição paradoxal de ser, por um lado, o motor do tratamento e, por outro, fator de resistência. Motor do tratamento, na medida em que não se trata de nenhuma afetividade misteriosa, e sim de um saber suposto, pivô da experiência epistêmica da análise, conforme Lacan

fonte de vieses a influenciar as pesquisas de confiabilidade dos diagnósticos. Apesar disso, a dispersão da informação é considerada normal e inerente à clínica psiquiátrica, como também na psicologia clínica e na psicanálise. Sua incidência nas pesquisas irá constituir um motivo que provocará uma ação metodológica que terá por efeito a denegação da clínica e a redução da subjetividade na entrevista, principal meio de avaliação. Isto irá acontecer visando ajustes na concordância diagnóstica. É evidente que tal necessidade decorre de um imperativo alheio ao âmbito do tratamento que constitui a razão de um diagnóstico. Ou seja, quando critérios científicos são aplicados à mensuração da clínica, geralmente são exigidos recortes que desprezam o essencial à finalidade do tratamento e que não se deixa apreender por nenhum instrumental. O resultado geral é um modelo reducionista e dicotômico a emoldurar a subjetividade e dar ao tratamento uma dimensão de controle. A maioria dos protocolos estruturados para entrevistas em pesquisas psiquiátricas, que passarão também a ser usados na clínica, apóia-se em critérios de inclusão e exclusão de transtornos.

3.3.2 Dispersão de critérios clínicos

A denominação *dispersão de critérios* refere-se a um processo também considerado normal em clínica. Refere-se às diferentes formas de avaliação possível no conjunto dos métodos clínicos. Trata-se de um ponto importante por implicar desde a escolha da perspectiva para abordagem clínica até a aplicação do método clínico. Nesse sentido, retomar a definição do transtorno situa a investigação e pode explicar os vieses clínicos. Encontra-se vinculada a esta noção a fundamentação teórica do conjunto da psiquiatria em sua definição de objeto e

Mesmo se a dispersão de informação pudesse ser controlada ou eliminada, os clínicos poderiam ainda divergir sobre os aspectos que devem ser retidos, sobre a maneira de interpretá-los e sobre a categoria diagnóstica na qual o transtorno eventual deve ser classificado. (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 90).

A dispersão de critérios é um problema de difícil solução do ponto de vista da formação profissional. Isto se deve a comparações já realizadas entre profissionais que compartilham da mesma orientação teórica e, mesmo assim, submetidos a avaliação dos resultados de atribuição diagnóstica, variam de opinião sobre os transtornos mais

nos aponta, assim reforçando o caráter simbólico do saber que está em jogo na suposição. Resistência, em seu aspecto que envolve o ser do analista como suporte das repetições e reinvestimentos pulsionais, dificultando o curso da análise. (SILVA MOREIRA, 2002).

significativos e merecedores de atenção clínica.

Do ponto de vista clínico e até de pesquisa, a dispersão de critérios não deveria ser um problema preocupante, pois é inerente à discussão dos casos. Nos momentos de discussão do caso, os clínicos expõem seus pontos de vista, suas hipóteses diagnósticas, discutem a etiologia e até os limites da classificação em contraposição à evolução particular do quadro. Nesses momentos, discutem-se também as intervenções e se elabora um projeto terapêutico, sendo uma “ocasião de aprofundar a significação, quer dizer a validade, de diferentes pontos de vista sobre o transtorno mental” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 90). A dispersão de informações é considerada um ingrediente normal na prática clínica.

A dispersão de critérios torna-se um problema quando falamos em epidemiologia e estatística, ou quando é necessário demonstrar a confiabilidade dos instrumentos clínicos e de pesquisa. Passou a ser considerada um foco de intervenção para as revisões do DSM a partir dos estudos preparatórios para a organização do DSM-III.

Na avaliação da força tarefa da APA, uma vez que as fontes de viés diagnóstico eram uma característica inerente à prática clínica que sempre se desenvolve em ambientes pouco controlados, a solução do problema da confiabilidade teria que considerar parâmetros para um controle da prática. As mudanças necessárias teriam que considerar uma estabilização necessária das taxas de concordância, mas também teriam que encontrar formas de controlar os atos clínicos dos entrevistadores, as respostas dos entrevistados, e as definições dos transtornos da classificação deveriam ser restritas com descrições mais objetivas. O grupo de pesquisa do DSM-III tentaria elevar a concordância e, por conseqüência, a confiabilidade, restringindo a liberdade de manejo dos clínicos e avaliando os resultados com um índice estatístico denominado Kappa de Cohen. Outras estratégias, como a usada na restrição de definições imprecisas para os transtornos, foi a transposição de uma lógica de descrição dos sintomas elaborada para pesquisas, os *Critérios Feighner*, que deram origem aos Critérios Diagnósticos de Pesquisa (CDP). Tal como descrevemos no primeiro capítulo, esses critérios serviriam de preparação para as transformações que o DSM-III deveria trazer. A adoção de critérios de pesquisa para a normalização da entrevista clínica teve o objetivo de conter a dispersão de critérios na prática clínica. A classificação restringiria o espaço para avaliação clínica na própria técnica de descrição do transtorno, estabelecendo escores para avaliação da intensidade de sua ocorrência.

3.3.3 Normatização da entrevista clínica

A idéia de normatização das entrevistas clínicas visava diminuir a influência de aspectos aleatórios na obtenção dos dados relevantes ao diagnóstico. Não era, de fato, uma idéia nova, uma vez que antropólogos e psicólogos usavam protocolos para conduzir entrevistas com finalidade de levantamento de dados. Porém, diferentemente dos objetivos de pesquisas etnográficas ou entrevistas com finalidades objetivas, o fulcro das mudanças introduzidas pelos protocolos de entrevista clínica seria a natureza das informações buscadas e a estrutura de seu encadeamento.

Os principais aspectos a resistirem a esta forma de controle seriam o estilo do entrevistador na condução da entrevista e a forma como os pacientes escolhem para expor seus problemas. Notemos que o espaço da entrevista é o corte mantido no campo da fala e da linguagem como a dimensão propícia à experiência do sujeito do inconsciente em sua pontualidade evanescente. A emergência do sujeito é condicionada pelo acaso, o aleatório, residindo nisso a impossibilidade de sua concepção e determinação conforme os métodos da ciência normal. A alternativa para elaboração de uma classificação seria, de certo modo, desprezar aspectos aleatórios nas observações clínicas e emoldurar comportamentos e condutas pela quantificação dos transtornos.

3.3.4 Os protocolos para entrevistas em psiquiatria

Vários protocolos para entrevistas clínicas e escalas de avaliação em psiquiatria foram elaborados no intervalo entre 1968 e 1973. Baseados em um estudo anterior empreendido no Reino Unido sobre resultados de entrevistas estruturadas, os grupos de St. Louis e de Nova York desenvolveram protocolos para tipos específicos de transtorno, como o Protocolo de Transtornos Afetivos da Esquizofrenia (PTAS)²⁷, que teve três edições; o Protocolo de Entrevista Diagnóstica²⁸ e a Entrevista Diagnóstica Renard²⁹. Esses protocolos precederam a Entrevista Clínica Formalizada para o DSM-III-R(SCID). O objetivo intrínseco a eles seria diminuir a influência de fatores aleatórios e imponderáveis, cumprindo um programa de objetivação da psicopatologia para posterior quantificação e codificação em transtornos (VERSIANI, 1998). As respostas seriam dadas com um objetivo de padronizar e limitar a conduta do clínico para excluir das medidas o estilo e outras idiosincrasias inabordáveis

²⁷ *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS).*

²⁸ *Diagnostic Interview Schedule (DIS).*

²⁹ *Renard Diagnostic Interview (RDI).*

cientificamente: “Controlando qual informação seria retida e como seria utilizada, os autores desses protocolos esperavam impedir os pesquisadores (e mais tarde os clínicos) de terem em conta o julgamento profissional e a intuição para estabelecer um diagnóstico.” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 98).

O *Protocolo PTAS*, desenvolvido na década de setenta por J. Endicott e R. L. Spitzer para pesquisar a presença de comportamentos maníacos, se baseava na quantificação de alterações de comportamento caracterizadas como maníacas, que evoluíam numa escala de 0 a 6, onde 0 era o índice de nenhuma informação e 6 o índice extremo, descrito como estágio de “nítida superexcitação, aparência exaltada e discurso do tipo: ‘tudo é belo, eu me sinto tão bem’” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 99). As alterações do sono eram também avaliadas pela necessidade de sono percebida pelos pacientes para que se sentissem descansados em relação a uma necessidade considerada habitual de horas dormidas. A tabela do protocolo clínico orientava a tirar a média sobre mais dias, se esse fosse o caso, para se obter um dado mais preciso da evolução da doença. As questões colocadas pelo clínico se orientavam para a pesquisa de um humor exaltado de tipo maníaco e sondava as possíveis alterações, ainda que ligeiras, em relação às circunstâncias de sua manifestação, e também, se as demonstrações de ânimo seriam proporcionais ou inadequadas. Em relação à uma suposta percepção do outro sobre o comportamento do entrevistado a pergunta seria objetiva: “Se as pessoas o tivessem visto, eles teriam pensado que você estava de bom humor ou mais do que isso?” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 90). Também a sensação de fadiga era considerada um fator de decisão para diagnóstico de transtorno maníaco.

O diagnóstico em psiquiatria tem sido motivo de muitas controvérsias, e os métodos clínicos para definição das psicopatologias praticamente se concentraram nos questionários com graus de estruturação variados, mas com uma tendência a serem cada vez mais restritivos do ponto de vista da intuição clínica.

Othmer & Othmer (2003, p. 150) indicam que existem basicamente dois estilos de entrevista. Um estilo informal, que não segue um ordenamento pré-definido como um questionário ou um protocolo, e outro estruturado, onde se apresenta ao paciente uma longa lista de sintomas psiquiátricos na qual o entrevistador destaca os sintomas confirmados pelo paciente relacionando-os a critérios diagnósticos preestabelecidos para os distúrbios. A partir disso, deve tornar-se possível especificar um diagnóstico e diferenciá-lo de outro como, por exemplo, o transtorno de somatização (300.81) de um transtorno somatoforme indiferenciado

(300.82).

As entrevistas estruturadas não partem de questões abrangentes para especificação gradual do sintoma principal e não são, necessariamente, centradas no paciente, mas no problema, procurando por variações mínimas nas informações do paciente para estabelecer a diferença descritiva entre dois ou mais transtornos. Nessa abordagem, o diagnóstico é realizado por intermédio de listas de inclusão e de exclusão de transtornos, chamadas listas diferenciais. A primeira lista, a ser denominada lista de transtornos psiquiátricos incluídos, deve ser a mais ampla e incluir

todos os transtornos que poderiam possivelmente explicar as queixas do paciente e seu estado mental. No topo da lista deveriam estar os mais graves e arrasadores seguidos pelos transtornos não-psicóticos e de personalidade e finalmente pelos problemas psicossociais e ambientais. (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 159). Uma segunda lista deve ser preenchida com os transtornos excluídos e uma terceira lista de transtornos não investigados. Conforme estes autores, as recomendações, em se tratando de um protocolo estruturado de entrevista, seriam: “A partir de uma longa lista nº3, que consiste de transtornos não investigados, você deriva uma lista nº1 de transtornos incluídos e uma lista nº 2 de transtornos excluídos. O que sobra é uma minguada lista de transtornos não investigados” (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 151).

Os critérios de inclusão e de exclusão são uma marca da organização racional e progressiva do diagnóstico que não se concentra na liberdade da fala, mas enfoca o transtorno em sua especificação mais fina operando pela comparação. A similaridade e a diferença entre dois transtornos definem o que deve ser excluído, segundo o grau de objetividade alcançado na definição do comportamento identificado.

Transformada num trabalho técnico de controlar a conduta clínica e dominar a decisão, para em seguida medir os resultados com o coeficiente Kappa, a abordagem racional dos diagnósticos, proposta pelos grupos de St. Louis e de Nova York, preconizava os seguintes passos que tornariam possível declarar que o problema da confiabilidade seria resolvido: 1º) se eles limitassem as informações colhidas pelos clínicos, 2º) se fosse formalizada a ordem na qual elas seriam reunidas, 3º) se guiassem o modo como o conjunto de perguntas seria apresentado, 4º) se dessem indicações “*explícitas*” sobre os diagnósticos possíveis. Seguindo estas orientações os pesquisadores conseguiriam reduzir as discordâncias diagnósticas.

A idéia geral do tratamento da baixa confiabilidade das categorias do manual seguiria a padronização da conduta de clínicos e pacientes, medindo os resultados das avaliações e aplicando o índice Kappa para diminuir a incidência do acaso nas medidas, elevando assim a concordância e garantindo a confiabilidade pelo consenso.

3.3.5 Exemplos de Protocolo de Entrevista Psiquiátrica: A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Versão Clínica (SCID-CV)³⁰ e a Entrevista Breve Estruturada para o Diagnóstico de Transtornos Mentais-MINI International Neuropsychiatric Interview³¹

Na ocasião do lançamento do DSM-III-R no início dos anos 80, o grupo de St. Louis produziu e lançou como um artigo suplementar ao manual, um roteiro de entrevista intitulado Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R (SCID-CV)³². Esse modelo de entrevista teve aprimoramentos e mereceu uma versão elaborada especialmente para o DSM-IV.

A versão elaborada para o DSM-IV traduzida para o português é conhecida pela boa confiabilidade geral, mas alguns transtornos específicos como agorafobia, sem história de transtorno de pânico, não são encontrados com frequência na clínica, e são questionados quanto à sua validade. O motivo de sua inclusão no protocolo SCID-CV foi a detecção desse ‘diagnóstico’ em um estudo epidemiológico realizado nos anos 80 pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH)³³ nos Estados Unidos. Segundo Del-Ben *et.al.*... “a discrepância entre a observação clínica e os resultados de um estudo populacional pode ser decorrente de limitações na coleta de dados para a elaboração do diagnóstico” (2001, p. 156). A metodologia que originou esse protocolo empregou o trabalho de entrevistadores que não eram profissionais de saúde mental usando um questionário estruturado para entrevistas. Segundo esses autores, outro fator que pode ter influenciado na pouca confiabilidade desse diagnóstico foi a ausência dos critérios diagnósticos do DSM-IV para algumas categorias no SCID-CV. Há também diferenças entre a versão clínica do questionário e a versão de pesquisa, que inclui alguns diagnósticos ausentes da primeira. É o caso dos transtornos somatoformes, uma síndrome que tem gerado inúmeras controvérsias sobre a delimitação clínica e uma descrição exata, uma vez que as queixas não têm fundação orgânica. Em casos como esses a orientação era a consulta direta ao DSM-IV para ratificação do diagnóstico, considerando a confiabilidade consensual estabelecida pelo manual.

O protocolo para entrevista SCID-CV incluía perguntas diretas ao paciente sobre a presença de manifestações patológicas que visavam confirmar a presença do transtorno pesquisado. Assim, na entrevista para diagnóstico de transtorno do pânico, as questões

³⁰ *Structured Clinical Interview for DSM-IV.*

³¹ *MINI International Neuropsychiatric Interview.*

³² *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID).*

³³ *National Institute of Mental Health.*

versavam sobre o medo de sair de casa sozinho, de ficar sozinho no meio de muitas pessoas, ficar em uma fila ou viajar de ônibus ou de trem (DEL-BEN *et.al*, 2001, p. 157) e exigiam que o clínico se reportasse ao manual para confirmar o diagnóstico.

Outro exemplo de entrevista psiquiátrica compatível com o DSM-III e o DSM-IV, que foi traduzida para o português é o *International Neuropsychiatric Interview* (MINI), desenvolvido em parceria por pesquisadores do Hospital *Pitié-Salpêtrière* de Paris e da Universidade da Flórida. A característica do Mini que mais nos chamou a atenção é o fato de esse questionário constituir-se num modelo de entrevista breve, com previsão de aplicação média de quinze minutos, sem uma exigência de treinamento intensivo, sendo destinado ao uso na prática clínica e na pesquisa em atenção primária à saúde. O tempo médio de treinamento dos clínicos seria de uma a três horas.

Alguns aspectos do processo de validação do MINI demonstram o esforço para conferir-lhe a precisão desejada. Um deles se baseava na validade de procedimento que se define pela comparação dos diagnósticos gerados por um questionário com os resultados apurados por outros. Também critérios para seleção de pacientes era um detalhe importante para não reprodução de vieses na pesquisa. Os pesquisadores informaram que foram recrutados pacientes com idade entre 18 e 65 anos e consentiram em participar do estudo. Os que apresentaram demência e retardo mental, doenças reconhecidamente de cunho neurológico e os que apresentavam problemas de linguagem, foram excluídos. Estes critérios de seleção prevaleceram para os estudos de todas as categorias diagnósticas pesquisadas e nos estudos de validade de procedimento comparados com outros questionários. As categorias investigadas incluíam transtornos de humor, transtornos psicóticos, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico, depressão maior, esquizofrenia e agorafobia sem história de transtorno de pânico³⁴. Para os resultados dos testes de confiabilidade do instrumento, na análise de concordância de diagnósticos, foram consideradas entrevistas realizadas com um mesmo paciente com aplicação do coeficiente Kappa, de modo a corrigir a incidência casual de concordância nos resultados; mas aspectos da pesquisa indicam que características dos pacientes podem oferecer resistência à apuração das informações buscadas

³⁴ O diagnóstico de transtorno do pânico tem uma história que merece registro, Donald Klein, psiquiatra americano, descobriu na década de 70 que alguns tipos de ansiedade respondiam ao tratamento com antidepressivos e deu-lhes primeiramente a denominação de *Panic Disorder*, só posteriormente a manifestação recebeu a denominação atual.

Para transtornos psicóticos, as discordâncias decorriam sobretudo de viéses das informações fornecidas pelos pacientes, envolvendo múltiplos critérios ao mesmo tempo: tendência a negar ou minimizar a psicose ou ainda apresentá-la como um estado depressivo. (AMORIM, 2000).

Mesmo com o esforço de pesquisa para produzir um instrumento econômico e utilizável por clínicos e generalistas, os limites do MINI indicaram a necessidade de consideração de informações longitudinais, colhidas de várias outras fontes para melhoria da validade da avaliação empreendida com seu auxílio instrumental. Há que se destacar a finalidade de aplicação transcultural do MINI com previsão de publicação para trinta idiomas com aplicação potencial para pesquisa, clínica, gestão de programas de saúde e formação profissional.

Apesar das boas intenções dos pesquisadores, o tratamento da subjetividade, expresso nos critérios para seleção dos voluntários da pesquisa; como o entendimento das atitudes evasivas dos pacientes em determinadas respostas ao questionário, demonstram a opção de objetivação dos problemas mentais. Nesse viés, a orientação científica reservou à subjetividade a condição de um resíduo, ainda que inarredável e não apreensível pela lógica instrumental. A dependência de ampliação das fontes de informação decorre do retorno persistente do sujeito da ciência. Também a introdução de alguns protocolos “segue(m) o roteiro de uma entrevista clínica não-estruturada, conduzida por um profissional experiente” (DEL-BEN *et.al.*, 2001, p. 156) para melhorar a confiabilidade clínica do diagnóstico. A lógica “econômica” do MINI é um bom exemplo da orientação pelo discurso da ciência em conjunção com teorias de administração no campo da saúde. A administração de que se trata, para além da organização dos serviços, incide no problema incontrolável da subjetividade como resistência a objetivação. A estratégia proposta é a redução do tempo da entrevista clínica e sua condução pelo entrevistador, de modo a evitar o uso da intuição e do julgamento clínico autônomo, limitando e também dirigindo a fala e o discurso do paciente. Trata-se, então, da gestão de uma hiância que reapresenta o sujeito quanto mais se tenta afastá-lo. Pensamos que isto está demonstrado nas várias inconsistências apresentadas nos resultados dos estudos de confiabilidade, na necessidade de exclusão de inumeráveis categorias devido à dificuldade de especificação do problema, de manter coerência científica e, ainda, nos efeitos das perguntas sobre os pacientes psicóticos. Estes se mostraram sensíveis e esquivos às questões do protocolo, não colaborando com as intenções de precisão da pesquisa (AMORIM, 2000).

3.3.6 Avaliação dos resultados: O índice Kappa de Cohen - Estimativa de concordância observada não imputável ao acaso

Robert Spitzer tem um *curriculum* que se mescla com as soluções encontradas pela APA para resolver as questões de baixa confiabilidade dos diagnósticos. Formou-se em medicina em 1957 e, após um período de formação na Universidade de Columbia, foi qualificado psicanalista e ingressou no Instituto Psiquiátrico de Nova York, após período de treinamento (BENTALL, 2004). Após esse período, obteve uma bolsa de pesquisa para este mesmo instituto, onde travou contato com pesquisadores em epidemiologia e estatística, alguns com formação em psicologia. Esta trajetória forneceu a Spitzer condições de conduzir junto a outros nomes importantes da psiquiatria americana como Jean Endicott e Joseph Fleiss, no Comitê de Nomenclatura e Estatística da APA, as estratégias para solucionar os problemas de confiabilidade e da validade do manual como um todo.

Já dissemos que uma das estratégias usadas para tratar da validade no DSM foi a que denominamos de validade postergada, que consiste em transferir para a versão seguinte do manual a resolução das inconsistências e imprecisões da versão precedente. Um recuo estratégico, na perspectiva da leitura crítica, permite situar o DSM como um autômaton, um encadeamento discursivo que se propõe racional, em relação êxtima³⁵ com o sujeito que pretende expurgar. Assim, a atenção da pesquisa deve considerar os desenvolvimentos e ocorrências que se movimentam nos intervalos entre as versões do manual para verificação dessa lógica paradoxal. A exclusão do sujeito é a condição de seu retorno, de sua presença residual no cálculo matemático da ciência.

Na década de 60, em revisão dos estudos de confiabilidade publicados, os pesquisadores concluíram que a variedade de métodos estatísticos dificultou a interpretação de seus resultados. “Ainda que os métodos estatísticos fornecessem informações sobre a confiabilidade eles não seriam inteiramente comparáveis”, inviabilizando a avaliação da coerência entre as categorias diagnósticas (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 77).

³⁵ O termo extimidade, cunhado por Lacan, pode ser entendido como uma relação de exterioridade íntima entre dois termos, como o sujeito e o objeto, por exemplo. Entretanto, esta relação é inversa à matriz cartesiana que orienta a ciência normal. Ao contrário da polarização entre sujeito e objeto, na extimidade há uma subversão entre os termos tomados numa dialética entre o sujeito e o Outro, fundamentada na falta e no desejo inconsciente, o que não permite uma separação tão nítida entre o sujeito e o objeto como o pressuposto pela ciência. “O douto que faz ciência é também um sujeito ele próprio [...] isto por si só justifica que se fale de um sujeito da ciência” (LACAN, 1960, p. 808). Assim, não se trata de uma questão da unidade do sujeito constituída pela neutralidade do pesquisador ou do clínico como propõe a ciência, mas de uma divisão da própria ciência que concerne ao douto que a produz e, por sua vez, ignora que o objeto *in effigie* orienta sua percepção.

Em 1967, Spitzer, Fleiss, Cohen & Endicott publicaram um artigo intitulado “*Quantificação do acordo no diagnóstico psiquiátrico*”³⁶, que propunha o uso de um índice para ajuste da concordância entre os resultados de pesquisa - o coeficiente Kappa de Cohen. Criado para aplicação em outros campos acadêmicos, em psiquiatria ele traria a vantagem de sua destinação inicial como retificador das taxas de confiabilidade. Na época, Spitzer e Fleiss revisaram os seis melhores estudos de confiabilidade conhecidos, entre os quais o Projeto US-UK, a que nos referimos no primeiro capítulo. Em todos, foram apurados níveis modestos de concordância diagnóstica em razão dos diferentes modelos de formação psiquiátrica entre os avaliadores e da aplicação de métodos estatísticos diferentes. Esta percepção, se por um lado revelava a face precária do diagnóstico, por outro realçava a necessidade de uniformizar a fórmula estatística. Vários métodos estatísticos não consideravam a possibilidade de concordância devida ao acaso, o que inviabilizava seu uso segundo os interesses psiquiátricos de então. É interessante observar a eficiência dos pesquisadores em situar na incidência do acaso, o esgotamento das possibilidades de validar a psiquiatria como uma ciência, quando o ponto de identidade entre ambas é o ideal de precisão. Daí o descarte de metodologias que não permitissem intervir exatamente nesse ponto, a contingência.

Outro aspecto é a constatação de que a própria lógica dicotômica dos protocolos de entrevista, baseados em respostas tipo sim e não, favorecem mais as atribuições casuais. Um exemplo seria tomar uma situação hipotética onde dois clínicos atribuísem diagnósticos aos integrantes de um grupo de pacientes que não conhecessem. Os diagnósticos seriam dados jogando uma moeda para se decidir, por cara ou coroa, quantas pessoas teriam transtornos mentais. A probabilidade indica que há 50% de chance de os diagnósticos coincidirem por acaso e a distribuição dos diagnósticos indica que 50% de cada lado dividiriam os pacientes entre portadores e não-portadores de transtorno mental. Nesse caso, a concordância não resultaria da competência profissional; estaria mais relacionada à capacidade de discriminar as condições do diagnóstico em cada um dos casos. Desse modo o problema da validade acabaria se dissociando da confiabilidade.

A questão do cálculo da confiabilidade relaciona-se com epidemiologia, sendo um ponto de interrogação da pesquisa sobre diagnóstico por causa da questão da prevalência. A prevalência implica a pesquisa em sua validade e pela necessidade de gestão administrativa e clínica dos transtornos ao partir do pressuposto de validade de seus conceitos. Conceitos estes

³⁶ *Quantification of agreement in psychiatric diagnosis, in Archives of General Psychiatry, 17, 83-87.*

que geram os diagnósticos e que, portanto, devem ser confiáveis. A princípio, a prevalência não questiona se os critérios são válidos, mas pode explicitar contradições nas atribuições entre os estudos. Todavia, é um problema conhecido, em epidemiologia, a concordância devida ao acaso nos estudos que envolvem questionários que demandam respostas do tipo sim e não:

Quando uma característica dicotômica é avaliada (por exemplo, ter ou não esquizofrenia), a homogeneidade da população é determinada pela proporção de sujeitos que possuem a característica. Em estudos epidemiológicos, essa proporção é chamada prevalência da doença e em estudos clínicos ela tem sido chamada de taxa-base [...]. Uma população com heterogeneidade máxima tem uma taxa-base de cinquenta por cento. À medida que a taxa se aproxima de 0 por cento ou cem por cento, a população torna-se mais homogênea e o mesmo número de discordâncias diagnósticas pode ter uma influência maior sobre o coeficiente de confiabilidade diagnóstica. Assim, a confiabilidade de um critério diagnóstico para uma população clínica pode ser diferente da encontrada na aplicação do mesmo critério a uma amostra de pessoas da comunidade [...] o problema não era medir a confiabilidade de diagnósticos em populações com baixa prevalência e sim o coeficiente preferencial usado na medida, o (K) já que pode variar com a sensibilidade, a especificidade e a taxa base da doença simultaneamente. (MENEZES E NASCIMENTO, 2000, p. 25).

Porém, foram simultaneamente a inconsistência nas taxas de concordância e a necessidade de se apurar a prevalência dos transtornos na população que levaram Spitzer e seus colaboradores a proporem o coeficiente Kappa como um exemplo de fórmula capaz de abolir a incidência do acaso nas pesquisas. Sua fórmula é a seguinte: $k=(po-pc)/(1-pc)$, onde po é a proporção de acordo observado, pc o acordo atingido por acaso e o denominador 1, indica a concordância perfeita (MENEZES E NASCIMENTO, 2000, p. 24). As medidas para avaliação dos resultados considerariam taxas que variam de 0 (concordância devida ao acaso) a 1 (índice máximo de concordância) com o índice 0,7 sendo considerado como média aceitável.

Mais do que analisar matematicamente a fórmula e os exemplos encontrados na literatura, para o presente trabalho torna-se importante frisar que, para corrigir uma questão de concordância sobre um diagnóstico (acontecimento corriqueiro entre clínicos); foi preciso transformar a concordância quantificada em uma porcentagem e corrigir, por intermédio de uma taxa estatística, sem nenhuma relação com a clínica, a parcela aleatória da medida (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 82).

Desse modo, mesmo a dificuldade dos demais clínicos em compreender os cálculos estatísticos propiciaria um efeito cientificizante, a partir da necessidade de sua decifração por especialistas em epidemiologia, estatística e pesquisa em psiquiatria. A vantagem residiria em consolidar uma posição de conhecimento não abordável ou compreensível nem pelos clínicos

em seus postos de atuação, nem pelo grande público; uma vez que não há registros de orientações técnicas sobre como compreender a transformação de problemas clínicos em dados estatísticos, nem como interpretá-los.

As nuances entre diagnósticos levaram os pesquisadores a introduzir uma variação do Kappa, denominado Kappa ponderado, que era aplicado para especificar discordâncias entre os clínicos e reconhecer ao mesmo tempo os acordos parciais, o que levou a um entendimento de que alguns desacordos seriam preferíveis a outros. Por exemplo,

Um transtorno que admitisse três categorias: nenhum transtorno, transtorno de ansiedade e transtorno esquizofrênico, o Kappa ponderado reconheceria um acordo parcial entre o primeiro clínico diagnosticando transtorno de ansiedade e o segundo um transtorno esquizofrênico, mais que julgar os diagnósticos antinômicos. Na hipótese de dois clínicos diagnosticarem um transtorno e estando em desacordo sobre a natureza do transtorno deveríamos reconhecer em seu julgamento certa confiabilidade. (KIRK & KUTCHINS, 1998, p. 82).

Posteriormente, para melhorar a precisão dos cálculos do Kappa, um programa de informática chamado FORTRAN IV para IBM 7094 foi apresentado para operar com os Kappa ponderados ou não. Vários autores chamaram a atenção para o fato de a discussão e propostas para resolver o problema da confiabilidade e abolir o acaso dos resultados de pesquisa afetarem ou mesmo diminuírem a validade dos diagnósticos do DSM.

3.3.7 O acaso e a entrevista em psicanálise

A clínica psicanalítica em sua dimensão investigativa pressupõe o acaso e a contingência como meios de acesso a verdade³⁷ portada pelo sintoma. O acesso a essa verdade dá-se por intermédio da fala e do discurso do paciente. No discurso, a emergência do sujeito referencia um significante a outro, orientando o paciente e o analista num percurso associativo.

Peirce, fundador da semiótica, filósofo de formação científica, segundo Campos (2006, p. 200), dava ao acaso uma visão fundamental na teoria. Para ele, o *acaso* “deve ser considerado um ingrediente real da natureza”, e passou a denominá-lo formalmente de tiquismo. Tiquismo é um termo extraído do grego *Týkhê*, acaso, usado por Aristóteles (LACAN, 1964).

³⁷ A categoria *verdade* em psicanálise na definição lacaniana tem a estrutura de semi-dizer e opõe-se à definições místicas e totalitárias.

Lacan retoma esse conceito na lição de 12 de fevereiro de 1964 em seu Seminário, com o título de *Tiquê e Autômaton*, para estabelecer que “a função de tiquê é o real como encontro” (LACAN, 1964). Um real que arrasta consigo o sujeito, dirigindo a pesquisa. Esse real funda uma repetição que Lacan definiria como oposta ao sentido da ciência positiva, não sendo “simplesmente estereotipia da conduta, mas repetição em relação a algo de sempre faltoso” (LACAN, 1985, p. 137). A relação entre a repetição e o sujeito institui o acaso como condição fundamental na clínica psicanalítica. A clínica psicanalítica testemunha e formaliza a impossibilidade de uma captura do sujeito que, se sustentada pelo discurso da ciência, somente pode sê-lo pela via do imaginário o que levaria Lacan a dizer: “[...] afirmo que toda tentativa, ou mesmo tentação [...] de encarnar mais ainda o sujeito é errância: sempre fecunda em erros e, como tal, incorreta. Como encarná-lo no homem, o que equivale voltar a criança” (LACAN, 1966, p. 873).

É preciso assinalar que a opção “científica” de abordagem do psíquico, ao exigir a objetivação do sujeito no homem ou no comportamento, longe de capturá-lo, propicia, ao contrário, sua negação. O índice mais evidente disso, no cotejamento ora realizado entre a psiquiatria e a psicanálise sobre a questão do sujeito, é a tentativa de abolição do acaso posta em prática pelas pesquisas da série DSM.

Com a denominação “tiquismo”, Peirce procurava realçar a ineliminabilidade do acaso. O acaso seria, em sua vertente inabólvil, um determinante do caráter falível da ciência, marcando seu discurso e manchando seu ideal de suposto saber absoluto, colocando-a toda, enquanto positivismo, no registro do provisório. Esta é uma boa explicação do aforismo lacaniano que diz que o sujeito sobre o qual opera a psicanálise é o mesmo da ciência. Quanto mais se tenta abolir o acaso, que para a ciência representa o sujeito, mais ele retorna como um dado aleatório.

Entre psiquiatria e psicanálise, então, o que muda é o posicionamento (ético) da disciplina e, em sentido estrito, do clínico na relação ao saber, instituindo assim uma divisão entre o saber e a verdade enquanto irredutível. Esta posição pode variar da impotência no caso da ciência, definida pela tentativa de reduzir o real à ciência, impossibilidade esta que incorpora o sujeito do inconsciente em sua imprevisibilidade pontual como propõe a psicanálise. Eis porque é tão espantoso, ao mesmo tempo em que não deveria nos surpreender, a idéia obsessiva sobre sua abolição, como no caso das ciências positivas e, mais ainda, na psiquiatria dita “científica”.

Lacan (1985, p. 55) trata da questão do acaso associada à repetição. Ele chama atenção para que “à primeira vista” a psicanálise seja propícia a nos dirigir ao idealismo, mas que uma retificação deve ser feita a partir do que ocorre no coração da experiência como o “núcleo do real”. Tal diferença recoloca a relação entre o ideal da ciência e a psicanálise, pela impressão de que sua prática pudesse orientar-se segundo uma relação ideal com o saber; correlativa ao ideal cumulativo de saber da ciência, como uma promessa adiada de uma total redução da realidade a um conhecimento absoluto. A psiquiatria fez-se herdeira dessa tradição, expressa na importação de metodologias científicas da botânica e da física, animada pela suposição de um método universal que propiciasse a construção de uma classificação geral das doenças mentais.

Relacionado à repetição, o real “é o que vive sempre por trás do autômaton” (LACAN, 1985, p. 55), está além dele e implica a própria transferência na medida de sua mediação pelo significante, indicando que “nos é dada como efígie, em relação à ausência”. Reside, nessa fórmula, a ambigüidade da realidade em causa na transferência. A transferência, enquanto motor do tratamento, permite que desse encontro com o real no coração da experiência do tratamento, algo se produza por acaso, como efeito de surpresa que orienta o próprio curso do tratamento. O que se produz é o sujeito no encontro com o real em jogo na transferência, enquanto o “que ele visa é aquilo que não está lá enquanto representado” (LACAN, 1985, p. 63).

Vemos, assim, que não existe clínica dos problemas mentais sem considerar a fala, onde se desenvolve a dialética implícita à transferência, pois é nela que se verifica a clivagem do sujeito, atualizada na transferência. A transferência situa a dialética entre sujeito e objeto, de modo oposto do tomado pelo discurso da ciência e não baseado numa dicotomia entre ambos, desenvolvida a partir de um ideal de apreensão do objeto amputado do sujeito, que orienta uma série de reduções. Esse movimento, que induz a objetivação do sujeito, passa pela parcialização das condutas a serem especificadas como transtornos e pelo controle do sintoma que é suporte para enunciação.

A dicotomia do método científico importado pela psiquiatria pressupõe a redução do sujeito, tomado como incidência imponderável, de modo que se possa ter acesso ao que é tomado como exclusivo dado objetivo e, senão biologicamente determinado, pelo menos do ponto vista comportamental, justificado pelas repetições e estereotípias. Isto muda toda a relação da disciplina técnica com o sintoma, que deixa de ser tomado como uma das vias de

acesso aos significantes que representam o sujeito na cadeia discursiva para ser concebido como uma anomalia a ser expurgada. A ciência psiquiátrica tem desenvolvido modos de colocar, metodológica e tecnicamente, à distancia o sintoma para “finalmente encontrar a posição de exterioridade científica” em relação ao objeto, (LAURU, 2003, p. 32), o que significa, na prática, uma clínica psiquiátrica dessubjetivada. A operação de dessubjetivação acontece no isolamento realizado pela aplicação dos instrumentos de objetivação como protocolos clínicos e pela especificação de transtornos, que passam a ser artifícios de supressão pelo mecanismo de inclusão e exclusão de transtornos manejáveis, sendo como uma resposta ao mal-estar rerepresentado pelo sintoma psíquico: “[...] o discurso da ciência, na medida em que reivindica a objetividade, a neutralidade, a monotonia ou até o gênero sulpiciano. É tão desonesto e mal-intencionado quanto qualquer outra retórica” (LACAN, 1960, p. 906).

Na clínica, o sujeito do inconsciente se rerepresenta num lance de palavras, num lance de letras, na fala, já que “nenhum acaso existe senão em uma determinação de linguagem, e isso, sob qualquer aspecto que o conjuguemos de automatismo ou casualidade” (LACAN, 1960, p. 907). Mas tem sido, justamente todo o campo da fala e da linguagem, meticulosamente reduzido, embora não totalmente abolido, no intento da *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

No capítulo seguinte, abordaremos os transtornos somatoformes como exemplo do insucesso do DSM em apagar plenamente o sujeito do inconsciente e em varrer as referências da teoria psicanalítica do manual. Para isso, tomaremos por referência sua última versão, o DSM-IV-TRtm.

4. O SUJEITO NO DSM

Mas se for o caso – se a lembrança do trauma psíquico deve ser considerada tão atuante quanto um agente contemporâneo, como um corpo estranho, muito depois de sua entrada forçosa, e se, não obstante, o paciente não tem nenhuma consciência de tais lembranças ou do surgimento delas – então devemos admitir que idéias inconscientes existem e são atuantes. (JOSEF BREUER, 1893, *apud* ESB Vol. II, p. 276)

É que a verdade revela-se complexa por essência, humilde em seus préstimos e estranha à realidade, insubmissa à escolha do sexo, aparentada com a morte e, pensando bem, basicamente desumana [...]. (LACAN, 1955)

Por mais paradoxal que seja a asserção, a ciência ganha impulso a partir do discurso da histórica. (LACAN, 1970, p. 436)

Na revisão do material crítico sobre o tema da dissertação, encontramos de autoria de Riva Satovschi Schwartzman (1997) um artigo intitulado *Psicanálise, psiquiatria e Psicopatologia*. Nele, registra-se uma leitura do rechaço permanente, que o discurso psiquiátrico tem impingido desde os fins da primeira metade do século XX à psicanálise. Para essa autora, existe uma atitude guerreira da psiquiatria em afirmar a causalidade psíquica dos problemas mentais como se estivessem, desde sempre, confirmadas as bases orgânicas e o estatuto biológico desses sintomas. Tendo, de início, refutado a idéia de que se trataria somente de disputa de mercado, a autora propõe uma escuta psicanalítica dos entraves que demarcam o discurso negativista com que a psiquiatria e o discurso da ciência se contrapõem à psicanálise gerando afirmações do tipo: “-A psicanálise está morta. A psicanálise morreu!”. A escuta é oportuna, sobretudo voltada para a série DSM em sua ordenação.

Nos capítulos anteriores, mostramos como algumas dentre as muitas propostas de mudança na nomenclatura expuseram os mecanismos da exclusão do sujeito. O caso do cidadão *Osheroff*, que recebeu um diagnóstico “ultrapassado” durante a internação no *Chestnut Lodge Hospital* e sua apelação sobre as conseqüências prejudiciais do diagnóstico; o experimento de David Rosenhan, que revelou que os diagnósticos sofrem influência das circunstâncias em que são atribuídos e demonstrou a conduta protocolar dos profissionais para com os pacientes uma vez diagnosticados e internados; ou, ainda, o debate sobre a etiologia da homossexualidade e a sua validade como transtorno mental nos anos setenta, foram alguns dos exemplos. Esses exemplos demonstraram como, de maneira sutil e generalizante os diagnósticos obturaram a possibilidade de uma expressão particular do sujeito em relação ao transtorno, e fixaram, sem questionamento, a atitude do paciente em alguns casos e o tipo de tratamento em outros. Os exemplos trataram de operações sutis e generalizantes produzidas pelas atribuições dos diagnósticos.

Os objetivos deste capítulo são de demonstrar que, apesar dos princípios de trabalho anunciados no manual, a saber, a neutralidade teórica apoiada em ampla base empírica, existem várias teorias subjacentes à definição dos transtornos descritos no DSM. Como exemplo de teoria subjacente está a psicanálise, cuja dinâmica conceitual se destaca entre as teorias psicodinâmicas pelo papel da sexualidade na etiologia³⁸ das psicopatologias. A psicanálise fornece suporte à definição dos sintomas reunidos nas seções de *Transtornos Somatoformes* e dos *Transtornos Dissociativos* no DSM-IV-TRtm, dentre os quais registramos o exemplo do sintoma (300.12) *Amnésia Dissociativa* com uma alteração (*anteriormente Amnésia Psicogênica*). A mudança de nome produziu um apagamento de fundamentos considerados incertos e impalpáveis, de origem psicanalítica, evitando o recurso à hipóteses tidas por psicofísicas sem que os elos com o organismo estivessem devidamente confirmados. “A característica principal da Amnésia Dissociativa é a incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 498). Essa descrição é um exemplo para o método que propomos, ou seja, tomar ao pé da letra os elos mais ínfimos colhidos diretamente do texto do DSM-IV-TRtm, versão vigente da série de manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais; cotejá-los com os textos iniciais dos estudos de Breuer e Freud sobre a histeria e outros artigos de Freud e estender esta operação até a comparação entre alguns transtornos do DSM e algumas definições de sintomas feitas por Freud em um artigo de 1888 intitulado, *Histeria*.

4.1 A influência psicanalítica no DSM

Colocando em prática nosso método de tomar a palavra ao pé da letra; a referência ao trauma na definição de *Amnésia Dissociativa* presente no DSM evoca uma elaboração que remete à teoria freudiana. Remonta, por exemplo, a uma conferência de Freud de 1893, *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos*, onde além de sugerir “que as razões imediatas do desenvolvimento dos sintomas histéricos devem ser procuradas na esfera psíquica”, ele considerava o trauma como fonte dos sintomas que devia reunir certas condições como “[...] ser grave - isto é, [...] pertencer a uma espécie que envolve a idéia de perigo mortal, de uma ameaça à vida. No entanto, não deve ser grave no sentido de eliminar a

³⁸ No enfoque descritivo do DSM, a organização dos sintomas dos Transtornos Conversivos faz referência à vários aspectos observáveis da nosologia, mas abolem sua base sexual. O mesmo acontece com os Transtornos Dissociativos. Desse modo, pode-se advogar que a psiquiatria nada deve à psicanálise, exceto a denominação “Conversão”.

atividade psíquica.” (FREUD, 1893, ESB, 1980, Vol. III, p. 40). Com isso, marcava-se a justificativa de haver uma energia gerada a partir de um acontecimento, capaz de mobilizar toda a estrutura da elaboração de um sintoma.

Outro marcador importante para a leitura da evolução do conceito de trauma na obra freudiana consiste na *carta 69* datada de 21 de setembro de 1897. Nela, Freud afirma a Fleiss, após experiência com vários casos clínicos: “Não acredito mais na minha neurótica” (FREUD, 1897, ESB, 1980, Vol. I, p. 279). Esta afirmação é referência a uma reorientação na teoria do trauma, considerando a improbabilidade de ter existido uma cena real de sedução, tal como suposto inicialmente por Freud, envolvendo o pai em atitude perversa para com a criança, partindo do que é apresentado nas reminiscências da histérica. A descoberta, da qual advém a descrença freudiana na neurótica, é a de que no inconsciente as idéias hiperinvestidas não são diferenciadas enquanto representações verdadeiras ou fictícias; o que indica um modo de investimento afetivo numa idéia, que altera sua relação com a verdade. Revela, também, um modo de ler os trabalhos subsequentes de Freud e o modo como avançam a partir da teoria do trauma para o conceito de fantasia onde o caráter sexual se renova em seu aspecto conflitivo. Renova-se, também com isso, o estatuto do objeto psicopatológico, uma vez que o fato psíquico ocasionador do trauma, embora não possua materialidade empírica produz efeitos no corpo:

Desde então tenho visto inúmeros casos de histeria, ocupando-me de cada um por vários dias, semanas ou anos, e em nenhum deles deixei de descobrir as condições psíquicas postuladas nos *Estudos*, ou seja, o trauma psíquico, o conflito dos afetos e, como acrescentei em publicações posteriores, a comoção na esfera sexual. (FREUD, 1905, ESB, 1980, Vol. VII, p. 22).

4.1.1 Transtornos

No DSM-IV-TRtm, nem os Transtornos Dissociativos nem os Transtornos Somatoformes, entre os quais se registra o transtorno conversivo (300.11), fazem referência a artigos de Freud sobre a divisão do ego ou aos seus estudos sobre a “conversão”. Apesar de várias propostas recentes que defendem sua exclusão da classificação, a manutenção desses sintomas entre os outros no manual atesta a sua relevância clínica e permite-nos seguir seu rastro.

Para a finalidade desta dissertação, evitando uma digressão por demais extensa sobre cada um dos conceitos freudianos evocados a partir do cotejamento dos textos psicanalíticos

com o DSM-IV-TRtm, privilegiaremos textos de Freud e de Breuer e artigos de Freud relativos à primeira tópica. Devido a essa delimitação, conceitos como “mente” e “consciência”, citados por Freud e por Breuer, antecedem a elaborações posteriores que resultam da evolução desses termos como, por exemplo, a elaboração que vai de sua definição nos textos da década de 1893 para a noção posterior de “ego”, da segunda tópica. Essa demarcação da literatura permite uma comparação interessante entre o DSM-IV-TRtm, livro tomado como referência da série DSM para o presente estudo, e a definição psicanalítica dos sintomas da histeria, sempre dependentes da psicopatologia, como nesse exemplo onde Breuer explicita o mecanismo base da dissociação da consciência:

Em nossos pacientes encontramos um grande complexo de idéias que são admissíveis à consciência e que existe lado a lado com um complexo menor de idéias que não o são. Assim, neles o campo da atividade psíquica ideacional não coincide com a consciência potencial [...]. Sua atividade emocional psíquica divide-se numa parte consciente e outra inconsciente, e suas idéias se dividem em algumas que são admissíveis e algumas que são inadmissíveis à consciência. (BREUER 1893, ESB, Vol. II, 1980, p. 280).

Na correlação iniciada entre os *Transtornos Dissociativos* (resultado da extinção da Histeria no DSM) e os textos pré-psicanalíticos, registra-se que Breuer havia defendido a divisão da mente como o principal sintoma da histeria:

Se formos obrigados a reconhecer a existência de complexos ideacionais que jamais penetram na consciência, e não são influenciados pelo pensamento consciente, teremos admitido que, mesmo em casos tão simples de histeria como o que acabo de descrever, há uma divisão da mente em duas partes relativamente independentes. Não assevero que tudo que denominamos de histérico apresente tal divisão como sua base e condição necessária; mas assevero que ‘a divisão da atividade psíquica, que é tão marcante nos casos bem conhecidos sob a forma de “*double conscience*”, encontra-se presente em grau rudimentar em toda grande histeria’, e que ‘a disposição e tendência a tal dissociação constitui o fenômeno básico dessa neurose. (BREUER, 1893, ESB, 1980, p. 282).

Na *Comunicação Preliminar* (1893) encontramos, ainda, outra afirmação que confirma a elaboração de Breuer sobre a divisão da consciência como sintoma básico da histeria. Mais tarde, ele usaria o termo ‘divisão da mente’:

[...] a lembrança do trauma psíquico atuante não se encontra na recordação normal do paciente, mas em sua memória, quando é hipnotizado. Quanto mais nos ocupamos dessas manifestações, mais nos tornamos convencidos de que a divisão da consciência, que é tão marcante nos casos clássicos conhecidos sob a forma de ‘*double conscience*’, se acha presente num grau rudimentar em toda histeria, e que a tendência para tal dissociação, e com ela o surgimento de estados anormais de consciência (que reuniremos sob a designação de ‘hipnóides’), constitui a manifestação básica dessa neurose. (BREUER, 1893, ESB, 1980, p. 53).

Em 1893, em seu artigo *A Psicoterapia da Histeria*, Freud destacava as dificuldades do trabalho associativo da análise devido à influência de uma característica universal das idéias patogênicas. Essa característica se resume no fato dessas idéias serem de natureza

aflictiva, “capazes de despertar emoções de vergonha, de autocensura, de dor psíquica e o sentimento de estar sendo prejudicado, todas de uma espécie que a pessoa preferiria não ter experimentado que antes preferia esquecer.” (ESB, 1986, Vol. II, p. 325). A divisão da consciência (divisão do eu) se realizaria a partir de representações insuportáveis oriundas do inconsciente, que tentariam assomar à consciência.

Esses exemplos da construção conceitual do sintoma da dissociação da consciência envolvem a conceituação do próprio inconsciente e a importância da histeria em sua definição. Sua importância, para nosso objetivo, é demonstrar a dívida da série DSM para com a psicanálise na fundamentação dos transtornos dos grupos denominados *Transtornos Somatoformes e Transtornos Dissociativos*. Nenhuma outra teoria mereceu um interesse da APA pela restrição de sua terminologia e nenhuma outra teoria postulou uma etiologia coerente para as manifestações psíquicas como a psicanálise. Nesse sentido, uma lembrança do debate entre Freud e Breuer sobre os sintomas que melhor caracterizaram a histeria é interessante para rastrear a definição desses sintomas que foram, assumidamente, importantes para psiquiatria até o DSM-II, para estudar a permanência da nomenclatura psicanalítica no DSM. Mesmo com sua descaracterização pela abolição da etiologia sexual, ainda que a quarta edição revisada do *DSM*, de proclamada orientação empírica, traga em seu texto o adjetivo “inconsciente” ao tratar do *Transtorno Conversivo* como subgrupo da seção dos *Transtornos Somatoformes*: “Tradicionalmente, o termo conversão deriva da hipótese de que o sintoma somático do indivíduo representa uma resolução simbólica de um conflito psicológico inconsciente, reduzindo a ansiedade e servindo para manter o conflito fora da consciência [...]” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 476).

Como é conhecido em filosofia da ciência, o empirismo adota uma posição atórica como orientação de pesquisa, sendo uma condição inicial para pesquisa experimental que se procure evitar a contaminação da experiência pela subjetividade do observador na descrição do fenômeno. O uso do adjetivo “inconsciente” pressupõe o emprego de abstração teórica de alto nível e uma contradição aos princípios atóricos do manual, o que justifica que nos reportemos às origens dos sintomas para verificar sua procedência e influência nos atuais modelos de classificação psiquiátrica.

O exemplo do debate entre Freud e Breuer reaviva a definição de dois sintomas primários da neurose histérica. Freud havia refutado o acento dado por Janet (1892-4 e 1893) apoiado por Breuer de que a divisão da consciência seria o traço primário e o sintoma

característico da histeria. O termo primário significaria, nessa definição, sua relação com uma disposição inata. O pensamento de Freud, voltado para a determinação do sintoma, levou-o a considerar a conversão como sintoma característico da histeria por manifestar no corpo um conflito inconsciente sem nenhuma influência da vontade:

Na verdade, sabemos que é uma peculiaridade de todos os estados similares ao sono suspender a distribuição da excitação na qual se baseia a ‘vontade’ da personalidade consciente.

Assim verificamos que o fator característico da histeria não é divisão da consciência, mas a capacidade de conversão; podemos aduzir, como uma parte importante da disposição para a histeria – uma disposição que ainda é desconhecida sob outros aspectos -, uma aptidão psicofísica de transpor grandes somas de excitação para a inervação somática. (FREUD, 1894, ESB, 1980, Vol. III, p. 62-63).

Nesses textos, percebe-se o enlace entre a atividade clínica e o intenso trabalho teórico de Freud e Breuer para definir os sintomas da histeria e desvendar seus mecanismos. Por meio desses registros, temos um exemplo da clínica de Freud, de seu exercício em psicopatologia no período que reúne os textos sobre histeria, que vai de 1892 a 1908. A referência àquela época serve para lembrar-nos o que representou para a tradição clínica a pulverização dos sintomas da histeria a partir do DSM-III em 1980. Embora a tradição tenha deixado traços ainda distinguíveis nos remanejamentos dos transtornos realocados a cada versão em outras seções do manual, a possibilidade do apagamento dos traços do quadro clínico da histeria está em curso nesse momento em que se discute o DSM-V. A histeria, um enigma para a medicina do século XIX, pedra angular da fundação da psicanálise, arrastaria consigo para fora da psiquiatria americana as últimas referências psicanalíticas sobre os sintomas e sua etiologia.

Um caminho para demonstrar a presença de construtos psicanalíticos que influenciam nas definições do transtorno conversivo é a verificação da relação entre os sintomas classificados e aqueles definidos pela psicanálise, que não puderam ou simplesmente não foram apagados das versões subseqüentes do manual, em uma espécie de genealogia desses transtornos. Por ora, verifica-se que o privilégio dado à orientação médica e pragmática no DSM funciona como um fator que leva à dissociação de dois sintomas considerados conceitualmente básicos na histeria de conversão:

Em algumas classificações, a reação conversiva é considerada um fenômeno dissociativo; entretanto no DSM-IV, o Transtorno Conversivo é colocado na seção “Transtornos Somatoformes” para salientar a importância de se levar em conta condições neurológicas ou outras condições médicas gerais no diagnóstico diferencial. (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 497).

A presença da denominação *Transtornos Conversivos* no DSM-IV-TRtm revela a dificuldade encontrada pelo *Grupo de Trabalho Específico para a Revisão dos Transtornos*

de Interface com o Sistema Psiquiátrico em abolir radicalmente as referências psicanalíticas do manual; já que a autoria do conceito é de Freud, como foi reconhecido por Josef Breuer e como consta nesse seguinte trecho de “*Neuropsicoses de Defesa*”: “Na histeria a idéia incompatível é tornada inócua pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática, para isso eu gostaria de propor o nome conversão” (FREUD, 1894, ESB, 1980, Vol. III, p. 61). A menção que fazemos a esse registro no DSM, pela manutenção dessa denominação na nomenclatura, visa apresentá-lo como exemplo de intromissão do sujeito nas pretensões empíricas do manual. A orientação empírico-descritiva no DSM é apresentada como mais eficiente que a psicanálise na questão do diagnóstico, devido aos seus objetivos pragmáticos.

A abolição do postulado psicanalítico sobre a etiologia sexual das neuroses permitiu que, em termos diagnósticos, fosse dada preeminência às condições neurológicas e a outras condições médicas gerais sobre uma hipótese psicológica. A abolição do diagnóstico de histeria, devido à falta de uma base médica determinada, fez com que a descoberta de Freud, de que o recalque exerce influência simbólica na formação dos sintomas, fosse esquecida. Além disso, fez com que fossem retomadas outras teses psiquiátricas sobre a somatização, o que dificultou o consenso sobre os diagnósticos. Atualmente, um dos diagnósticos mais discutidos entre os médicos, quando em contato com um paciente com queixas somáticas é “*sintoma médico inexplicado*”. Sua presença teria um significado, pois poderíamos dizer que, para o DSM, a psicanálise é uma representante das pulsões inomináveis e, como tal, deve ser recalcada.

4.1.2. A histeria entre as síndromes somático funcionais e os transtornos somatoformes

O apagamento da histeria das classificações do DSM não apagou seus fenômenos (RIBEIRO, P. C., 2008)³⁹. Uma característica do paciente histérico é sua incapacidade em relacionar seu sintoma com a causa emocional que o fundamenta e o mobiliza a ir até os serviços de saúde mais variados em busca de atestar seu mal-estar com uma justificativa médica. É justamente esta a característica dos pacientes portadores de *Transtornos Somatoformes*, tal como se revelam a consulta com os generalistas. Os *Transtornos Somatoformes* constituem uma seção no DSM-IV-TRtm e, para começarmos a comparação com as definições psicanalíticas dos sintomas conversivos, notemos que são definidos como a “presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral (daí o termo

³⁹ Nota de orientação.

somatoforme), porém não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou outro transtorno mental (p. ex. Transtorno de Pânico)” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 470).

O exercício que propomos é importante devido aos efeitos da ausência de uma etiologia definida para muitos sintomas aparentemente médicos, o que ocasiona sobreposição entre diagnósticos médicos e psiquiátricos. Também porque se registra que muitos recursos são voltados para o tratamento desses diagnósticos que não reabilitam, mas estabelecem uma relação iatrogênica do paciente com o uso múltiplo e danoso de medicamentos. Há, também, registros de que os transtornos somatoformes representam entre um quarto e a metade do total dos pacientes que buscam os serviços de atenção primária (BOMBANA, 2006).

Com relação ao *Transtorno Conversivo*, o DSM-IV-TRtm registra no item *Prevalência* da seção *Transtornos Somatoformes* que as “taxas relatadas variam amplamente, indo de 11:100.000 a 500:100.000 nas amostras da população em geral. Ele tem sido relatado como foco de tratamento em até 3% dos encaminhamentos ambulatoriais para clínicas de saúde mental” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 478). Há registros, também, que indicam ser mais freqüentes em mulheres que em homens. Em procedimentos com generalistas foram identificadas taxas variantes entre 1 a 14% (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 478). Segundo Souza Coelho e Ávila (2007), citando Kroenke e Mangelsdorf (1989); em mais de 80% das consultas de atendimento primário agendadas para avaliação de sintomas comuns como dor no peito, tontura ou fadiga, não se encontraram causas orgânicas. Citando ainda outros autores como Bridges e Goldberg, (1985), Kessler *et.al.*. (1985), e Parker *et.al.*. (1984), esses autores informam que até 30% dos pacientes atendidos na atenção primária apresentam distúrbios psiquiátricos diagnosticáveis, como ansiedade ou depressão, e mais da metade apresenta queixas somáticas em vez de psicológicas.

Há a tendência rotineira dos clínicos em designarem os *Transtornos Somatoformes* genericamente como somatização. Souza Coelho e Ávila (2007) informam ainda que, em estudo de 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou taxas de prevalência para os transtornos de somatização de 0,9% (variando de 0 a 3,8% conforme o local pesquisado) que, uma vez expandidas levaram à detecção de taxas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) (cf. GUREJE *et.al.*, 1997 *apud* BOMBANA *et.al.*, 2002).

Artigos norte-americanos registraram que, nas últimas décadas nos serviços de atenção

primária à saúde, os diagnósticos clínicos usados pela clínica médica se sobrepõem aos diagnósticos psiquiátricos do DSM, gerando custos da ordem de 50% dos custos gerais dos ambulatorios médicos (BARSKI E KLERMAN, 1983 *apud* ÁVILA & SOUZA COELHO, 2007). No Brasil, ainda não encontramos estudos que tratem do impacto gerado por esta demanda na atenção primária a saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas sabe-se que são comuns demandas para tratamento de, por exemplo, tosse, alergias variadas sem causa médica definida, doenças classificáveis como Síndromes Somático Funcionais em clínica médica; configurando situações onde se sobrepõem essas classificações às do DSM. Um paciente se avaliado por um psiquiatra receberia um diagnóstico de Transtorno Somatoforme e, se fosse entrevistado por um clínico generalista, receberia o diagnóstico de *Síndrome Somático Funcional*. Na falta de indicações precisas que determinem a categoria do sintoma, os generalistas são induzidos à leitura de co-morbidades psiquiátricas, como no caso da síndrome do intestino irritável, situação em que estão incluídos de 20 a 60% dos casos são diagnosticados *Transtornos Depressivos, Ansiosos e somatoformes*. Outros exemplos envolvendo sintomas como fibromialgia, crises não-epilépticas, cegueiras e paralisias, que possam constar como sintomas médicos inexplicados, são relacionados não só por generalistas, mas por neurologistas, oftalmologistas e outros especialistas com algum tipo de transtorno psiquiátrico como aos *Transtornos do Humor (Depressivos), Ansiosos ou Mistos*.

Com todos esses descaminhos na definição dos *Transtornos Somatoformes*, um detalhe curioso, recuperado pelo DSM-IV-TRtm, é o uso do termo *belle indifference*, cunhado por Charcot para caracterizar a relação do portador de sintoma conversivo com seu sintoma: “Os indivíduos com sintomas conversivos podem apresentar *belle indifference* (i.e., uma relativa falta de preocupação acerca da natureza ou implicações do sintoma), ou apresentar-se de forma dramática ou histriônica” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 477).

Freud usa o termo *belle indifference*, atribuído a Charcot, em duas ocasiões. A primeira no caso clínico de Fraülein Elizabeth Von R.: “Parecia inteligente e mentalmente normal e suportava seus males, que interferiam na sua vida social e nos seus afazeres, com ar alegre - a *belle indifference* de uma histérica, não pude deixar de pensar.” (FREUD, 1892; ESB, Vol. II, 1986, p. 184). A segunda vez, foi em seu artigo de 1915, intitulado “*O Recalque*”:

Já o quadro da autêntica histeria de conversão obriga-nos a uma apreciação muito diversa do processo de recalque. Nesse caso, o que sobressai é o fato de o recalque poder conseguir levar a um total desaparecimento da quantidade de afeto. O doente demonstra então em relação aos seus sintomas o comportamento que Charcot designou de “*la belle indifference*

des hystériques”. (FREUD, 1915, IMAGO, Vol. I, 2004, p. 184).

Note-se que a referência à desimplicação da histérica ou histérico com seu sintoma tem seu mecanismo detalhado no recalque específico da histeria. Ou seja, em virtude da dissociação entre a representação recalcada e o afeto, que uma vez livre converge para corpo numa relação simbólica e indireta com o motivo do trauma. O caso de Fraü Cäcille, motivador da publicação da *Comunicação Preliminar*, é dos mais representativos exemplos clínicos descritos por Freud como dissolução de um sintoma (*ab-reação*) de conversão histérica por intermediação simbólica na análise. A paciente sofrera, por vários anos, de uma nevralgia facial, que levava a extração de sete dentes; sem que houvesse melhora na sensação dolorosa. Após um acesso de dor resolvido por hipnose, começou a suspeita de Freud de que o sintoma não fosse uma autêntica nevralgia. Suspeita que pôde se confirmar algum tempo depois, quando Freud pôde novamente evocar com a paciente lembranças traumáticas relacionadas a discussões com o marido:

Quando comecei a evocar a cena traumática, a paciente viu-se de volta a um período de grande irritabilidade para com o marido. Descreveu uma conversa que tivera com ele e uma observação dele que ela sentira como um áspero insulto. De súbito levou a mão à bochecha, soltou um grande grito de dor e exclamou: ‘Foi como uma bofetada no rosto’. Com isso cessaram tanto a dor como o acesso.

Não há dúvida de que o que acontecera fora uma simbolização, ela sentira como se realmente tivesse recebido uma bofetada. (FREUD, 1893; ESB, 1980, Vol. II, p. 227).

A partir de exemplos como estes, em que o mecanismo da conversão é explicitado na origem psíquica da representação recalcada, entendemos o *Transtorno Conversivo (300.11)*, herdeiro da psicanálise, como um dos melhores exemplos da intrusão do sujeito no ideal de objetivação descritiva do DSM. Isto devido à contradição que representa sua presença no manual, como herdeiro direto da nomenclatura freudiana, embora nenhuma referência a sua fundamentação teórica seja feita.

Mesmo que, ainda hoje, psicanalistas colaborem com a abordagem descritiva do DSM, a psicanálise, na orientação aberta por Freud, partindo da consideração da sexualidade como base da vida mental e fundamento da psicopatologia, não é bem-vinda a uma classificação científica. Todavia, a abordagem descritiva tem como limite uma relatividade inerente ao sujeito e essa relatividade sendo suscetível a uma cifra que não cessa de se escrever no corpo como sintoma, é uma metáfora sobre o sexual:

É como se houvesse a intenção de expressar o estado mental através de um estado físico; o

uso linguístico constitui uma ponte para o cumprimento desse objetivo. No caso, entretanto, daqueles que são precipuamente os sintomas típicos da histeria- tais como hemianestesia, restrição do campo visual, convulsões epileptiformes, etc. - não se pode demonstrar um mecanismo psíquico dessa ordem. Por outro lado, pode-se fazê-lo frequentemente com respeito às zonas histerógenas⁴⁰. (FREUD, 1893, *apud* ESB, Vol. III, 1980, p. 46).

Essas considerações visam demonstrar que o debate interno à psiquiatria sobre a somatização oferece um enquadramento para localização de vários sintomas da histeria decompostos no DSM (ÁVILA & SOUZA COELHO, 2007). Foi pela busca por *Transtornos Somatoformes* iniciada por sites como o *American Journal of Psychiatry*, *Lilacs*, *MedLine*, *Revista Brasileira de Psiquiatria e Scielo*, que definimos como o melhor exemplo para demonstração da influência de construtos psicanalíticos no DSM o *Transtorno Conversivo* como consta no DSM-IV-TRtm. Esse transtorno, assim como outros, introduz uma reflexão sobre a impossibilidade de seu esgotamento por sua resistência à objetivação, conforme requer o discurso da ciência em termos matemáticos, totais e definitivos. As propostas de mudança na nomenclatura são intermináveis, e registram sugestões como a mudança de inscrição dos sintomas no manual de acordo com o eixo da classificação: saindo do Eixo I *Transtornos Clínicos - Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica* para o Eixo II *Transtornos da Personalidade Retardo Mental* ou, ainda, como o proposto por Mayou *et.al.* (2007), pela inclusão de um novo Eixo III com o nome *Síndromes e Sintomas Somático Funcionais*, restando o atual Eixo III como Eixo IV *Condições Médicas Gerais (com códigos da CID-9-MC)* e o eixo IV passaria a ser o Eixo V *Problemas Psicossociais e Ambientais*. Outra sugestão, mais radical, parte das tentativas frustradas de consenso sobre os diagnósticos: refere-se à simples exclusão das terminologias controvertidas e indesejadas dos *Transtornos Somatoformes*. A seção dos *Transtornos Somatoformes* é a manifestação do esforço de esgotamento da definição do sintoma e resultado da aplicação de metodologia descritiva (CHENIAUX, 2005). Tal esforço tem como finalidade o desmembramento da categoria diagnóstica anterior e a especificação de um sintoma na busca de restrição da

⁴⁰Zona Histerógena ou histerogênica, na definição de Freud - “Em íntima conexão com os ataques (convulsivos/epileptiformes), encontramos as chamadas “zonas histerógenas”, áreas supersensíveis do corpo, nas quais um leve estímulo desencadeia um ataque cuja aura muitas vezes começa com uma sensação proveniente dessa área.” (FREUD, 1888; ESB, Vol. I, 1986, p. 69).

No caso de Fraülein Elizabeth Von R., Freud descreve uma zona histerógena atípica formada como uma defesa contra uma emoção ligada a uma idéia erótica. Fraülein Elizabeth oferece um exemplo do mecanismo de formação de uma zona histerógena formada por um conflito entre o sentimento de prazer gerado pela idéia erótica e o sentimento de recriminação gerado pelo agravamento da saúde pai. O resultado do conflito foi a repressão da idéia erótica com a vinculação da emoção que antes estava ligada a ela a uma dor física. Um ponto doloroso na coxa direita foi explicado pela paciente por intermédio da associação livre, no registro do simbólico: era ali que seu pai descansava a perna todas as manhãs, enquanto ela trocava suas ataduras. (FREUD, 1893, ESB, Vol. II, 1980, p. 197).

margem de erro ou de variação na avaliação clínica.

A tentativa de esgotamento de um sintoma é um objetivo a ser cumprido para que conste na nomenclatura científica sua definição precisa, unívoca, algo supostamente alcançável pelo estabelecimento do nexos causal dado pela etiologia. No caso em questão, essa operação encontra seus limites na própria denominação “*Transtorno Conversivo*”, que é uma prova da influência da teoria freudiana no manual. Primeiro, porque esse transtorno tem por base uma definição, a partir de uma etiologia estabelecida por Freud no quadro geral da Histeria, constituindo hoje o fundamento de todos os outros *Transtornos Somatoformes*, embora no DSM esteja subordinado a eles como um dos componentes da seção que leva esse nome. Segundo, porque a teoria psicanalítica que dá suporte ao *Transtorno Conversivo* serve-se de conceitos metapsicológicos que não integram, nem influenciam assumidamente os instrumentos clínicos e de pesquisa propostos pelo manual. Por último, porque é próprio do significante que dá estrutura formal ao sintoma a dubiedade estrutural e a ambigüidade de sentido que se define na sobredeterminação⁴¹: “Pois, para se admitir um sintoma na psicopatologia psicanalítica, seja ele neurótico ou não, Freud exige o mínimo de sobredeterminação constituído por um duplo sentido [...] os nós de sua estrutura.” (LACAN, 1953; 1998, p. 270). Disso podemos depreender que, em sua estrutura de significante, um sintoma não se reduz a um só sentido, como fazem crer as classificações psiquiátricas.

4.2 Suturas

A busca de univocidade na definição dos *Transtornos Somatoformes* e dos *Transtornos de Somatização* conflita com a inexistência de achados que justifiquem sua classificação como transtorno orgânico ou transtorno associado a outras condições médicas gerais, embora a associação entre causas biológicas e psíquicas seja claramente anunciada em “307.xx *Transtorno Doloroso (480).89 Associado tanto com Fatores Psicológicos quanto com uma Condição Médica Geral*”, com pedido para “*Especificar se: Agudo ou Crônico*”. É justamente a inexistência de etiologia orgânica estabelecida para essa síndrome, em associação com a recusa da etiologia sexual da teoria psicanalítica, a razão da proliferação de propostas para sua redefinição partir de enfoque descritivo e de sua classificação na seção dos

⁴¹ Sobredeterminação pode ser definida como a convergência de mais de um fator na produção de um único sintoma. Podemos explicar a sobredeterminação por meio da condensação, quando mais de uma idéia se funde para formar uma outra, sendo um mecanismo presente tanto na formação de sintomas como na elaboração onírica.

Transtornos Somatoformes. Nessa ação, pôs-se em prática a retirada da perspectiva clínica e da pesquisa, do lastro lógico do inconsciente, sempre sexual, numa pulsação que logiciza o acaso expresso na pontualidade emergente do sujeito. A operação de desvinculação da nomenclatura psicanalítica de sua etiologia freudiana deixou a nomenclatura à deriva como o demonstra o tratamento descritivo dado aos transtornos somatoformes. Sem um referente demarcado no campo físico, orgânico e como efeito da recusa da etiologia psicanalítica, a nomenclatura tende a variar segundo circunstâncias e idiosincrasias. Foram esses os motivos principais do fim da *Histeria de Conversão* a partir do DSM-III, o início da pulverização de seus sintomas e de sua sucessiva reorganização em transtornos.

Tratado pela psiquiatria como uma espécie de resíduo da histeria, o *Transtorno Conversivo* é motivo de muitas controvérsias sobre as notificações nos sistemas de saúde. Atualmente, decorridos alguns anos da efetivação das mudanças citadas, novos médicos clínicos e psiquiatras puderam se formar nessa perspectiva. Para eles, o *Transtorno Conversivo* é uma especificação no conjunto da somatização cuja validade dos transtornos tem sido bastante questionada pela coincidência dos critérios diagnósticos e pela semelhança entre os sintomas da categoria. Autores como Elie Cheniaux (2005) informam que o surgimento dos sistemas classificatórios psiquiátricos modernos - com critérios operacionais - como o CDP⁴² e o DSM, levou a ênfase no diagnóstico nosológico. Mesmo com todas as pesquisas que denunciaram os problemas de confiabilidade das categorias listadas, as novas gerações de generalistas e psiquiatras preferem acreditar na fidedignidade da atual nosologia, em vez de insistirem no empreendimento de reconhecer as alterações psicopatológicas, que estruturalmente são sempre definidas de forma imprecisa e ambígua. Nesse sentido, e declaradamente interessados na integração definitiva da psiquiatria a medicina, Richard Mayou e Lawrence Kirmayer (2005), propõem

Uma classificação pragmática que seja explicitamente um ramo da medicina mais preocupado com a gestão do estado (do paciente), em vez de presumir etiologia, isto tem como consequência que alguns pacientes necessitam de atenção de ambos em geral, medicina e psiquiatria. (MAYOU *et.al.*, 2005).

Souza Coelho & Ávila (2007), citando Lipowski (1998), define somatização como a manifestação de conflitos e de angústias psicológicas por meio de sintomas somáticos e como uma tendência que algumas pessoas têm de manifestar seus sentimentos por somatizações sem uma evidência patológica, mesmo assim, atribuindo-lhes um caráter de doença.

⁴² RDC- Research Diagnostic Criteria.

Geralmente, os pacientes diagnosticados como portadores de *Transtornos Somatoformes* ou *Transtorno Conversivo* rejeitam a idéia de que a origem de seus sintomas é emocional, relacionada ao contexto ou uma reação a um processo momentâneo vinculado a predisposições psíquicas. Paradoxalmente, demandam um lugar na nomenclatura médica, fato que se vem a alinhar com uma diretriz das reformulações na nomenclatura do DSM-V, segundo a qual os pacientes devem concordar com o diagnóstico e não se sentirem mal em recebê-lo. Uma das críticas aos *Transtornos Somatoformes* e, especificamente, ao *Transtorno Conversivo*, é que os pacientes se sentem discriminados pelo fato de suas queixas serem interpretadas como infundadas, abrindo margem à interpretação de que estejam simulando, lançando dúvidas sobre a veracidade de seu sofrimento. No passado, estigmas semelhantes pesavam sobre a histeria, e vários nomes depreciativos foram atribuídos aos pacientes e às crises conversivas.

Ainda para Mayou *et.al.* (2005), há a necessidade de revisão de todos os diagnósticos da categoria de *Transtornos Somatoformes*, considerada por eles como uma categoria clínica que falhou na identificação precisa dos diagnósticos. Para eles, cada uma das subcategorias apresenta problemas: os *Transtornos de Somatização (300.81)* teriam recebido atenção desproporcional em relação aos outros transtornos somatoformes e lançou várias dúvidas sobre seu valor clínico e conceitual, além de na situação clínica sobrepor-se a outros transtornos da classificação como os de personalidade. De acordo com este mesmo autor, a *Hipocondria (300.7)*, como categoria diagnóstica, é controvertida por reunir condições de ser identificada com um transtorno de ansiedade. O *Transtorno Conversivo* foi reconhecido pela força-tarefa do DSM-IV como em estreita relação com os *Transtornos Dissociativos*, mas teve sua distinção mantida em razão de compartilhar com os sintomas somáticos sua produção involuntária, levando com isso à necessidade de investigação de outras condições médicas gerais. Para o *Transtorno Dismórfico Corporal (300.7)*, os autores argumentam que, embora apareça na seção de *Transtornos Somatoformes*, estaria mais bem alojado com o *Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsivo (301.4)*. Para o *Transtorno Somatoforme Indiferenciado (300.82)*, os autores avaliaram que “logo ficou claro que não eram meramente diagnósticos residuais, e sim o transtorno mais amplamente aplicável em todas as categorias.” Este transtorno é descrito no DSM-IV-TRtm como uma categoria residual dos quadros somatoformes persistentes que não satisfizeram as condições para *Transtorno de Somatização* ou para um dos *Transtornos Somatoformes* específicos.

Uma das operações para reduzir as divergências na atribuição de diagnóstico desde os

trabalhos para o lançamento do DSM-III implicou no estreitamento das fronteiras entre a pesquisa e a clínica psiquiátrica. Antes da constatação de que as taxas de concordância na atribuição de diagnósticos psiquiátricos eram inconsistentes no mundo inteiro, a distinção entre a clínica e a pesquisa em psiquiatria era muito enfatizada, e os limites entre ambas tidos como nítidos pelos pesquisadores e clínicos. A pesquisa buscava aferir e aumentar a convergência de opiniões diagnósticas, além de apurar a precisão da nomenclatura; enquanto a clínica estava associada ao exercício da psicopatologia e à sua evolução no quadro individual, comparando-o à nosologia.

Uma vez que a maior parte das pesquisas sobre a confiabilidade dos diagnósticos apresentou resultados frustrantes e comprometedores para os objetivos científicos da psiquiatria americana, a alternativa para resolver o problema do diagnóstico foi a aplicação de métodos de pesquisa controlada no *setting* clínico para reduzir as divergências e aumentar as taxas de convergência entre as opiniões clínicas.

No primeiro capítulo, demos o exemplo dos *Critérios Feighner*, usados em pesquisa psiquiátrica e do modo como inspiraram o desenvolvimento dos *Critérios Diagnósticos de Pesquisa (CDP)*, constituindo um artifício para reduzir efeitos aleatórios na entrevista clínica e aumentar a confiabilidade dos diagnósticos. Esse exemplo refere-se a uma tentativa de sutura da divisão do sujeito da ciência, expressa na necessidade de excluir da entrevista as manifestações genuinamente inconscientes, uma vez que são imprevisíveis e incontroláveis. É isso que a realização do DSM ocasionou com a redução do espaço destinado ao discurso e com a normatização da entrevista clínica, buscando evitar o acaso.

4.3 Clínica

Na entrevista psiquiátrica, a se tomar pelos últimos desenvolvimentos, o sujeito incalculável corresponde a um “retorno da verdade como tal na falha de um saber” (LACAN, 1966; 1998, p. 234). Isto porque toda a psiquiatria contemporânea se organiza no sentido de prever na evolução do quadro as possibilidades de crise. Mayou (2005) propõe que, se fosse possível selecionar os pacientes com histórico de *Transtornos Somatoformes*, seria possível uma economia significativa no financiamento dos atendimentos da atenção primária prestados por generalistas ou na secundária por neurologistas. Afirma ainda que, se um terceiro eixo fosse criado no DSM com o nome de *Síndromes Somático Funcionais*, não seria mais o caso de se procurar saber se um diagnóstico é considerado médico ou psiquiátrico, mas qual

especialidade médica constituiria o melhor lugar para o gerenciamento do caso.

Ao modo do discurso da ciência, a falha é evitada pela manutenção de uma relação com a realidade ou com a verdade do fato clínico, através de protocolos e escores de avaliação. Ao mesmo tempo, enfatiza-se tanto a estatística como as abordagens empírico-descritivas na consolidação de um saber sobre “o mental”, conduzindo à necessidade de tomar o sintoma como anomalia em relação à funcionalidade sócio-comportamental e de excluir da clínica o que nela depende da surpresa, do acontecimento. Esses procedimentos são característicos do regime de controle exigido pela ciência. Em termos de controle, o sujeito do inconsciente, sujeito da ciência, só pode ser tomado como inconsistência na apuração dos índices de convergência sobre um diagnóstico ou no caráter inespecífico de outras categorias de um manual que se pretende científico. Mas “não se trata do problema clássico do erro, mas de uma manifestação concreta a ser ‘cl clinicamente’ apreciada onde se revela, não uma falha na representação, mas uma verdade de uma referência diferente daquilo [...] pelo qual ela vem perturbar a boa ordem” (LACAN, 1966; 1998: 234).

Na clínica, o sujeito, em sua fugacidade, se deixa seguir nos lapsos de memória e do discurso, nos sonhos e em outros caprichos da associação mental (LACAN, 1955; 1998 p. 335). Entre o valor dado ao lapso em psicanálise como ato bem-sucedido e sua insignificância diante do ideal científico há o horror do discurso da ciência pela verdade da qual ela nada quer saber. Decorre, daí, que o horror seja relacionado ao saber em seu caráter maldito, sexual; que o sujeito corresponda à sua emergência e essa emergência, repudiada, corresponda ao erro e à indeterminação, indesejáveis à classificação e ao DSM.

A ciência destitui o sujeito em um processo de recusa que objetiva a precisão. Recusado no simbólico, o sujeito ressurge no real da ciência, não deixando de evocar o ordenamento das lacunas do discurso que o exclui como um

valor técnico a ser atribuído à redução dos sintomas. Essa redução, constatada, demonstra uma dinâmica em que o inconsciente se define como sujeito efetivamente constitutivo, já que sustenta os sintomas em seu sentido antes de ser revelado, e que é diretamente experimentado quando se o reconhece na astúcia da desordem em que o recalcado faz uma composição com a censura, no que note-se de passagem, a neurose se aparenta com a condição mais comum da verdade na fala e na escrita. (LACAN, 1966; 1998 p. 234).

À persistência clínica dos sintomas somatoformes impõe sua presença no DSM sem uma explicação por causa médica geral. Apesar disso, somam-se propostas para sua supressão do manual. O diagnóstico recorrente oferece um exemplo da inviabilidade de sua simples

exclusão. Mostra, também, a relação íntima entre o sujeito e o sintoma, pois que ao suprimir o sintoma, a consequência é um silenciamento do clínico e do paciente sobre um fato ordenador que interfere em toda funcionalidade pretendida na reabilitação do quadro: “O sintoma [...] é o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maia, ele participa da linguagem pela ambigüidade semântica que sublinhamos em sua constituição” (LACAN, 1953, 1998, p. 282).

4.4 Os sintomas

A subordinação do termo “sintoma” à lógica do “transtorno” atende ao manejo específico de certas manifestações observadas na clínica e realçadas pelo grau de comprometimento do paciente no aspecto social ou ocupacional: “os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes.” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 469). Transtorno é um acontecimento desestabilizante numa situação normal, uma desordem, uma perturbação, um percalço, obstáculo, contratempo. Essas acepções da palavra *transtorno* enfatizam a patologia em sua relação com a produção laboral, em sua dimensão afeita à medicalização e à administração da doença. Um transtorno, no DSM, é um conjunto de sintomas que implicam em *déficits* funcionais. Trata-se de uma definição que se baseia na utilidade prática do manual, a partir da compreensão da medicina:

O agrupamento desses transtornos em uma única seção fundamenta-se mais na utilidade clínica (isto é, a necessidade de excluir condições médicas gerais ocultas ou etiologias induzidas por substâncias para os sintomas físicos) do que em premissas envolvendo uma etiologia ou mecanismo em comum. Esses transtornos são encontrados com frequência nos contextos médicos gerais. (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 471).

Nessa vertente, qualquer terminologia que seja redutível à orientação prática, como reza a proposta do DSM, é merecedora de uma justificativa que se coadune com os melhoramentos periódicos que a Comissão de Nomenclatura e Estatística da APA alega apresentar a cada revisão do manual. Um exemplo é a presença do adjetivo “mental”, mantido a contragosto da equipe de Nomenclatura e Estatística da APA na nomeação do manual, conforme exposição no primeiro capítulo desta dissertação. A *Definição de transtorno mental*, subitem do texto de abertura do DSM-IV-TRtm, dá relevância à inadequação do termo “mental”, como expressão que persiste “porque ainda não encontramos um substituto apropriado”, e à inconveniência de não haver uma definição operacionalmente consistente “que cubra todas as situações” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 27). Consta, ainda, que os

transtornos mentais têm sido definidos por uma variedade de conceitos, dentre eles: “sofrimento, descontrole, deficiência, incapacidade, inflexibilidade, irracionalidade, padrão sindrômico, etiologia e desvio estatístico” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 27), e que apesar das várias definições cada um dos conceitos é útil como um indicador, mas nenhum equivale ao conceito, e que diferentes situações exigem diferentes definições. Parece claro que a ênfase na definição de “transtorno” encontra-se associada a pressupostos de causa externa, na medida em que se pressupõe que as definições podem mudar conforme diferentes situações. Registra-se, ainda, que a terminologia ajudou a orientar decisões sobre as condições em que certos transtornos, estando nos limites entre a normalidade e a patologia, deviam compor o DSM-IV.

Por analogia com a paciente histérica de Freud, pensamos que, se o rechaço à representação traumática constitui a estrutura do sintoma da divisão da consciência, essa é correlativa de uma ação também do lado da ciência referente a um esforço para suturar a hiância entre o saber e a verdade. Tanto na alternativa neurótica, quanto na estratégia do discurso da ciência no campo da psiquiatria, encontra-se em jogo a relação do sujeito com o sintoma. Para o sujeito, na relação com o recalque que o condiciona encontra-se em jogo a dissociação entre o afeto e sua representação traumática, aquela que por ação do recalque, é desinvestida. Em psiquiatria, a sutura é executada na abordagem descritiva, no comportamento observado, destituído de história, nos métodos estatísticos do DSM como nos protocolos de entrevista clínica. No ato de necessariamente ministrar medicamentos (um critério clássico em psiquiatria) ou nos excessos da medicalização, na forma de comunicação de sua experiência clínica (LACAN, 1965, p. 891) e pela aplicação metodológica baseada em evidências. Todas essas são formas de objetivação ou de supressão do sujeito que determinam, aos poucos, o fim da clínica psiquiátrica e o reforço de uma psicoterapia de orientação funcionalista, atingindo também o ensino e a formação de novos profissionais. É interessante mantermos em nosso horizonte a questão sobre a possibilidade de haver uma clínica sem sujeito, uma vez que ela se realiza sobre a supressão da importância da teoria sobre a sexualidade infantil.

A psiquiatria e a psicologia behaviorista, assim como as modernas terapias cognitivo-comportamentais, são autênticos representantes do discurso da ciência. Isto quer dizer que sua *práxis* fundamenta-se na sutura da divisão inaugural que instrui a prática psicanalítica, que apresenta o inconsciente e o sujeito implícitos no sintoma. Decorre, daí, que as duas primeiras disciplinas mantêm um conjunto de práticas que constituem um rechaço ao sintoma. Nesse sentido, o ideal de normalidade (funcional) que as preside é o ideal da ciência, enquanto que,

para a psicanálise, encontra-se em causa o segredo portado pelo sintoma, definido por Lacan como uma “*semântica psicanalítica*” (LACAN 1955, 1998, JZE, p. 335). É por intermédio do sintoma, a partir dele, do trabalho de sua decifração “que o sujeito recupera com a disposição do conflito que determina seus sintomas, à rememoração de sua história” (LACAN 1955, 1998, JZE, p. 335). O acesso a essa história vincula-se à estrutura de linguagem do sintoma: “O sintoma, nomeado pelo paciente, é um significante que mantém relação com um significado recalcado da consciência do sujeito” (LACAN 1955, 1998, JZE, p. 382). A fórmula lacaniana segundo a qual um significante representa um sujeito para outro significante acrescenta a essa afirmação a noção de deslizamento na cadeia discursiva, a metonímia. Nesse sentido, não é demais dizermos que o sujeito habita o sintoma e faz-se representar pelo significante.

Em sua estrutura de linguagem, em sua constituição de palavra, de significante, o sintoma é portador de ambigüidades, sujeito a sobredeterminação, à convergência de vários fatores que concorrem para sua formação: “Nos pontos em que as formas verbais se cruzam novamente, os nós da estrutura, já está perfeitamente claro que o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguajeira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem cuja fala deve ser libertada” (LACAN 1955, 1998, JZE, p. 370).

Apesar da busca pela univocidade entre a nomenclatura e o transtorno a ser classificado, a tradição psiquiátrica permite uma interrogação sobre a falibilidade da metodologia descritiva aplicada às pesquisas sobre problemas psíquicos. Isto se deve ao fato de essa metodologia ser fértil em produzir impasses e enganos no percurso que vai da observação do fenômeno à sua descrição (CHALMERS, 1993). A psicanálise ensina que é próprio do significante a equivocidade, sendo interessante uma comparação entre a assunção da equivocidade pela clínica psicanalítica como algo próprio da palavra com a pretensão de univocidade científica da psiquiatria.

O DSM-III marcou uma pulverização dos sintomas que se reuniam em clássicas entidades clínicas sob as rubricas da psicose e da neurose. O conceito de neurose tem uma relação histórica com a teoria psicanalítica, justamente pelos *Estudos Sobre Histeria* (BREUER & FREUD, 1893-5). O rigor científico de Freud não o impediu de perceber que os sintomas histéricos têm suporte num romance familiar e que a apresentação dos casos muitas vezes ganhava a estruturação e o desenvolvimento de contos. O matiz emocional dos sintomas baseava-se no deslocamento de energia entre as representações inconscientes envolvendo o

corpo como o suporte de uma determinação entre a palavra e um desejo impronunciável.

4.5 A vergonha da clínica

Para Bercherie, há tempos a psiquiatria “começou a se envergonhar da clínica pura, da simples observação, do olhar [...]” (BERCHERIE, 1980, p. 317). O sentimento de vergonha da clínica a que se refere esse autor impulsionou também a disciplina na busca de entendimento racional do fato psíquico, na tentativa de objetivação desse fato. A idéia de progresso, própria do positivismo, concretizada nos métodos empíricos deu à psiquiatria um caráter pragmático e recolocou, de modo inquietante, o problema da natureza dos transtornos psíquicos e de sua materialidade somática. Uma característica do empirismo é a suposição segundo a qual a realidade factual oculta uma essência alcançável metodicamente por intermédio das etapas da análise. A clínica forjada na observação, no ajuste acurado entre o olhar e a descrição, por meio do exercício simbólico de nomeação dos comportamentos e das manifestações da loucura, forneceu a possibilidade de se coligir os sintomas para transformá-los em entidades clínicas. Compreende-se nisso a objetivação, própria às necessidades de constituição da doença psiquiátrica, como a exigência de uma realidade tangível ancorada no corpo e possível somente se sustentada no comportamento visível, tomado como uma manifestação subjetiva. Isto equivale a uma objetivação do mental. A objetivação do subjetivo é ainda no discurso da psiquiatria e das neurociências, uma promessa fundada no ideal que supõe uma essência subjacente.

É próprio também do empirismo a dicotomia entre o sujeito e objeto. O sujeito, que na posição de observador deveria dessubjetivar-se para melhor extrair do objeto sua verdade natural por meio de “*definições explícitas*” do fato (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 23). Isso significa, além da pretensão de controle da experiência, a suposição de uma possibilidade de abstenção de subjetividade. Se, do lado do clínico, situamos o ideal de uma neutralidade, sua ação de neutralizar é extensiva ao sujeito, uma vez que o foco é o transtorno portado pelo paciente e não seu discurso sobre ele. Estas são características da atitude diagnosticadora da psiquiatria referida por Bercherie, que tende a conceituar o sujeito como uma mônada, independente de seu meio relacional; desconsiderando que “a ordem relacional é fundante para o sujeito e continua a determinar incessantemente sua evolução e sua apresentação do momento (inclusive, aliás, no curso das entrevistas psicológicas)” (BERCHERIE 1980, p. 319-20). Esse autor chama a atenção para o quanto de “recusa à identificação, rejeição e de

medo” (BERCHERIE 1980, p. 319-20) uma atitude diagnosticadora, classificatória é portadora. Essa atitude, fundada na antinomia entre sujeito e objeto, é ainda o suporte do DSM. Há, ainda hoje, uma recusa no cerne do manual à explicação psicanalítica para certos transtornos, mesmo diante da ausência de explicações orgânicas, devido à relevância das teorias sobre a sexualidade na explicação das causas dos transtornos psiquiátricos⁴³.

A orientação dada à pesquisa no DSM se apóia nessa dicotomia. Supõe uma neutralidade que limita a liberdade do clínico e encontra-se condicionada pela supressão do sujeito, de acordo com o interesse e os objetivos de reintegração da psiquiatria à medicina, de produção de consenso entre os clínicos e de concordância entre os diagnósticos. É possível escutar na supressão do diagnóstico de histeria desde o DSM-III um efeito desse tipo. A supressão arrasta não somente o nome, como toda a teoria da sexualidade que fundamenta o conceito. Os sintomas que haviam sido reunidos sob a rubrica da histeria até o DSM-II, a partir do DSM-III foram pulverizados em vários transtornos na categoria de Transtornos Somatoformes, conforme especificado abaixo:

Transtornos Somatoformes (469)
 300.81 Transtorno de Somatização (469)
 300.82 Transtorno Somatoforme Indiferenciado (473)
 300.11 Transtorno Conversivo (475)
 Especificar tipo: Com Sintoma ou Déficit motor/
 Com Sintoma ou déficit Sensorial/ Com ataques
 ou Convulsões/ Com Quadro Misto
 307.xx Transtorno Doloroso (480)
 .80 Associado com Fatores Psicológicos
 .89 Associado tanto com Fatores
 Psicológicos quanto com uma
 Condição Médica Geral
 Especificar se: Agudo/Crônico
 300.7 Hipocondria (485)
 Especificar se: Com *Insight* Pobre
 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal (488)
 300.82 Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação SOE (491)
 (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 53).

A história recente da psiquiatria, como exposta nos capítulos anteriores, é marcada pelo confronto com as revelações feitas pela psicanálise sobre a psicopatologia e a torção epistêmica promovida por ela com a descoberta do inconsciente. Para Satovischi (1997), as tentativas de anulação do discurso da psicanálise configuram uma formação reativa à descoberta do inconsciente. Diríamos tratar-se de uma recusa do sujeito, que é própria do dualismo marcante do discurso da ciência praticado pela psiquiatria.

⁴³ Haja vista o debate aberto pela interpretação dada por Bieber e Socarides, psicanalistas membros da APA, sobre a etiologia da homossexualidade para justificar sua manutenção no DSM-III e o desgaste produzido pelas críticas sobre a validade da classificação (KIRK & KUTCHINS, 1998).

Outro fato que extraímos dessas considerações, e que reputamos como um elemento essencial para entender a torção epistêmica promovida pelo advento do inconsciente, é o deslocamento, em termos da clínica, de uma etiologia orgânica para uma etiologia sexual das neuroses e de outros transtornos nomeados no DSM, redefinindo a noção de causa psíquica. A história da psicanálise é marcada por momentos em que se dirigiram a Freud severas contestações provenientes dos representantes da ciência e da medicina em particular, devido à insistência na manutenção da etiologia sexual das neuroses. O caráter insuportável representado pela sexualidade, sua resistência a um tratamento pelo discurso formal da ciência, acabou por reservar à histeria, durante muito tempo, uma definição carregada de preconceitos de ordem moral que a associavam à degeneração:

O nome “histeria” tem origem nos primórdios da medicina e resulta do preconceito, superado somente nos dias atuais, que vincula as neuroses às doenças do aparelho sexual feminino. Na Idade Média, as neuroses desempenharam um papel significativo na história da civilização; surgiam sob a forma de epidemias, em consequência de contágio psíquico, e estavam na origem do que era fatal na história da possessão e da feitiçaria [...]. Uma abordagem adequada e uma melhor compreensão da doença tiveram início apenas com os trabalhos de Charcot e da escola do Salpêtrière, inspirada por ele. (FREUD, *apud* ESB, Vol. I, 1987, p. 67).

O diagnóstico de histeria foi abolido do DSM desde sua terceira edição em 1980, sendo esta exclusão o exemplo mais evidente da recusa das contribuições freudianas. O que a presença da histeria entre os diagnósticos evocava ou produzia na psiquiatria clínica era o dado incômodo de uma sexualidade envolvida na transferência e inabordável nos moldes da ciência dita oficial. Outrora, era a entidade clínica que exasperava os médicos pelo efeito de resistência à aplicação do saber clínico da medicina e que exigia, portanto, outra localização teórica que permitisse o conhecimento de sua verdade. Por esses motivos, a histeria foi conhecida durante muito tempo como *la bête noire* da medicina:

Os pobres histéricos que em séculos anteriores tinham sido lançados à fogueira ou exorcizados, em épocas recentes e esclarecidas estavam sujeitos à maldição do ridículo; seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero. (FREUD, *apud* ESB, Vol. I, 1987, p. 67).

Foi a confrontação da observação clínica dos fenômenos histéricos em conjunto com os estudos sobre a formação desses sintomas pela aplicação do hipnotismo que propiciaram a descoberta do papel das representações e da suscetibilidade à sugestão por parte dos pacientes como elementos fundamentais na formação dos sintomas histéricos (BERCHERIE, 1980).

Babinski (1857-1932), “discípulo preferido de Charcot” (FREUD, 1892-94), empreendeu uma pesquisa para estabelecer o diagnóstico diferencial entre as paralisias

históricas e as de base lesional. Desenvolveu um trabalho nosológico de desmembramento, buscando separar, na histeria, o que lhe era de fato permanente e o que, estando do lado da emoção, se configurava como passageiro: “a ‘loucura histérica’, à parte os delírios específicos ligados às crises ou que as substituíam, já não era admitida pelos alienistas: foi amiúde integrada na demência precoce (como no caso de Morel)” (BERCHERIE, 1980, p. 211).

A orientação de Babinski, ou mesmo sua preferência por uma explicação orgânica, levou-o a postular que as manifestações somáticas da histeria seriam, na verdade, falsos diagnósticos (psicológicos) em decorrência de “associações mórbidas” (BERCHERIE, 1980, p. 211).

Na busca de definição precisa do quadro clínico, conforme exigências da medicina, Babinski chegou a propor a substituição da terminologia “histeria”, que enfeixa a síndrome tão discutida (vimos que pode ter sido a primeira, porém não a última tentativa de apagamento do nome), pelo neologismo “*pitiatismo*”. Este termo preservava o aspecto emocional da neurose e sustentava a idéia de “cura pela persuasão” (BERCHERIE, 1980, p. 211). Seu trabalho tinha objetivos práticos e seus resultados foram recebidos no meio médico como um exemplo de exercício de delimitação e de distinção dos fenômenos segundo sua natureza. Representava, já naquela época, uma ameaça à psiquiatria a manutenção da histeria como diagnóstico clínico, devido em parte ao preconceito relacionado à etimologia e às crenças que se associavam à neurose. Por outro lado, o sentimento de frustração dos clínicos que tentaram e ainda tentam deslindar os mistérios dos fenômenos histéricos com as ferramentas do empirismo é outro fator de segregação do paciente. Como dissemos no capítulo anterior, os esforços da Associação Americana de Psiquiatria (APA) para apagar as influências freudianas no DSM nada mais seriam que uma tentativa de afirmar o viés descritivo e inócuo do manual; pois a originalidade da descoberta freudiana implica em que o sujeito do inconsciente não seja redutível ou abordável pelos métodos objetivos da ciência normal.

A persistência das referências psicanalíticas no DSM-IV-TRtm, no que se refere às descrições dos transtornos conversivos, sintomas daquela neurose atualmente desmembrados e descritos na seção dos *Transtornos Somatoformes* do DSM-IV-TRtm, é a primeira indicação desse insucesso uma vez que o termo foi cunhado por Freud tendo ocorrido pela primeira vez em 1894,

A tarefa que o ego se coloca, em sua atitude defensiva, de tratar a representação incompatível simplesmente como ‘*non-arrivé*’, não pode ser cumprida. Tanto os traços de memória como o afeto referente à idéia estão lá de uma vez por todas e não podem ser

erradicados. Mas é possível chegar a um cumprimento aproximado da tarefa, se o ego logra tornar fraca essa poderosa idéia, privando-a do afeto - a soma de excitação - do qual ela está carregada. A idéia fraca não terá então virtualmente nenhuma exigência a fazer quanto ao trabalho da associação. Mas a soma da excitação que tenha sido retirada dela tem que ser utilizada de outra forma.

Até esse ponto, os processos na histeria, nas fobias e obsessões são os mesmos; de agora em diante seus caminhos divergem. Na histeria a idéia incompatível é tornada inócua pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática. Para isso eu gostaria de propor o nome conversão. (FREUD, 1980, p.61).

Com isso, teremos alcançado o objetivo de demonstrar que ao contrário do objetivo da APA de elaborar um manual psiquiátrico segundo a premissa de um “enfoque descritivo... neutro em relação às teorias etiológicas” (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 23) e do objetivo perseguido desde o DSM-II de evitar referências psicanalíticas que entrou em vigência desde o DSM-III, não se cumpriram integralmente.

Vejamos como o DSM-IV-TRtm define na seção dos Transtornos Somatoformes o Transtorno Conversivo (300.11):

Os sintomas conversivos estão relacionados ao funcionamento motor o sensorial voluntário, motivo pelo qual são chamados de “pseudoneurológicos”. Os sintomas ou déficits motores incluem prejuízo na coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, afonia, dificuldade na deglutição ou sensação de nó na garganta e retenção urinária. Os sintomas ou déficits sensoriais incluem perda da sensação de tato ou de dor, diplopia, cegueira, surdez e alucinações. Os sintomas também podem incluir convulsões⁴⁴. Quanto mais ingênua a pessoa é para assuntos médicos, mais plausíveis são os sintomas apresentados [...].

Os sintomas conversivos tipicamente não se ajustam a vias anatômicas e mecanismos fisiológicos conhecidos, mas seguem a conceitualização do indivíduo quanto à condição [...] são frequentemente inconsistentes [...]. Uma “convulsão” conversiva varia de uma crise para outra, sem atividade paroxística evidente no EEG. (DSM-IV-TRtm, 2002, p. 475-76).

Para facilidade do clínico e evitar a margem de erros, o DSM-IV-TRtm dispõe de um quadro onde se resumem os critérios para diagnóstico do *Transtorno Conversivo* como referência rápida. O Apêndice A oferece uma árvore para decisão diagnóstica, que conduz o clínico pelo diagnóstico diferencial entre os *Transtornos Somatoformes*, segundo critérios de inclusão e exclusão de sintomas. Para efeito de ilustração, reproduzimos abaixo a tabela com os critérios do transtorno (300.11):

⁴⁴ Grifo nosso.

Tabela 1 – Critérios do transtorno conversivo

| |
|---|
| <p>Critérios Diagnósticos para 300.11 <i>Transtorno Conversivo</i></p> <p>A. Um ou mais sintomas ou déficits afetando a função motora ou sensorial voluntária, que sugerem uma condição neurológica ou outra condição médica geral.</p> <p>B. Fatores psicológicos são julgados como associados com o sintoma ou déficit, uma vez que o início ou a exacerbação do sintoma ou déficit é precedido por conflitos ou outros estressores.</p> <p>C. O sintoma ou déficit não é intencionalmente produzido ou simulado (como no <i>Transtorno Factício</i> ou na <i>Simulação</i>).</p> <p>D. O sintoma ou déficit não pode, após investigação apropriada, ser completamente explicado por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um comportamento ou experiência culturalmente aceitos.</p> <p>E. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ou indica avaliação médica.</p> <p>F. O sintoma ou déficit não se limita a dor ou disfunção sexual, não ocorre exclusivamente durante o curso de um <i>Transtorno de Somatização</i>, nem é mais bem explicado por outro transtorno mental.</p> <p><i>Especificar o tipo de sintoma ou déficit:</i></p> <p style="text-align: center;">Com Sintoma ou Déficit Motor Com Sintoma ou Déficit Sensorial Com Ataques ou Convulsões Com Quadro Misto</p> |
|---|

(DSM-IV-TRtm, 2002, p. 480).

4.6 Um negativo dos Transtornos Somatoformes: Histeria (1888)

Abolir os construtos mais explícitos da psicanálise do texto do DSM, sob o pretexto de que confundiam os clínicos, muito antes de restabelecer a ordem na classificação e na clínica psiquiátricas, propiciou a multiplicação dos transtornos. Por pior que fosse trabalhar com a hipótese (cl clinicamente verificável) de que um sintoma pode se formar a partir de um desejo censurável ou inconveniente e da impossibilidade de sua realização, havia a possibilidade de perguntas serem feitas a partir do exame clínico, o que eliminaria por comparação com os sintomas de base somática já reconhecida aqueles que sugeriam histeria. A histeria assume a patoplastia de várias afecções somáticas com fundo orgânico confirmado. Continua a ser pesquisada nos mesmos termos metodológicos das doenças confirmadamente médicas, embora sua etiologia de um ponto de vista psicanalítico registre um excesso de excitações psíquicas que são distribuídas por uma rede de idéias ou representações inconscientes em conexão simbólica com os sintomas somáticos.

A exclusão paulatina das referências aos conceitos psicanalíticos no DSM, entre os quais a própria histeria que ocupou uma posição emblemática; tem por efeito a destituição da hipótese do inconsciente junto aos novos clínicos. Assim, a difusão da ideologia cientificista,

objetivante, derroga a clínica no aspecto inicial do exame psicopatológico, investigativo.

Uma contribuição de Freud sobre a definição de histeria foi um artigo escrito em 1888 com a finalidade de publicação na *Encyclopédia Villaret*. O artigo intitulado *Histeria*, foi publicado como um verbete naquela enciclopédia e atribuído a Freud em razão das características da argumentação e pela citação da autoria de Breuer em relação ao método catártico, como o mais eficaz para remoção duradoura dos sintomas histéricos. Nesse artigo, Freud realiza a descrição dos sintomas da “grande histeria”, caracterizada a partir das definições de Charcot como Histeroepilepsia. A histeroepilepsia foi o quadro mais enigmático a confundir os médicos do século XIX, devido à reprodução de sintomas de outra doença neurológica, a epilepsia. Nesse texto, a intenção de Freud é a de especificar a ausência de uma causa orgânica como base dos sintomas. Sua metodologia parte do sintoma, tal como se manifesta, para seguir nas diferenciações entre sua apresentação e os quadros orgânicos já estabelecidos, realizando como que a demonstração de um diagnóstico diferencial dos sintomas entre psicanálise e medicina, para precisar o diagnóstico de histeria por exclusão dos sinais da epilepsia.

Através de uma referência a Charcot, Freud lembra que um uso comum e indiscriminado do termo histeria reunia diversas doenças nervosas embora seu quadro clínico estivesse bem estabelecido e circunscrito podendo facilmente ser reconhecido nos casos de histeroepilepsia.

Na descrição da sintomatologia da histeria, Freud inicia pela definição dos ataques convulsivos. Vejamos em que termos ele o fez para extrairmos nossas conclusões:

Ataques convulsivos- Estes são precedidos por uma “aura” peculiar; pressão no epigástrico, constrição na garganta, latejamento nas têmporas, zumbido nos ouvidos, ou partes desse complexo de sensações. Essas sensações-aura, como são chamadas, também surgem, nos pacientes histéricos, como sintomas isolados, ou representam em si mesmas um ataque [...]. Um ataque propriamente dito, quando completo apresenta três fases⁴⁵. A primeira “epileptóide”, assemelha-se a um ataque epilético unilateral. A segunda fase, a dos “*grands mouvements*”, apresenta movimentos de “salamaleque”, atitudes em arco (*arc de cercle*), contorções e outros [...] para se diferenciar esses movimentos de um ataque epilético, deve-se observar que os movimentos histéricos sempre são executados com certa correção e de modo coordenado, o que contrasta nitidamente com a cega brutalidade dos espasmos epiléticos⁴⁶ [...]. A terceira fase, a fase alucinatória do ataque histérico, a das “*attitudes passionelles*”, distingue-se pelas atitudes e posturas que sugerem cenas de movimento passional, que o paciente alucina e frequentemente acompanha com palavras correspondentes. Durante todo o ataque, a consciência pode conservar-se ou se perder – mais frequentemente ocorre a última dessas possibilidades [...]. (FREUD, 1888, *apud* ESB,

⁴⁵ Charcot definia quatro fases para os grandes ataques histéricos, sendo que a quarta fase (delirium terminal) é omitida em alguns documentos.

⁴⁶ Grifos nossos.

Vol. I, 1980, p. 68-69).

De início, notemos que é possível estabelecer a diferença entre diagnóstico e nosologia e afirmar que a definição do sintoma depende de um trabalho clínico sobre a psicopatologia, como o demonstra Freud nesse artigo que oferece oportunidade de conhecimento das distinções entre afecções similares que se apresentam à clínica, a saber, epilepsia e histeria. Um diagnóstico resulta do estudo comparativo dos sinais e das causas de uma condição patológica, produzindo, ao final, uma definição do problema clínico que coadune a causa e o sintoma numa etiologia. A renovação e o avanço da teoria exigem que o diagnóstico seja confrontado com a nosologia que é composta pela nomenclatura.

Para demonstrar a necessidade de cotejar os sintomas descritos no DSM com alguns artigos publicados atualmente sobre *Transtornos Conversivos* visando a demonstração de sua origem psicanalítica, encontramos um texto no *American Journal of Psychiatry*, de autoria de Stonnington *et.al.* (2006), onde há a informação de que se tornou mais fácil o diagnóstico de *Crises Não-Epilépticas Psicogênicas* (CNEP) com a assimilação de estudos sobre a categorização clínica das crises. Sobre isso, gostaríamos de frisar que é perceptível o efeito desorganizador da refutação da etiologia psicanalítica da histeria, que forneceria alternativas não medicalizantes aos clínicos, no tratamento de Crises Não Epilépticas, como tem sido chamada atualmente pelos médicos as crises epileptóides, definidas no artigo de Freud. São ainda esses autores que demonstram a aplicação de modernos instrumentos neurológicos para diagnóstico das alterações cerebrais durante essas crises: “(1) Monitoramento por vídeo EEG, (2), Medida da prolactina, (3) Uso seletivo de testes neuropsicológicos” (STONNINGTON *et.al.*, 2006). Mesmo com o aporte tecnológico empenhado para afastamento de dúvidas sobre o caráter psicogênico das CNEP, Marchetti *et.al.* (2007) informam que: “Apesar dos avanços no diagnóstico das CNEP, até o presente momento não há tratamentos que sejam padronizados e eficientes.”. Note-se, de passagem, que o diagnóstico de Crises Não Epilépticas Psicogênicas é da neurologia e não da psiquiatria, o que demonstra que, em ambas as disciplinas, não se refuta o caráter psicológico do sintoma, mas recusa-se implicitamente a etiologia e a terapêutica psicanalítica em sua coerência clínica e conceitual. Por outro lado, note-se, também, uma tendência de alguns pesquisadores em psiquiatria em assumir os critérios diagnósticos de medicina geral (como as Síndromes Somático Funcionais e da neurologia, no caso que agora discutimos), para resolver os impasses sobre a fundamentação de transtornos correlatos valendo-se da integração entre o DSM e outras classificações

médicas: “Recentes estudos apontam para uma base neurofisiológica para a conversão, embora provocada por processos psicológicos” (STONNINGTON *et.al.*, 2006). Esses achados referem-se a “dados de imagem funcional que sugerem⁴⁷ que os circuitos neurais que ligam vontade, movimento e percepção são interrompidos no transtorno de conversão, embora as conclusões limitem-se a poucos indivíduos, populações heterogêneas e diferentes desenhos de estudos” (STONNINGTON *et.al.*, 2006). Esse é um exemplo do reforço, que a idéia de uma primazia do organismo sobre o psíquico na definição de transtornos psiquiátricos, recebe com a aproximação entre o DSM e outras abordagens médicas, mesmo que os resultados das pesquisas em favor da tese neurológica não sejam conclusivos.

Um dado interessante é que, mesmo seguindo a metodologia empírica da medicina, os pesquisadores, indiretamente, confirmam algumas teses psicanalíticas. É o que pode ser exemplificado com a seguinte análise de um estudo clínico:

Pacientes com história de conversão apresentam normalmente um relato de abuso físico ou sexual. Um estudo comparando 54 pacientes que tiveram desordem de conversão, com 50 pacientes que tinham transtorno afetivo (24) foram encontrados entre os com maior incidência e maior duração do abuso físico ou sexual e outras experiências incestuosas em pacientes com desordem de conversão.

Se alguma das memórias de nossos pacientes eram falsas desconhecemos. Ter falsas memórias pode ser uma forma de conversão com mecanismos patofisiológicos similares aos da conversão motora⁴⁸. (STONNINGTON *et.al.*, 2006).

Este exemplo mostra a que ponto pode ir o desconhecimento da teoria psicanalítica por um médico que lida com a conversão, além de ilustrar o limite onde se detém o médico e que pode ser ultrapassado pelo psicanalista.

Finalizamos com a indicação do que parece ser a mais provável realização no DSM-V, pelo que inferimos de recentes artigos sobre a somatização na clínica médica e na clínica psiquiátrica. Os estudos e as discussões preliminares à publicação do DSM-V, prevista para 2012, indicam a construção de um modelo híbrido, teoricamente para o manual. Esse hibridismo permitiria a solução da contradição, que desejamos haver exposto de modo claro nessa dissertação, ou seja, o fato de o DSM anunciar-se ateuórico enquanto se serve de contribuições da psicanálise para reagrupar os sintomas da histeria sob novos nomes. Isso talvez permita, como querem muitos, que nomes de sintomas que fazem referência direta à psicanálise sejam abolidos em favor de denominações das classificações de medicina geral e da neurologia. Se posta em prática, a extinção dos *Transtornos Somatoformes* consolidaria

⁴⁷ Grifo nosso.

⁴⁸ Grifo nosso.

uma ideologia objetivante que contribuiria como querem os idealizadores do DSM, para reintegrar definitivamente a psiquiatria à medicina ao preço da negação do sujeito do inconsciente expresso no mais “íntimo e indizível sofrimento humano.” (Dousté-Blazy, 2005)⁴⁹.

⁴⁹ Extraído de entrevista de Phillipe Douste-Blazy, ex-ministro da saúde da França, por ocasião do lançamento do Plano de Saúde Mental do governo daquele país, em 2005.

5 CONCLUSÃO

Os esforços da Associação Psiquiátrica Americana (APA), nas últimas décadas, para aproximar e consolidar os laços com a medicina, produziram mudanças no DSM e têm referenciado cada vez mais explicações médicas para sintomas somáticos, como o caso das Crises Epilépticas Psicogênicas (CNEP), conhecidas como *Pseudo-Epilepsia*. Esse quadro serve de exemplo de uma tendência das pesquisas para o DSM-V, ao mesmo tempo em que revela o desconhecimento dos médicos-pesquisadores em relação às pesquisas já realizadas por Charcot, Breuer e Freud sobre a etiologia dos sintomas histéricos. Esse desconhecimento reproduz-se como um efeito da exclusão da psicanálise e da negação da etiologia sexual das psicopatologias pelo discurso da ciência. Constitui, também, um efeito das intervenções realizadas desde o lançamento do DSM-III em 1980.

Esquecimento sintomático ou desconhecimento da psicanálise, as correlações para o quadro “clínico” estudado conduziram a uma pesquisa que constata que, para 24 pacientes pesquisados, as *Crises Não-Epilépticas* (CNEP) foram “*a apresentação pseudoneurológica*” de transtornos psiquiátricos extraídos do DSM-IV-TRtm, como: Transtorno Conversivo-Dissociativo em vinte pacientes (83,3%), Transtorno de Somatização em tres (12,5%) e Transtornos Somatoformes em um (4,2%). A pesquisa, realizada em 8 semanas no *PROJEPSI* (*Projeto de Epilepsia e Psiquiatria*) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, não especificou as possíveis causas das CNEP. Porém, citou sentimentos como raiva e ressentimento por parte dos pacientes e comportamentos por parte da família como hostilidade para com eles, ficando recomendada a psicoterapia familiar como uma das indicações de tratamento (MARCHETTI *et.al.*, 2007).

Note-se que, na pesquisa, há uma reiteração dos diagnósticos da seção dos *Transtornos Somatoformes* mas, contrariamente ao desejado, a precisão do diagnóstico torna-se esmaecida entre a multiplicidade dos transtornos. Tal multiplicidade reflete que na realidade não existe uma linguagem comum em psicopatologia descritiva e, ao contrário do que uma pessoa leiga poderia pensar: “determinados conceitos são considerados por alguns autores, mas ignorados por outros; um mesmo termo é utilizado com diferentes sentidos; e um mesmo conceito é designado por termos diferentes” (CHENIAUX, 2005). Essa é a consequência do emprego do método empírico-descritivo, que produz outros efeitos antagônicos na psiquiatria: se de um lado induz à descrença em relação à classificação, devido à indiscernibilidade dos sintomas e à relatividade dos construtos usados em sua definição; por

outro permite à psiquiatria lançar mão, politicamente, de um princípio metodológico, a saber, a neutralidade teórica para, num só golpe, criticar a metapsicologia psicanalítica na explicação da causalidade psíquica dos sintomas das neuroses e afirmar-se como profissão científica.

Segundo Bittencourt *et.al.* (2009, p. 2), “um passado marcado por violência é um achado freqüente na história desses pacientes”. Não se justifica basear-se em tecnologias de diagnóstico por imagens, onerosas economicamente, uma vez que, “a maioria dos distúrbios apresentados em um ambulatório de neurologia ou psiquiatria, não revelam alterações imagenológicas ou laboratoriais expressivas, sendo diagnosticados com o arsenal semiológico tradicional.”. Esses autores em nenhum momento evocam a teoria psicanalítica sobre a histeria e a formação de sintomas conversivos, nem ao menos põem em questão a veracidade dos relatos sobre a cena de sedução traumática. Informam que o acesso à informação sobre abuso sexual na infância é obtido geralmente por outros profissionais não-médicos. A dedução do diagnóstico é conduzida de maneira racional, desconhecendo a possibilidade da expressão simbólica na qual se poderia tratar do conflito, em uma situação que considerasse o sujeito a partir do depoimento realizado e, não necessariamente, tomando o depoimento do paciente como representante legítimo do fato reportado. Como se a narrativa fosse correlativa da verdade, sem nenhum tipo de desvio ou mau-entendimento. Nesse equívoco do discurso da ciência, pode-se perceber a ilusão de que o saber poderia recobrir toda a verdade. A hipótese de abuso é tomada como fato consumado, mesmo em situações onde as crises, bem descritas, permitem questionar o envolvimento do paciente numa situação de presumida sedução partindo da observação dos detalhes clínicos. O exemplo fornecido pelos autores assim o demonstra: “os ataques tinham características semiológicas bem peculiares; tais como movimentos pélvicos mimetizando cópula, vocalizações e giro alternante da cabeça durante os eventos, além, de flutter palpebral” (BITTENCOURT *et.al.*, 2009, p. 2). Um dos motivos da desconsideração da psicanálise na descrição desses fenômenos parece ser a dificuldade em transformar uma causa abstrata em algo objetivo e generalizável, entretanto, temos nesse exemplo, uma evidência de como, metodologicamente, a situação se conduz até o que sujeito esteja excluído no resultado da operação. Os médicos recomendam que, uma vez objetivado o diagnóstico, ele deve ser comunicado ao paciente e à família para formação e fortalecimento da “aliança terapêutica” (MARCHETTI *et.al.*, 2007), reconhecendo, inclusive, que o paciente sofre e não é responsável pelos sintomas e nem os forja.

A associação entre a psiquiatria e outras especialidades médicas representa não apenas a reafirmação da psiquiatria como ciência como também reforça a posição privilegiada de seu

saber perante a sociedade e o mercado que regula o acesso aos tratamentos. Há indícios, a partir da indiscernibilidade entre os *Transtornos Somatoformes* e outras síndromes da medicina, da efetivação de uma proposta de fusão entre as definições da psiquiatria, da medicina e da neurologia, promovendo, assim, o surgimento de quadros clínicos compatíveis, envolvendo também a supressão definitiva da terminologia alusiva à psicanálise no DSM-V. A integração da psiquiatria à medicina dar-se-ia antes pelo alinhamento e pelo ajuste da nomenclatura, do que pelo estabelecimento das causas dos sintomas somáticos.

Em artigo intitulado, *Abuso Sexual e Pseudo-Epilepsia*, Bittencourt *et.al.*. (2009) apresentam um caso clínico onde se verifica exclusão de sintomas neurológicos e no qual se distingue um quadro de histeroepilepsia, tal como o descrito por Charcot e Freud, sem que os autores sequer aludam ao breve artigo de Freud de 1888. Esse clássico artigo foi publicado como um verbete na *Enciclopédia Villaret* no ano de sua produção e no periódico *Psyche*, em Stuttgart em 1953. Nele, Freud descreve uma das fases da *grande hystérie* denominada “*fase alucinatória*” ou das “*attitudes passionelles*” caracterizadas por “*atitudes e posturas que sugerem cenas de movimento passional que o paciente alucina e frequentemente acompanha com palavras correspondentes*”⁵⁰ (FREUD, 1888; ESB, Vol. I, 1986, p. 68). A caracterização do caso citado como exemplo, é realizada de acordo com os parâmetros do DSM, identificando distúrbios “*como depressão, fobias e histérico-conversivos que às vezes mimetizam crises epilépticas e possuem forte conexão com história de sevícias na infância.*” A definição do problema em sua raiz ‘psicogênica’ é realizada sem nenhuma referência à sua conceituação psicanalítica e ao extenso e reconhecido trabalho pioneiro da psicanálise na elucidação dos outros fenômenos histéricos.

O DSM não pode ser compreendido fora da história das classificações psiquiátricas por ter herdado dessa tradição a metodologia e o ideal de ciência. O primado da objetivação empírica do método científico é identificado no DSM pelo pressuposto de abstenção do recurso às teorias sendo este pressuposto precisamente, um dos mais importantes ordenadores de sua lógica. A partir disso, as propostas para conferir confiabilidade aos diagnósticos psiquiátricos têm se dissociado silenciosamente da questão da validade para constituírem em controle das divergências. Da mesma forma, essas propostas acarretaram um conjunto de medidas usadas habitualmente em pesquisa e relacionadas ao controle dos atos clínicos e da liberdade de manejo tal como a restrição à livre associação por parte dos pacientes, medidas

⁵⁰ Grifo nosso.

essas que foram transportadas para a clínica como orientação para atribuição diagnóstica.

Dois pressupostos do método empírico deram à psiquiatria a capacidade de solucionar as divergências sobre o diagnóstico. O primeiro, como descrevemos, é o ideal de abolição de teoria; o segundo, a perspectiva descritiva usada na investigação das doenças mentais. A crença numa relação unívoca entre a descrição “explícita” e o transtorno, no ajuste preciso e sem intervalos entre a palavra e a coisa persiste como um ideal no DSM.

Apesar da exclusão da categoria das neuroses e da pulverização de seus sintomas no DSM, a clínica, no cotidiano, demonstra que a relação entre os fenômenos da histeria e conflitos relacionados à sexualidade, tal como revelados pela psicanálise, persistem. Apesar disso, a psiquiatria, a neurologia e a medicina geral não estancaram as pesquisas experimentais que visam desvendar os mistérios da etiopatogenia orgânica dos transtornos psíquicos. Curiosamente, as melhores descrições que encontramos na pesquisa estabelecem as crises não-epilépticas como um exemplo de diagnóstico compartilhado pela psiquiatria e pela neurologia no qual a aplicação de tecnologias de diagnóstico por imagem aparece como necessária, ao mesmo tempo em que indicam a exclusão da causa médica.

Desses movimentos, concluímos que a anunciada revolução proposta pelo DSM, desde a versão três, lançada em 1980, é mais uma revolução no discurso sobre as doenças mentais, como parte de uma estratégia para reaproximar e consolidar os laços entre a psiquiatria e a medicina, do que a renovação científica do conhecimento psicopatológico como é costumeiramente sugerido. Uma estratégia que a Associação Psiquiátrica Americana tem desenvolvido nessa direção diz respeito ao alinhamento da nomenclatura do manual com a de outras áreas da medicina, como a clínica médica e a neurologia, o que sugere ser uma medida para alcançar dois objetivos: consolidar a união entre a psiquiatria e outros segmentos comprovadamente científicos da medicina e resolver a questão da sobreposição de diagnósticos, atribuídos a sintomas sem uma condição médica geral confirmada. Desse modo, mantém-se a perspectiva de um sistema diagnóstico baseado em dados empíricos, ao mesmo tempo em que se permite retomar a idéia de uma classificação geral das doenças mentais, como sempre foi o sonho da psiquiatria.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORIM, P. Mini international neuropsychiatric interview: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 22(3), 106-115, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3a01.pdf>>.
2. ANDREASEN, Nancy C. *et.al.*. *DSM and the death of phenomenology in America: the rise of psychoanalysis and the mid-Atlantic counterrevolution*. The University of Iowa College of Medicine Mental Health Clinical Research Center, Iowa City, IA. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/557763_3> Acesso em: 24, fev. 2009.
3. BENTALL, Richard P. *Madness Explained, psychosis and Human Nature*. England: Penguin, 2004.
4. BERCHERIE, Paul. Os Fundamentos da Clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico. *O Campo Freudiano no Brasil*. JZE Editores, 1989.
5. BERCHERIE, Paul. Pidgin ou Pêlé-Mêlé? A Propôs Du DSM-3. *L' Âne- Le magazin Freudien*, n. 3. automne 1981, p. 40-41.
6. BITTENCOURT *et.al.*. *Abuso sexual e pseudoepilepsia*. Disponível em: <http://www.neurologia.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=38:abuso-sexual&catid=3:artigos&Itemid=10> Acesso em: 31, jan. 2010.
7. BOMBANA, José Atílio. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2006, vol.55, n.4, p. 308-312. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S004720852006000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31, jan. 2010.
8. BREUER, Josef. *Considerações Teóricas*. 1893. Vol II. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 37.
9. CAMPOS, A.; PIGNATARI, D.; Campos, H. *Mallarmé*. São Paulo: Perspectiva, 2006.
10. CHALMERS, Alan F. *O que é a ciência afinal?* Trad. de Raul Ficker. São Paulo: Brasiliense, 1993.
11. CHENIAUX, E. Psicopatologia Descritiva: Existe uma linguagem comum? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 27, n. 2, SP, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200017> Acesso em: 10, out. 2008.
12. Classificação dos Transtornos Mentais do de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. OMS (Coord.). Trad. Dorgival Caetano. Porto alegre: Artes Médicas, 1993.

13. COELHO, C. L. de Souza; ÁVILA, L. A. Controvérsias sobre a somatização. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.34, n. 6, São Paulo, 2007.
14. DSM-IV-TRtm- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. de Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
15. DSM-III-R- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, 1987.
16. DECKER, Hannah S. *History of Psychiatry*, How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? Vol. 18, No. 3, 337-360 (2007) DOI: 10.1177/0957154X07078976, disponível em:
< <http://hpy.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/3/337>>
17. DEL-BEN ET.AL. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-Versão Clínica”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.23, n. 3, São Paulo, sep. 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462001000300008>
Acesso em: 31, jan. 2010.
18. DOUSTE-BLAZY. Entretien à Agence Lacanienne de Presse .*Nouvelle série*, n. 15, Paris, 14 fev. 2005. Disponível em :
<<http://forumpsy.org.causefreudienne.net/Resource/ALP.html#Anchor-AGENC-35076>> Acesso em: 31, jan. 2010.
19. GORENSTEIN, Laura *et.al.* *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.
20. FAUST, D; MINER A., Richard. The Empiricist and His News Clothes: DSM-III in Perspective. *American Journal of Psychiatry*, p. 143-8, ago. 1986.
21. FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Trad. de R. Machado. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
22. GONÇALVES, Maria Lopes Facó Esterminio. *DSMs e depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*. Dissertação de mestrado. UERJ, 2007.
23. FREUD, S. *Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (1893), Volume I, pag. 177, ESB, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
24. FREUD, S. *A Negativa* (1925), Volume 3, pag. 145, Escritos sobre a psicologia do inconsciente/ coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns- Imago, Editora, 2004.
25. FREUD, S. *A Psicoterapia da Histeria*, Volume II, pag. 309, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
26. FREUD, S. *As Neuropsicoses de Defesa* (1894), Volume II, pag. 55, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.

27. FREUD, S. *Carta 69 de 21 de Setembro de 1897*, Volume I, pag. 279 - ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
28. FREUD, S. *Caso 5, Fraülein Elisabeth Von R. 1892*, Volume II, pag. 184-ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
29. FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1916-1917[1915-1917]). Parte III. Teoria Geral das Neuroses (1917[1916-1917]). *Conferencia XVI Psicanálise e psiquiatria*, Volume XVI, página 289, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
30. FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1916-1917[1915-1917]). Parte III. Teoria Geral das Neuroses (1917[1916-1917]). *Conferencia XVII O Sentido dos Sintomas*, Volume XVI, página 305, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
31. FREUD, S. *Esboços para a "Comunicação Preliminar"* (1893), Vol. I, p. 166, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
32. FREUD, S. *Fragmento da análise de um caso de histeria. I Quadro clínico* (1905), Volume II, pag. 22, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
33. FREUD, S. *Histeria*. 1888. Vol. I, p. 65, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
34. FREUD, S. *O Inconsciente*, (1915), Volume 2, pag. 13, Escritos sobre a psicologia do inconsciente/ coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns- Imago, Editora, 2004.
35. FREUD, S. *Prefácio e Notas de Rodapé à tradução de Conferências de Terças-feiras de Charcot*, (1892-94) Volume I, pag. 153 - ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
36. FREUD, S. *Resistências à Psicanálise* (1925[1924]), Volume XIX, pag. 263, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
37. FREUD, S. *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos: Comunicação Preliminar* (1893), Volume II, pag. 41, ESB. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.
38. KIRK , S. & HUTCHINS, H. *Aimez-Vous le DSM? Le Triomphe de la psychiatrie américaine. Collection Les êmpecheurs de Penser em Rond-Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance*, 1998.
39. LACAN, Jacques. *A ciência e a verdade*, 1966, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
40. LACAN, Jacques. *A coisa freudiana ou o sentido do retorno a Freud em psicanálise*, 1955, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
41. LACAN, Jacques. *A metáfora do sujeito*, 1961, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998

42. LACAN, Jacques. *Análise e Verdade ou o Fechamento do Inconsciente*, O Seminário Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, pag. 130 (1988), Rio de Janeiro: JZE, 3ª Ed.
43. LACAN, Jacques. *Do sujeito enfim em questão*, 1966, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
44. LACAN, Jacques. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, 1953, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
45. LACAN, Jacques. *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, Outros Escritos; [trad. Vera Ribeiro; versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira; preparação de texto André Telles].- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
46. LACAN, Jacques. *Radiofonia*, 1970, Outros Escritos; [trad. Vera Ribeiro; versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira; preparação de texto André Telles].- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
47. LACAN, Jacques. *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*, 1960, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
48. LACAN, Jacques. *Tiquê e Autômaton*, O Seminário Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, pag. 35 (1988), JZE, Rio de Janeiro- 3ª Ed.
49. LACAN, Jacques. *Variantes do tratamento-padrão*, 1955, Escritos, trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
50. LAURENT, É. “Novas normas de distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise”. *Curinga*. Belo Horizonte, n.13, (set.1999), pp. 79-86.
51. LAURU, Didier. L’ Horreur du Symptôme? In: *La clinique lacanienne* 2003- 1 (nº 6) ISSN 1288-6629 | ISSN numérique : en cours | ISBN : 2-8658-6975-X | page 31 à 36 disponível em: <http://www.cairn.info/revue-la-clinique-lacanienne-2003-1.htm>, último acesso em 25, set. 2009.
52. MALLARMÉ, Stéphane. *Un Coup de Dès Jamais N’ Abolira le Hasard- Um Lance de Dados Jamais Abolirá o Acaso- Separata*. São Paulo: Perspectiva, 2006.
53. MARCHETTI *et.al.*. Resultados preliminares de um programa de tratamento de crises não-epilépticas psicogênicas, *epilepsy clin. neurophysiol.* vol.13 no.4 suppl.1, Porto Alegre Dec. 2007 doi: 10.1590/S1676-26492007000500009, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S167626492007000500009&script=sci_arttext&lng=es, último acesso em 31, jan. 2010.
54. MAYOU, Richard *et.al.*. Time for a New Approach in DSM-V - Somatoform Disorders. In: *American Journal of Psychiatric*, disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/162/5/847>, último acesso em 31, jan. 2010.

55. MILNER, J. C. *A Obra Clara: Lacan, a Ciência e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
56. MOREIRA, Marco Antonio. *Instrumentos de pesquisa em ensino e aprendizagem: a entrevista clínica e a validação de teste DSM-IV-TRtm de papel e lápis*/Marco Antonio Moreira, Fernando Lang da Silveira. Porto Alegre, EDIPUCRS, 1993. 104p.
57. MOREIRA, Max S. Objeto a, Condição Artificial da Análise, apostila, *Jornadas do Canto Freudiano*, Belo Horizonte, 2001. (texto)
58. NAOMAR DE ALMEIDA FILHO & MARIA ZÉLIA ROUQUAYROL. *Introdução à Epidemiologia Moderna*, 2.ed. Belo Horizonte; Salvador; Rio de Janeiro: COOPMED/APCDE/ABRASCO, 1992.
59. OTHMER, EKKEHARD. *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TRtm* / Ekkehard Othmer e Sieglinde C. Othmer; trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2003.
60. PESSOTTI, Isaías. *Os Nomes da Loucura*. São Paulo, Ed.34, 1999.
61. RISCO. Ano IV – Ementas- Nº Especial -pp. 6-7– O Risco da Clínica e a Clínica do Risco. *VII Congresso Mineiro de Psiquiatria*, março de 1993.
62. ROSENHAN. *Sobre Ser São em Lugares Insanos*. Science 19 January 1973: Vol. 179. no. 4070, pp. 250 – 258): Traduzido por Renata F. Brasileiro, disponível em: <http://www.bernardojablonski.com/pdfs/graduacao/rosenhan.pdf>, último acesso em: 31, jan. 2010.
63. SAFATLE, Vladimir. *LACAN*, Publifolha, 1ª Ed., 2007, São Paulo, SP.
64. SATOVSCHI Schwartzman, Riva. *Psiquiatria, psicanálise e psicopatologia*, disponível em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000200005&lng=pt&nrm=iso, último acesso em: 31, jan. 2010.
65. SOUZA COELHO, Cassiano Lara *et.al.*. Controvérsias sobre a Somatização. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.34. nº6 SP, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000600004&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10, nov. 2008.
66. STONNINGTON, Cynthia M. *et.al.*. Conversion Disorder. *Am J Psychiatry* 163:9,September 2006, disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/9/1510>, último acesso em 01, dez. 2009.
67. WINFRIED RIEF, Ph.D *et.al.*. Classification of Somatoform Disorders. *Am J Psychiatry* 2005. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/4/746-a> . Acesso em: 25, nov. 2008.