



PUC-SP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA
SOCIAL

LUÍSA FROMER

O TRANSTORNO SOMATOFORME E O “FURO” NO SABER
MÉDICO:
Uma crítica ao manual psiquiátrico

São Paulo

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA
SOCIAL

LUÍSA FROMER

O TRANSTORNO SOMATOFORME E O “FURO” NO SABER
MÉDICO:
Uma crítica ao manual psiquiátrico

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social, sob orientação do Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho.

São Paulo

2021

LUÍSA FROMER

**O TRANSTORNO SOMATOFORME E O “FURO” NO SABER MÉDICO:
Uma crítica ao manual psiquiátrico**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social, sob orientação do Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho.

Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo José Carvalho da Silva
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Profa. Dra. Jamile Luz Morais
Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Código de Financiamento 001. Número do processo: 88887.319952/2019-00.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Finance Code 001. Process number: 88887.319952/2019-00.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Raul Albino Pacheco Filho, por ter me acolhido no Núcleo de Psicanálise e Sociedade, por todas as transmissões e oportunidades de aprendizagem que me proporcionou ao longo desse período, por ter sustentado o meu desejo de pesquisadora e me ter ajudado ao longo do percurso da minha pesquisa com contribuições extremamente precisas e relevantes.

À Jamile Luz Morais e a Paulo José Carvalho da Silva, pelo cuidado na leitura de meu trabalho e pela generosidade nos direcionamentos e contribuições para a pesquisa.

Aos colegas do Núcleo de Psicanálise e Sociedade, Vinícius, Paulo, Tomás, Nathalia, Emilene, Marina, Gabriel, Aline, Michele Tayná, Milton e Débora, que me acolheram de modo generoso e me ensinaram muito ao longo desse processo, sendo companheiros muito importantes na jornada desta pesquisa.

À Karla Rampim Xavier e à Ana Carolina Afonso Lima Dias, que além de me acolherem no Núcleo foram figuras muito próximas nesse percurso, sempre generosas e acolhedoras em relação às minhas angústias e em nossas trocas, sempre me ensinando.

Aos professores do Programa de Psicologia Social, com os quais pude realizar trocas e colher diversos aprendizados, e pela generosidade com a qual me acolheram.

À equipe do ambulatório SOMA que, ao longo desses anos, acolheu-me com enorme generosidade, e com que pude realizar diversas trocas frutíferas, aprendendo muito sobre o trabalho na instituição e sobre o trabalho clínico.

À Abigail Betbedé e à Bruna Bartorelli, que fizeram com que meu trabalho no ambulatório SOMA fosse possível, com quem realizei diversas trocas e aprendi muito, agradeço a generosidade com a qual me acolhem sempre.

À Julia Catani e a Felipe Nishioka, verdadeiros companheiros na empreitada de trabalho no ambulatório SOMA, com quem pude aprender e trocar. Os nossos diálogos semanais foram fundamentais para esta pesquisa.

Aos residentes, que me ensinaram em nossas trocas sobre outras possibilidades, e que permitiram que eu pudesse me aproximar, por todas as nossas conversas e ensinamentos.

Aos meus pacientes, pela generosidade de me permitir escutá-los e pelos aprendizados sem fim que me proporcionam.

À Carina Arantes Faria, por ter me atravessado com seu desejo pela psicanálise, por ter estado próxima sempre com a sua escuta atenta, e por ser sempre generosa em nossas trocas e em nossa amizade.

Ao Instituto da Escola Brasileira de Psicanálise — Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade (CLIN-a) —, que foi o lugar em que, ao longo desse tempo, pude garantir minha sustentação teórica e diversas trocas psicanalíticas.

À Gabriela Pizzimenti, amiga querida com quem compartilho a psicanálise e o desejo de analista, com quem sempre pude realizar generosas trocas que me ensinam e me acolhem.

Aos meus amigos queridos, Inês, Flavia, Claudio, Surrailly, Victória, Aron e Alice, que sempre são generosos e me hidratam com as nossas trocas.

A Rodrigo Fromer, meu querido irmão, à minha cunhada e meus sobrinhos, junto a quem sempre encontro apoio e alegria para seguir em frente.

À Lucia Kairovsky, minha avó, que em nossas trocas sempre generosas me ensinou desde sempre sobre o desejo e a estar atravessada pelo mundo.

À Sofia Fromer, minha irmã, que a todo tempo está ao meu lado com apoio inequívoco, sempre generosa e companheira de todos os momentos e que me ensina sempre, mesmo em seu silêncio amoroso.

À Monique Miranda, que sempre me oferta seu apoio e escuta, e é incansável em sua generosidade e suporte.

À Ligia Fromer, minha mãe, que me emprestou seu desejo pela psicanálise, ensinou-me a ver mundo de modo crítico, sem perder, jamais, a ternura e a empatia. Ensino-me a sempre lutar por mais justiça, e sustentou que eu pudesse ser livre em meu desejo, estando sempre próxima e amorosa.

À Rosemeire Toledo Ferreira, por ter cuidado de mim e ensinado sobre a vida.

À Marcele Flores, por sua dedicação na revisão atenta do meu texto, mas sobretudo pelo acolhimento generoso e imprescindível na reta final do trabalho.

“O pulso ainda pulsa. O corpo ainda é pouco.”

(Marcelo Fromer, Antonio Bellotto e Arnaldo Filho)

**“Este corpo não é simplesmente caracterizado
pela dimensão da extensão. Um corpo é algo
feito para gozar, gozar de si mesmo.”**

(Lacan)

RESUMO

Esta dissertação propôs a investigação, a partir do método psicanalítico, das consequências dos avanços científicos no panorama da psiquiatria contemporânea. Partindo de sua experiência de trabalho como analista no Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA), inserido no Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC-FMUSP), a pesquisadora analisou a hipótese de que o diagnóstico do transtorno somatoforme, por sua especificidade sintomática — manifestações fisiológicas —, produziria um enigma ao discurso médico e, assim, seria capaz de precipitar uma brecha quanto à violência do ato classificatório do sujeito proposto pelo DSM. Examinou-se historicamente como se consolidou o manual hegemônico na psiquiatria — DSM — e sua aliança com a indústria farmacêutica, e as consequências advindas desse processo: o abandono da prática clínica psiquiátrica e, como resultado, o apagamento do sujeito na prática psiquiátrica. Investigou-se de maneira crítica a precipitação de um novo horizonte na atualidade psiquiátrica: a psiquiatria neurológica e a possibilidade do mapeamento da doença mental. Utilizou-se a compreensão da neurose de angústia, em Freud, e do fenômeno psicossomático proposto por Lacan como possibilidades de leitura do diagnóstico do transtorno somatoforme, ao invés do encaixotamento a partir da proposta diagnóstica do manual DSM. A partir do compartilhamento da experiência de trabalho no ambulatório SOMA, buscou-se através da transmissão da ética psicanalítica do sujeito de desejo e do sujeito do inconsciente, postulada por Freud, a viabilização da retomada da prática psiquiátrica clínica para os residentes de psiquiatria em formação.

Palavras-chave: Transtorno Somatoforme. Fenômeno Psicossomático. DSM.

ABSTRACT

This dissertation proposes an investigation of the consequences of scientific advances in the contemporary psychiatry panorama using the psychoanalytic method. The research starts from the work experience of the researcher as an analyst in the Somatoform Disorders Outpatient Clinic (SOMA) of the Psychiatry Institute (IPq) in a highly complex university hospital (HC-FMUSP). The author investigated the hypothesis that the diagnosis of somatoform disorder, due to its symptomatic specificity — physiological manifestations — would produce an enigma to the medical discourse and thus, would be able to reveal a gap in the violence of the subject classification act proposed by the DSM. This academic work examined historically how the hegemonic manual in psychiatry — DSM — and its alliance with the pharmaceutical industry was consolidated and the resulting consequences from this process: the abandonment of the psychiatric clinical practice leading to the obliteration of the subject in psychiatric practice. This work also discussed about a critical investigation of a new horizon in psychiatric actuality: the neurological psychiatry and the possibility of mapping mental illnesses. The understanding of the anguish neurosis described by Freud and of the psychosomatic phenomena proposed by Lacan were used as a possible reading of the diagnosis of the somatoform disorder, other than the boxing phenomena based on the diagnostic proposal of the DSM. From the sharing of the work experience in the SOMA outpatient clinic, the researcher sought through the transmission of the psychoanalytic ethics postulated by Freud — of the subject of desire and the subject of the unconscious — the possibility of rescuing the clinical psychiatric practice for psychiatry residents along their training period.

Keywords: Somatoform Disorder. Psychosomatic Phenomenon. DSM.

LISTA DE SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMI	Complexo Médico Industrial
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FPS	Fenômeno Psicossomático
HC	Hospital das Clínicas
IPq	Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDoC	<i>Research Domain Criteria</i>
SOMA	Ambulatório de Transtornos Somatoformes do Ipq
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TS	Transtorno Somatoforme
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 PERCURSO HISTÓRICO DO DSM	24
1.1 Uma introdução ao DSM	24
1.2 DSM-I	27
1.3 DSM-II	29
1.4 DSM-III	31
1.5 Rompimento com a psicanálise	41
2 CONSEQUÊNCIAS NO CAMPO DA PSIQUIATRIA A PARTIR DE 1980	49
2.1 Panorama das alianças entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria	49
2.2 Considerações críticas em relação ao DSM	61
<i>2.2.1 Excesso de diagnósticos</i>	<i>61</i>
2.3 “Universalidade” do manual	71
3 O PANORAMA ATUAL DA PSIQUIATRIA NEUROLÓGICA	73
3.1 Panorama do cenário atual	73
3.2 Crítica à psiquiatria neurológica	78
4 CONSIDERAÇÕES DA PSICANÁLISE SOBRE A PSICOSSOMÁTICA	84
4.1 Considerações sobre a psicossomática em Freud	84
4.2 Algumas considerações pós-freudianas	93
4.3 Panorama do fenômeno psicossomático em Lacan	96
<i>4.3.1 Seminário 2: O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise</i>	<i>101</i>
<i>4.3.2 Seminário 3: As psicoses</i>	<i>103</i>
<i>4.3.3 Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise</i>	<i>104</i>
<i>4.3.4 Conferência de Genebra sobre o sintoma</i>	<i>107</i>
4.4 Últimas colocações sobre o panorama psicossomático — de Freud a Lacan	109
5 ENSINAMENTOS DO TRANSTORNO SOMATOFORME À PSIQUIATRIA	112
5.1 Introdução ao Ambulatório SOMA	113
5.2 Articulações entre o FPS e o Ambulatório SOMA	117
5.3 Apresentação de caso novo	123
5.4 Articulações do contato com o residente	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS	147

ANEXO I	154
O Transtorno Somatoforme nos manuais de classificação (CID/DSM)	154
CID-10 (1993)	155
Transtorno Somatoforme (F45)	155
F45.0 - Transtorno de somatização.....	155
F45.1 - Transtorno somatoforme indiferenciado.....	156
F45.2 - Transtorno hipocondríaco.....	156
F45.3 - Disfunção autonômica somatoforme.....	157
F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente.....	157
F45.8 - Outros transtornos somatoformes.....	158
F45.9 - Transtorno somatoforme não especificado.....	158
Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)	158
DSM-I (1952)	158
DSM-II (1968)	159
DSM-III (1980)	159
DSM-IV (1994)	160
DSM-V (2013)	161

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surge a partir de diversas inquietações e questões que se colocam à pesquisadora através da sua experiência de trabalho como psicanalista no Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA), inserido no Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC-FMUSP). O ambulatório já tem mais de dez anos de existência e integra a rede terciária de atendimento em saúde pública. Ele oferece atendimentos em saúde mental a pacientes com diagnóstico de transtornos somatoformes (TS)¹ e faz parte do programa de residência psiquiátrica da Universidade de São Paulo (USP), compondo uma parcela da formação dos residentes. A pesquisadora ingressou no SOMA no ano de 2017 e segue atuando como psicanalista no ambulatório até o presente momento, sendo parte da equipe² do local.

Ao longo de cinco anos de trabalho muitas questões imbricadas na prática clínica e de formação de futuros psiquiatras foram suscitadas pela pesquisadora. Compreende-se que os questionamentos advindos da prática no ambulatório se delineiam como uma valiosa oportunidade de discussão. A produção desta pesquisa trata-se de um ensejo ímpar de sintetização da experiência vivenciada no ambulatório, de depuração de aprendizados, de amadurecimento de questionamentos, e de contribuição, tanto para o campo da psiquiatria contemporânea como para um diálogo entre os pares do campo psicanalítico.

As indagações que mobilizam a pesquisa serão abordadas a partir do referencial psicanalítico postulado, de Freud a Lacan.³ Os desdobramentos referentes às questões suscitadas na pesquisa têm como intuito colaborar com a prática clínica em casos de TS através das contribuições psicanalíticas, assim como também articulam um movimento político que endossa questionamentos e críticas à prática psiquiátrica contemporânea, denunciando a ineficácia do uso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM) enquanto ferramenta clínica primordial.

¹ A definição diagnóstica de transtorno somatoforme encontra-se no Anexo I desta pesquisa, na página 155.

² A equipe do SOMA é formada por outros quinze psicanalistas, quatro psiquiatras-psicanalistas, um neurologista, uma profissional de eutonia, e um grupo de residentes em psiquiatria que se renova anualmente.

³ Acrescenta-se uma ressalva: na presente pesquisa partiremos daquilo que é nomeado como o “primeiro ensino de Lacan” — da década de 1950 —, portanto, esta discussão não contará com os aspectos que o ensino lacaniano teoriza após os anos 1970 a respeito da noção de sintoma articulado ao signo, ao **objeto a**, ao *sinthome* e ao real. Compreende-se que tais postulações posteriores são de suma importância para o entendimento do tema da pesquisa, todavia, por ser de imprescindível necessidade o aprofundamento teórico que tais aspectos requerem, deixaremos essa investigação para uma pesquisa futura.

Diversas vezes a pesquisadora presenciou um diálogo corriqueiro dentro do IPq, diálogo tal que partia tanto dos profissionais quanto dos pacientes, em que se afirmava que o SOMA seria o último lugar em que um paciente poderia chegar dentro do Instituto. Esse comentário cotidiano traz um sentido de “fim de linha”, quando já se tentou tudo, ou seja, todas as possibilidades se esgotaram: exames, medicamentos, tratamentos etc. O destino seria então um só: o ambulatório do SOMA. Além disso, o SOMA possui ainda outra reputação: do ponto de vista dos residentes, seria um dos ambulatórios mais difíceis e frustrantes por que eles passam ao longo de sua formação. Pode-se dizer que essas duas reputações mobilizam esta pesquisa, desde o seu ingresso a pesquisadora tem interesse em compreender melhor o que alicerça tal fama. Porque seria o transtorno somatoforme um “fim de linha”?

Sabe-se que o que tem imperado no discurso contemporâneo da psiquiatria são as classificações, atribuídas através de compêndios psiquiátricos que atuam de modo atóxico. Pode-se dizer que a psiquiatria se encontra, na contemporaneidade, alicerçada sobre duas robustas bases que a sustentam: o DSM, cumprindo uma função de Bíblia (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011), e a neurociência, como seu horizonte (LAURENT, 2013). O diagnóstico do TS é estabelecido através dos manuais médicos e psiquiátricos, a saber, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o DSM, entretanto, mesmo que seja estabelecido através deles, é um diagnóstico que provoca diversos questionamentos e indagações aos médicos e psiquiatras pois não corresponde à psicofarmacologia — horizonte do DSM — tampouco ao ideal de comprovação da psiquiatria neurológica: as imagens.

A sintomatologia apresentada pelos pacientes com TS refere-se precisamente a queixas fisiológicas e orgânicas: sintomas físicos como dores, paralisias, doenças de pele, dentre outros. Antes que o diagnóstico seja estabelecido é preciso garantir que o sintoma não possua origem orgânica, fisiológica, neurológica ou genética. Logo, o diagnóstico impõe um enigma ao discurso médico, posto que o percurso até o seu estabelecimento se trata da negação dos conhecimentos e recursos da ciência, uma vez que ele só é aferido após o esgotamento de uma série de aparatos científicos (exames, tratamentos, investigações clínicas, intervenções clínicas e cirúrgicas).

Quando não há uma resposta cientificamente conhecida, isto é, uma doença específica, uma síndrome rara, uma desordem genética ou um comprometimento neurológico, o diagnóstico pode então ser confirmado. Conclui-se que a queixa possui outra etiologia, trata-se de uma somatização, ou seja, uma desordem de origem psicológica que faz com que o sintoma apareça no corpo, dito em outras palavras, que o sintoma se agregue ao corpo fisiológico. A

terapêutica e o tratamento desses pacientes configuram um grande desafio do ponto de vista psiquiátrico, pois as queixas em geral referem-se a sintomas físicos e a psicofarmacologia acaba sendo pouco eficaz no tratamento desses casos. Nesse sentido, os pacientes com o diagnóstico de TS também passam a ser uma questão para a psiquiatria. Surge aí o esboço de uma possível argumentação que justifique o fato de o TS ser considerado como “fim da linha”, ou ainda um dos diagnósticos psiquiátricos mais difíceis de ser tratado, posto que é justamente um diagnóstico que coloca em xeque o discurso médico.

Esta pesquisa avança a hipótese, a ser descortinada adiante, de que o diagnóstico do TS produziria uma brecha no manual do DSM. Tal hipótese parte do entendimento de que diante dessa especificidade diagnóstica se engendra um enigma ao discurso científico. Tanto os psiquiatras quanto o próprio manual seriam questionados no que concerne a seu saber alicerçado pelo discurso médico. As duas direções radicais impostas pela psiquiatria contemporânea — as pílulas e a equivalência por imagem — não se operacionalizam no diagnóstico do TS, e mesmo que esse diagnóstico seja um modo de escamotear um “furo” no saber da medicina, ele não é eficaz.

Nem mesmo diante da manobra diversionista e tamponadora do manual classificatório o TS é incapaz de fechar essa brecha, pois existe sempre algo que resta e retorna, assim como coloca Lacan (1966/2001): “Este corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é feito para gozar, gozar de si mesmo.” (LACAN, 1966/2001, n.p). Isto é, o corpo está para além dos aparatos da ciência. Pode-se questionar então se esses pacientes que não se encaixam na prática classificatória “forjariam” uma reinvenção da psiquiatria tal como tem sido praticada na atualidade, pois mesmo que se tente silenciá-los, não é possível, assim como pontua Quinet (2016): “Ora, o discurso científico prescreve de sua órbita tudo que seja relativo ao desejo e ao sujeito do inconsciente, para referir números, relacionar comportamentos medir sensações. Mas ao rejeitar o inconsciente, isto não quer dizer que ele cesse de se manifestar.” (QUINET, 2016, p. 20).

Ao longo desses anos de trabalho no ambulatório a pesquisadora pôde vivenciar além da fama que sustenta o SOMA e pôde testemunhar, a partir do encontro com os residentes em formação e com os pacientes, que é possível encontrar brechas e exceções a esses processos totalizantes, mesmo que o IPq esteja inserido no cerne dessa psiquiatria contemporânea. A pesquisa testemunha uma operação de resistência em relação ao silenciamento imposto pelo manual, isto é, o silenciamento da subjetividade em nome da ciência. A clínica do TS ensina

que não há outro caminho senão a retomada dos pressupostos que sustentam a especificidade psiquiátrica: a prática clínica.

A pesquisa buscou então percorrer o caminho de retorno à clínica. Dessa maneira, uma série de questões são colocadas pela pesquisadora: Como se estabelece um diagnóstico psiquiátrico na atualidade? Qual a função de um manual psiquiátrico como o DSM? Como se estabelece a prática psiquiátrica na contemporaneidade? O que o diagnóstico de TS quer dizer à psicanálise? O que pode dizer a psicanálise a respeito da psicossomática? O que um psicanalista pode fazer neste ambulatório? Como os postulados psicanalíticos, de Freud a Lacan, podem contribuir para a formação e prática psiquiátricas? E, por fim: O que o diagnóstico do transtorno somatoforme ensina para a prática psiquiátrica? Este esforço acadêmico não pretende responder a todas essas indagações, mas sim abrir um campo de diálogo possível.

Para circundar a hipótese aventada pela pesquisa é preciso retornar ao início, compreender como o diagnóstico psiquiátrico passou a romper com o sujeito e a ser apenas uma mera classificação. O horizonte do DSM começa a se transformar a partir da década de 1970, quando a psiquiatria passou a ser vigorosamente questionada a respeito da legitimidade de sua base epistemológica, passando a enfrentar dificuldades ao se estabelecer enquanto especificidade médica. Tais questionamentos ocorrem em virtude da pluralidade epistemológica pela qual a compreensão psicopatológica psiquiátrica era composta, e ela passa a ser questionada a respeito de sua relevância (PEREIRA, 2000).

Pereira (2000), assim como outros autores citados na presente pesquisa, ressalta que o DSM-III (1980) constituiu-se como um divisor de águas na história da psiquiatria. Doravante, a psiquiatria moderna passou a exteriorizar uma mudança metodológica e nesse contexto a pesquisa empírico-experimental comprovável passou a constituir critério preponderante do manual. Não obstante, pode-se dizer que a modificação sobrepujante do DSM diz respeito à sua proposta de tornar-se um manual classificatório atóxico (BEZERRA, 2011).

Apesar de o DSM possuir uma base epistemológica biológica inegável desde o seu princípio, as duas primeiras edições do manual — DSM-I (1952) e DSM-II (1968) — contam com outras influências para a formação de sua psicopatologia psiquiátrica (MORAIS, 2017). Uma delas seriam as influências da psicopatologia psicanalítica, sendo assim, a relação estabelecida entre a psicanálise postulada por Freud e o DSM era de bastante proximidade até os anos 1950 e 1960 (BIRMAN, 2001), ao que diz Birman: “As grandes reformas psiquiátricas, levadas a cabo na tentativa de humanizar e transformar a psiquiatria em uma prática centrada

no social, tiveram a psicanálise como fundamento.” (BIRMAN, 2001, p. 21). Pereira (2000) expressa que as consequências dessas mudanças são uma concepção cada vez mais naturalizada do padecimento mental, as dimensões históricas e culturais existentes no sofrimento mental passam a ser vistas como indesejadas ou até mesmo como inexistentes.

Nesse sentido, pode-se dizer que as alterações impostas na edição coadunam com os diversos interesses que as mobilizam, e o avanço dos psicofármacos teve significativa influência nas transformações do DSM diante do avanço da indústria farmacêutica. Os anos 1980 ficaram marcados por uma corrida por “medicamentos inovadores” (MACHADO; FERREIRA, 2014). O desenvolvimento da indústria farmacêutica no campo da saúde mental passa a exercer poderoso impacto, de modo que se afia uma aliança profícua e duradoura entre ela e a psiquiatria. Nessa altura, o valor de mercado das companhias de psicofármacos através do capital passa a pesar significativamente sobre o manual. Essas companhias são responsáveis por financiar pesquisas empírico-experimentais no campo psiquiátrico, ofertando assim a sustentação biológica tão almejada pela psiquiatria contemporânea. Como consequência, observa-se o privilégio da geração de tecnologias em detrimento do ensino em saúde e do desenvolvimento da clínica (RAMOS, 2011).

Como resultado, o cenário atual da psiquiatria encontra-se cada vez mais conectado às neurociências, com o intuito de um mapeamento cerebral da doença mental assim como da busca de equivalentes neuroquímicos. Tais mudanças paradigmáticas despertam diversas críticas dentro e fora do campo da psiquiatria. A pesquisadora endossa o movimento crítico. Até os dias de hoje tal comprovação neurológica segue no registro do impossível, todavia, a contemporaneidade psiquiátrica revela-se cada vez mais interpelada por essa temática. Logo, assistimos através da psiquiatria neurológica a um novo movimento de reducionismo do sujeito:

Não se trata de um dado casual, pois o mero fato de dar a palavra para o paciente faz cair por terra todo esforço de estabelecer uma representação científica da doença mental. O exemplo mais eloquente, a esse respeito, continua sendo Freud, que cedo constatou a impossibilidade de eliminar a categoria do sujeito da experiência clínica. Formado no rigor da escola naturalista de Berlim e instruído pelo método anátomo-clínico na Universidade de Viena, esse cientista logo se viu obrigado a abrir espaço à subjetividade em sua metapsicologia, pela simples razão de escutar seus pacientes. Freud encontrou o sujeito tanto no sentido gramatical quanto semântico do termo, no ponto de impasse relativo ao esforço de se delimitar o objeto psíquico do discurso neurocientífico. (IANNINI; TEIXEIRA, 2014, p. 8).

A citação é precisa, pois remete à superação de Freud, datada de 1895, a partir de seu texto “Projeto para uma psicologia científica”, ou seja, desde esse momento Freud constatou que qualquer tentativa de representação da doença mental seria um reducionismo. A partir de

seu encontro com as históricas ele postula que a subjetividade não pode ficar de fora da clínica, seu aprendizado primordial dá-se justamente pela escuta da palavra.

Com um espaço de tempo de mais de cem anos, o horizonte superado por Freud passa a ser o almejado. Para o propósito da comprovação científica da doença mental através da vertente da neurociência psiquiátrica é necessário que se elimine uma clínica que leve em consideração o sujeito e a palavra. Diante do poder que possui a palavra do sujeito, e não por acaso, mas sim por muito crer nesse poder, essa nova vertente subtrai de sua prática a palavra, e o que passa a valer são as imagens. Esse cenário denuncia que a ciência tem, incorporada em seus propósitos, a diligência de tamponar o sujeito com o seu saber, como aclarado por Lacan (1998), que também coloca que o sujeito é reduzido para fins da manutenção da subsistência científica, no entanto, o sujeito da ciência na psicanálise constitui-se a partir de algo que escapa (LACAN, 1966/2001, n.p). O sujeito da psicanálise faz oposição à psiquiatria neurocientífica e a qualquer outra corrente que se proponha totalizante. Em síntese, o que se observa nesse panorama seria o que a pesquisadora nomeia como um “retrocesso disfarçado de avanço”.

À vista do exposto, a pesquisadora indaga então como será possível sustentar uma prática psiquiátrica clínica posto que o manual DSM, hegemônico na atualidade do tratamento da saúde mental, não possui nenhuma teoria que o alicerce. Como será possível o encontro com os sujeitos em sofrimento? Durante a sua experiência de trabalho a pesquisadora testemunhou de modo explícito as consequências de tais mudanças no campo da psiquiatria. Por parte dos pacientes, estes chegam ao ambulatório exaustos, já tendo passado por diversos serviços em que foram esquadrihados, radiografados e explorados pelos aparatos da ciência, tudo isso somado ao seu sofrimento inicial (as queixas somáticas). E ainda sofrem com o silenciamento imposto através dos mesmos aparatos científicos, que não levam seu dizer em consideração. Por parte dos residentes, como consequência desse processo, vivenciam angústia, além de frustração, pois diante dos pacientes sentem-se impotentes, como se nada pudessem fazer. Essa sensação não se refere apenas ao *furor curandis*, tão comum à prática médica, mas pode ser lida como fruto desse novo paradigma: como se pode escutar o sujeito sem uma teoria ou uma concepção psicopatológica que o sustente? Como escutar o sujeito de modo ateórico?

Nesse sentido, a psicanálise nos oferece valiosas contribuições que compõem a experiência no ambulatório do SOMA, posto que a equipe fixa de profissionais é composta por psicanalistas que têm em comum a ética psicanalítica, isto é, que partem do sujeito do inconsciente e do sujeito de desejo. Portanto, resgatam em sua prática o postulado freudiano de que é preciso escutar o sujeito para além de seu corpo fisiológico, e somente o sujeito pode

dizer sobre si e o que se passa consigo. Embora os pacientes do SOMA ingressem ali a partir de um diagnóstico psiquiátrico, dentro do ambulatório não estão reduzidos ao fim de seu diagnóstico e são escutados a partir da psicanálise. O ambulatório SOMA é um dos poucos que se estrutura, ao longo dos três anos de residência, pelo viés psicanalítico. Os residentes encontram-se então diante de uma oportunidade única: a escuta de pacientes para além dos aparatos psiquiátricos da atualidade — catálogos, pílulas e imagens.

Nessa perspectiva, distinções significativas são traçadas em relação às compreensões psiquiátricas. Soler (2018) nos esclarece a respeito do diagnóstico psiquiátrico quando coloca que este se estabelece através de signos, busca-se na fala do paciente traços de sua doença para então classificá-la, a escuta da fala do sujeito tem como único propósito classificá-lo em uma espécie mórbida a qual pertence. Sendo assim, é um diagnóstico estabelecido a partir do Outro, em que a fala do paciente não é constituinte, ao contrário, trata-se simplesmente de um veículo de signos. No diagnóstico psicanalítico, ao invés disso busca-se traços do sujeito, e não apenas de sua doença. O diagnóstico em psicanálise é estabelecido pelo dizer do sujeito, somente o sujeito possui um saber sobre o seu sintoma.

O sintoma, por sua vez, também é compreendido de maneira distinta, como nos esclarece Miller (1997):

O sintoma não é o mesmo no campo psiquiátrico e no psicanalítico. O psiquiátrico é constituído pelo psiquiatra, que o observa, o descreve, o classifica e lhe dá nome. Trata-se de uma clínica de observação [...]. Quanto ao sintoma psicanalítico, só existe se for falado pelo paciente, pois a clínica psicanalítica é feita pelo paciente, oriunda de seu próprio discurso. (MILLER, 1997, p. 123).

Quinet (2016) afirma que o sintoma, para a medicina, é a verdade da doença, por outro lado para a psicanálise ocorreria justamente o oposto: “Ora, a psicanálise demonstra que o significado de cada sintoma é sempre particular, sendo necessário construir um saber novo para dar conta daquele sintoma — o que é efetuado a cada vez em uma análise.” (QUINET, 2016, p. 121). Portanto, para a psicanálise o sintoma é aquilo que o sujeito considera como sintoma e não aquilo que é observado, descrito e classificado. Por efeito das contribuições psicanalíticas apreende-se que no caminho do sintoma⁴ o sujeito é protagonista, e não contrário. Partindo desse entendimento, não há outra possibilidade de encontro com o sujeito que não a sua escuta.

⁴ Esclarecimento: ao longo da pesquisa iremos nos referir ao sintoma a partir de duas compreensões distintas, a médico-psiquiátrica e a psicanalítica. Em geral, quando as queixas dos pacientes são abordadas com referência a sintomas fisiológicos, trata-se da compreensão médico-psiquiátrica. Abordaremos o sintoma do ponto de vista psicanalítico como uma metáfora e ainda uma ética. Quanto aos fenômenos psicossomáticos, estes não são da ordem do sintoma psicanalítico, por tratar-se justamente de um fenômeno e remeter ao real psicanalítico. Por essa razão, quando abordarmos o transtorno somatoforme utilizaremos a palavra “sintoma” enquanto sintoma

A teoria psicanalítica também oferece importantes contribuições ao cenário do ambulatório a partir de seu subsídio teórico acerca da psicossomática.⁵ Uma de suas contribuições fundamentais remete ao modo como a psicanálise compreende o corpo orgânico: trata-se de um corpo erógeno atravessado por pulsões. A partir dos postulados freudianos o corpo orgânico e da necessidade passa a ser compreendido como um corpo sexualizado, marcado pelo desejo, portanto, não obedece às leis da anatomia como pretende a medicina (MORAIS, 2010). É preciso então tomar o corpo sob outro paradigma para movimentar-se diante do enigma produzido por esses sintomas.

Do ponto de vista psicanalítico, os pacientes psicossomáticos seriam invadidos por uma angústia sem elaboração psíquica, que pode ser lida através das postulações freudianas de 1894-1895 acerca da neurose de angústia.⁶ A neurose de angústia integra o grupo das neuroses atuais⁷, que se estabelece de modo distinto do grupo das psiconeuroses⁸. As duas categorias nomeadas por Freud possuem uma etiologia distinta, as neuroses atuais são compreendidas como uma consequência de uma interferência química, que se dá a partir do impedimento da satisfação sexual atual, enquanto as psiconeuroses são compreendidas como a consequência de uma intermediação psíquica referente a fixações e desvios da libido na infância, e têm como critério central o recalque compondo seu campo (HUGUENIN; BRITO, 2020).

Freud (1894-1895/1996) expõe que o desencadeamento das neuroses atuais é fruto de uma desordem sexual econômica e psíquica, e uma quantidade de excitação somática não elaborada seria responsável por gerar um resto de energia que não se transforma. Desse modo, diante da incapacidade do aparelho psíquico em administrar a energia sexual ocorreria uma compensação através de uma descarga somática. Nas neuroses atuais os sintomas não podem ser significados pelo sujeito devido à ausência do recalque, que não remete ao inconsciente do indivíduo e, sem possibilidade de significação, o sujeito é tomado por uma invasão de angústia.

médico-psiquiátrico. Contudo, em outros momentos usaremos a compreensão de fenômeno psicossomático, quando então utilizaremos a palavra “fenômeno”, ao invés de sintoma.

⁵ A teoria psicanalítica, em suas postulações, nos oferece relevantes compreensões acerca da clínica psicossomática, entretanto, acrescenta-se uma ressalva: não se deve compreender o transtorno somatoforme a partir da psicanálise como um equivalente nomeado de outro modo, pois as compreensões psicanalíticas de diagnóstico, sintoma e manejo são realizadas sobre um paradigma distinto, assim como observamos.

⁶ Apesar de Freud nunca ter utilizado o termo “psicossomática” propriamente dito, as contribuições teóricas fundamentais à temática podem ser encontradas a partir da noção freudiana de neurose de angústia. De acordo com Mello (2019), tal concepção passa a ser utilizada na contemporaneidade para abordar as chamadas patologias psicossomáticas.

⁷ Dentro do quadro das neuroses atuais encontram-se a neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria.

⁸ Fazem parte do grupo das psiconeuroses ou, como Freud também denomina “neuroses de transferência”, a histeria de conversão, a histeria de angústia (fobias) e a neurose obsessiva.

A neurose de angústia, por sua vez, refere-se precisamente aos fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada. Mediante essa invasão de angústia, Freud relata a aparição de uma série de fenômenos no corpo.⁹

Lacan (1954-1955/1985), por sua vez, denomina a psicossomática como “fenômeno psicossomático” (FPS) pois, assim como Freud, postula que o que se passa não pode ser lido pela ordem do sintoma, pelo que o denomina como um fenômeno¹⁰, de modo distinto ao sintoma referido por Lacan dos anos 1950, que se encontra inscrito no registro simbólico, ordenado pelo inconsciente, estruturado como uma linguagem, e que se manifesta a partir da cadeia significante — metáfora e metonímia — (LACAN, 1957/1998). O fenômeno psicossomático está na ordem do registro do real, em outras palavras, as lesões que se apresentam na materialidade do corpo são lidas como fenômenos que remetem ao real. Nicolau e Guerra (2012) descortinam que em todas as passagens em que Lacan aborda o FPS (1954-1955/1985, 1955-1956, 1964/1998, 1975, 1988), ele sempre foi contundente ao afirmar que havia uma clara distinção entre o sintoma e o fenômeno psicossomático.

Considerando o sintoma na ordem do simbólico, dele decorre um mascaramento em que o conteúdo reprimido se transforma em conteúdos substitutivos que possam passar pela censura, formando assim o sintoma como uma metáfora (LACAN, 1957/1998). O FPS, no que lhe diz respeito, não é da mesma ordem da metáfora a ser decifrada, pelo fato de encontrar-se no registro do real não pode ser lido através do registro do simbólico (LACAN, 1954-1955/1985). Pode ser compreendido a partir da ausência da afânise do sujeito, isto é, em tal sujeito não houve intervalo entre S1 e S2 — primeiro par de significantes —, sendo assim, esse primeiro par significante, fundamental ao sujeito, encontra-se holofraseado^{11.12} (LACAN, 1964/1998). Ou, ainda é possível compreendê-lo a partir da concepção da letra no ensino lacaniano, que indica que o FPS se trata de uma escrita enigmática, traços escritos no corpo que não são da

⁹ Distúrbios respiratórios (dispneia), dores no peito (anginas), congestões, sudorese, insônia, ataques de tremores e calafrios, ataques de medo com paralisia motora, ataques de fome devoradora, parestesias, sensação de desfalecimento, vertigem locomotora, pavor noturno, distúrbios gastrointestinais, irritabilidade geral, expectativa ansiosa, expectativa angustiada (o indivíduo acredita que algo muito ruim vai acontecer sem que exista um motivo, um fundamento peculiar, para isso), ataques de angústia acompanhados de pensamentos de morte, medo de enlouquecer, despersonalização ou desrealização, distúrbios da atividade cardíaca (arritmia, palpitações, taquicardia), dentre outros. (FREUD, 1984-1985/1996).

¹⁰ Dessa maneira, pode estar presente nas três estruturas: neurose; psicose; e perversão, respondendo assim aos três mecanismos: recalque; forclusão; e denegação.

¹¹ Lacan refere-se à holófrase como emassamento, gelificação, cristalização e colagem (NICOLAU, 2008).

¹² Entretanto, cabe uma ressalva: embora no FPS não ocorra a substituição do significante da metáfora paterna, não há a forclusão do Nome-do-Pai, como ocorre na psicose. Guir (1988) *apud* Nicolau (2008) aponta que no FPS a metáfora paterna funcionaria apenas em certos sítios do discurso e não em outros.

ordem do signo, mas sim da ordem da assinatura, como um hieróglifo¹³, uma escrita imaginária que fixa um gozo específico (DIMITRIADIS, 2016). Trata-se, portanto, de traços que ainda não se sabe ler, traços escritos e concebidos em uma escrita indecifrável (NICOLAU, 2008).

Partindo da leitura lacaniana, depreende-se que o real psicanalítico ao qual se direcionam as compreensões acerca do FPS é distinto do real da ciência estabelecido pelo DSM. Posto que o real da linguagem, o real da palavra, o real da letra lacaniana e o real do sintoma não se inscrevem do mesmo modo que o real da ciência, isto é, comprovado e prestabelecido, pois “o real psicanalítico é aquele que não cessa de não se inscrever” (BASSOLS, 2015, p. 23).

Apesar de o que se passa no fenômeno psicossomático começar a ser definido pela ordem do real, sendo assim, fora do simbólico e das compreensões acerca do sintoma como metáfora, a ética depreendida a partir da diferença do sintoma psicanalítico e psiquiátrico nos conduz à escuta do sujeito, tão cara à psicanálise. Ao que se pode concluir que, mesmo que o FPS não seja da ordem do significante, a psicanálise é capaz de ofertar ao sujeito a possibilidade de mediar o gozo do corpo pelo qual é invadido, através da mediação com a palavra, apostando na cura pela fala. Parte-se novamente das concepções psicanalíticas para sustentar o lugar do sujeito e fazer frente ao discurso científico que pretende silenciá-lo (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013).

Diante da ética psicanalítica sustentada pelo desejo, no FPS deve-se amparar aquilo que o sujeito tem a dizer, num sentido que é absolutamente distinto de qualquer norma, pois o inconsciente foge a normas. A escuta desses sujeitos e a aposta na passagem para um sintoma/queixa, do ponto de vista psicanalítico, só pode ser sustentada pelo desejo do analista (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013).

Pode-se dizer que a possibilidade de transmissão da psicanálise aos residentes, enquanto posicionamento ético, só pode ser sustentada pelo desejo da pesquisadora, que se entusiasma e é atravessada pela ética psicanalítica, compreendendo que diante do cenário exposto essa se trata de uma posição política em defesa do sujeito. Esse desejo mobilizou a pesquisadora a avançar diante dos desafios e a construir uma possibilidade de troca com os futuros psiquiatras para que estes fossem de algum modo também “contagiados”, como nos diz Miller (1997):

A partir do momento em que as pessoas passam a se interessar pela psicanálise, a dimensão particular da experiência psicanalítica sensibiliza-os e a psicanálise acaba por ter um efeito dissolvente sobre o diagnóstico psiquiátrico: leva os próprios psiquiatras a evitar cada vez mais o diagnóstico, que passa ser visto como uma

¹³ Embora essa passagem não faça parte do escopo lacaniano com o qual a pesquisa se propõe a trabalhar, é relevante expor tais concepções de modo sucinto para que o leitor possa se familiarizar com o tema.

responsabilidade muito pesada, um risco de objetivação, um colocar de etiquetas. (MILLER, 1997, p. 125).

Buscando circundar os questionamentos aqui levantados, em um primeiro capítulo exploraremos como o DSM, manual hegemônico da atualidade psiquiátrica, constitui-se e se estabelece. Para tanto, acompanharemos um percurso histórico das edições do manual, visando compreender as mudanças impostas e a base que as alicerça. Em um segundo capítulo, percorrendo esse fio condutor que se apresenta a respeito da prática psiquiátrica da atualidade, serão assimiladas as razões que justificam as transformações ocorridas no manual a partir de 1980, quando a indústria farmacêutica consolida uma aliança com a prática psiquiátrica. Analisaremos de forma crítica as consequências de tal mudança no cenário psiquiátrico em relação ao excesso de diagnóstico e à universalidade do manual. Em um terceiro capítulo, avançaremos para as postulações da atualidade da psiquiatria neurológica em que acrescentamos o contraponto psicanalítico à aposta do equivalente neurológico já superada desde Freud, em 1885. Os três primeiros capítulos têm como propósito construir uma base histórica para a compreensão do que se passa com o diagnóstico do TS, e qual a razão por que a pesquisadora aventa que ele pode se configurar como um “furo” no manual.

Em um terceiro capítulo exploraremos as contribuições psicanalíticas em relação à psicossomática a partir do fenômeno psicossomático. O delineamento dessas compreensões teóricas é fulcral pois, de fato, apenas diante de um referencial teórico consolidado é viável engendrar hipóteses do que se passa com o sujeito e possíveis leituras dele. Essa é uma contribuição primordial à psiquiatria, que passou a ser uma especialidade atórica, ao mesmo passo que oferta um possível substrato aos residentes que se veem sem nenhum aparato ou perspectiva de leitura do sujeito.

A prática no ambulatório e as questões suscitadas a partir dela engendram esta pesquisa, sendo assim, o quarto capítulo se dedica a transmitir a experiência da pesquisadora no SOMA.¹⁴ O capítulo é composto por diversos relatos de vivências da pesquisadora no ambulatório: vinhetas clínicas, relatos da prática de apresentação de pacientes e relatos da experiência com os residentes. Todos esses relatos pretendem articular com o exposto nos capítulos anteriores, e de certa forma conectar as construções teóricas que unem a pesquisa à prática.

¹⁴ É incontestável que as hipóteses aqui explicitadas envolvem a experiência única vivida por uma analista e pesquisadora em um ambulatório específico. Por essa razão, de modo algum ter-se-á como intento a universalização de tal ponto de vista. Considera-se, não obstante, relevante expor a experiência com o intuito de colaborar com o campo.

1 PERCURSO HISTÓRICO DO DSM

1.1 Uma introdução ao DSM

Neste subitem realizaremos uma breve incursão que nos ajudará a compreender como se sucedeu historicamente a consolidação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde mental, doravante chamado de DSM. Precedente ao assentamento do manual DSM, já havia classificações prévias em psiquiatria nos Estados Unidos (EUA). De acordo com Morais (2017), em 1840 já era possível encontrar manuais de classificação a partir de um censo que tinha como propósito a realização de um registro de frequência de doenças mentais. Bezerra (2011) nos diz que a primeira classificação oficial nos EUA, ocorreu por ocasião do censo de 1840, e que tal classificação contava apenas com duas categorias: insanidade e idiotia. Em 1880, de acordo com o autor, uma classificação oficial passou a listar sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia.

Em 1913 é criado um comitê pela Associação Médico-Psicológica Americana no qual é publicado o primeiro manual estandardizado de diagnósticos: “*Statistical manual for the use of institutions for the insane*”. Tal manual contou com dez edições, entre 1918 e 1942, e sua orientação era primordialmente médico-biológica (PEREIRA, 2000). Segundo Morais (2017), através de uma ação conjunta da Associação Médico-Psicológica Americana e da Comissão Nacional de Higiene Mental em 1917, desenvolveu-se de maneira uniforme um plano de coleta estatística de saúde por meio de um censo realizado em hospitais de saúde mental. A autora explicita que em comparação com as classificações anteriores, tal sistema estaria pautado por certa prática clínica e, ainda assim, era usado apenas para fins administrativos. Seguindo essa linha histórica, em 1921 a Associação Médico-Psicológica Americana transformou-se na Associação Psiquiátrica Americana (APA) — associação que será responsável pela realização do DSM.

Contudo, tais classificações ainda não eram capazes de abranger as práticas médicas e psiquiátricas da época, é a partir do contexto da Segunda Guerra Mundial que mudanças significativas são introduzidas. Nesse momento histórico, contexto do pós-guerra, a prática psiquiátrica passa por uma transformação (PEREIRA, 2000). De acordo com Bezerra (2011), no final da Segunda Guerra os Estados Unidos contavam com três diferentes sistemas de

classificação em prática: o *Standard Classified Nomenclature of Disease - 1942 revision*, o *Armed Forces Nomenclature (Medical 2003)*, e o *Veterans Administration Nomenclature*.

Catani (2015) também discorre sobre a necessidade de uma padronização entre os profissionais de saúde mental que, segundo ele, mostrou-se patente a partir da Segunda Guerra Mundial, em que os sofrimentos psíquicos referidos pelos soldados não encontravam diagnósticos específicos nos serviços já existentes. Tendo como intuito cuidar desses sofrimentos, os psiquiatras da época compreenderam então a necessidade de uma padronização diagnóstica. Da mesma maneira que, de acordo com Pereira (2000), os psiquiatras passam a trabalhar cada vez mais em serviços comunitários e não mais predominantemente em instituições asilares, o que fez com que eles entrassem ainda mais em contato com o sofrimento dos veteranos.

Ainda nesse sentido, Bezerra (2011) ressalta que próximo ao fim da Segunda Guerra havia um cenário de grande pressão por parte dos veteranos americanos, que buscavam que o Estado americano se encarregasse de financiar sua reinserção na sociedade. Para tanto, era preciso uma estratégia que incluísse ações de saúde em grande escala, posto que os veteranos consideravam que as ações no âmbito da saúde, assim como as classificações psiquiátricas existentes até o momento, não eram capazes de abarcar os traumas sofridos durante a guerra e alegavam que tais classificações eram inadequadas para a maior parte dos pacientes.

Diante do contexto histórico e da pressão exercida pelos veteranos, o cenário leva os membros da APA a desenvolver uma proposta de classificação psiquiátrica homogênea, que funcionaria de modo independente do instrumento utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) — a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que nessa altura já estava em sua sexta versão. Ademais, a CID era considerada insuficiente para atender às demandas dos veteranos, pois estes alegavam que em tal classificação não havia síndromes cerebrais crônicas e síndromes referentes a reações situacionais consideradas imprescindíveis por eles (BEZERRA, 2011).

Ora, compreendendo o sistema de nomenclaturas que tinham até o momento como insuficiente, isto é, que não dava conta dos sofrimentos apresentados em tal contexto histórico, os psiquiatras norte-americanos optaram pela elaboração de um manual capaz de abarcar todos os problemas enfrentados pela população americana da época. Buscava-se uma padronização para que todos os profissionais pudessem dialogar através de um campo comum. Tais direcionamentos abrem caminho para a realização do DSM-I.

Reitera-se aqui que o contexto do pós-guerra é responsável por desencadear o processo que culmina numa classificação psiquiátrica mais específica — DSM-I — e suas versões sucessoras, uma vez que nessa conjuntura histórica (1952) a demanda por uma classificação psiquiátrica é precipitada pelos veteranos de guerra que encontravam-se traumatizados pelas experiências de horror vividas em combate e que passam, então, a reivindicar que o Estado americano oferecesse os suportes necessários para que retornassem às suas vidas.

Indaga-se, desde já e partindo de uma compreensão lacaniana: seria possível através de uma classificação específica contornar o real do trauma de uma vivência praticamente insimbolizável como a da guerra? Seria imaginável que o DSM pudesse incorporar tal trauma? Soler (2018) nos diz:

No fundo, o traumatismo é um dos nomes que podemos dar ao horror do mal-estar quando ele vem de fora, de surpresa, sem que se possa imputá-lo ao sujeito que sofre dele as consequências, com horror. Em função disso, é referido a um real que assalta o sujeito, um real impossível de antecipar ou de evitar, dito de outro modo, um real que exclui o sujeito, sem relação nem com o inconsciente, nem com o desejo próprio de cada um, um encontro com o real e que o sujeito “não aguenta”, como se diz, que deixa sequelas, como as tantas marcas que cremos inesquecíveis. É longa a lista dos traumatismos da qual a psiquiatria se ocupa hoje. Primeiro os traumatismos de guerra: a guerra de 14-18, de 30-45 [...]. (SOLER, 2018, p. 1).

Entretanto, o pedido por parte dos ex-soldados de tratamento dos sofrimentos acarretados pela guerra é mais do que legítimo. Até então não havia nenhuma classificação psiquiátrica mais específica, na mesma medida em que não havia ocorrido na história moderna uma barbaridade humana de igual monta. O DSM surge nessa conjuntura e não em outra, portanto, deve-se levar em consideração tal contexto não apenas como mera causalidade. Pode-se indagar se nesse momento os veteranos não requisitavam também uma escuta, que pudesse incluir a singularidade de seus sofrimentos, que eram únicos e acarretados por um contexto de extrema brutalidade, uma demanda por escuta e legitimidade de um trauma singular e coletivo. Todavia, o que eles obtêm como resposta às suas demandas trata-se de manual classificatório, no qual os sintomas são tratados de maneira genérica — DSM. Uma das reparações ofertadas à sociedade do pós-guerra configurou-se como uma classificação psiquiátrica precisa. Tais diagnósticos serão utilizados mais tarde como possibilidade de acesso à saúde. Pode-se dizer então que a formulação do DSM-I é precipitada pela necessidade da resposta de um sintoma social e coletivo causado por um trauma e que, ao invés de uma reparação, acarretou uma produção sintomatológica excessiva? Esta é apenas uma indagação, retornemos ao tema.

Pereira (2000) acrescenta que o panorama da prática psiquiátrica se transforma no Estados Unidos do pós-guerra, ao que afirma: “De certa forma as mudanças nosográficas

introduzidas pelos DSMs refletem aquelas novas condições da clínica sem, contudo, abandonar suas raízes nos interesses administrativos.” (PEREIRA, 2000, p. 8).

Pode-se discorrer que o fator precipitador da criação do DSM foram as reivindicações dos veteranos. Todavia, havia significativos interesses administrativos envolvidos em sua formulação. Sobre isso nos afirma Moraes (2017) que o DSM-I surge da necessidade de ofertar fundamentos empíricos para a clínica, a pesquisa e o ensino em psicopatologia. Seu objetivo era servir como um instrumento de coleta e comunicação de dados estatísticos endereçados à saúde pública. Dunker e Kyrillos Neto (2011) pontuam que o DSM tinha como aspiração apresentar-se ao campo da psicopatologia como uma maneira de classificação consensual ao modo de um código de linguagem, bem como, constituir-se como um ordenamento de natureza regular e universalizável, como um código jurídico, orientado com o intuito de acabar com a confusão de linguagens entre organicistas e psicodinâmicos.

1.2 DSM-I

Diante do contexto histórico exposto e a partir da necessidade da criação de uma classificação exclusiva para transtornos mentais, uma vez que a CID — então em sua sexta edição — tinha apenas uma recente sessão dedicada a eles, emergiu o DSM-I, que teve sua primeira edição publicada em 1952: um documento com 145 páginas, e 106 categorias diagnósticas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Essa edição teve significativa influência em um prisma psicobiológico. Tal influência deu-se a partir do psiquiatra suíço Adolf Meyer (1866-1950), que já havia sido o presidente da APA. O autor transportou de seus estudos o termo “reação”, este tornou-se um marco descritivo da edição. O termo estava referido ao fato de que os transtornos mentais representavam reações de personalidade em função de fatores psicológicos, sociais e biológicos (MORAIS, 2017).

Consta em Dunker e Kyrillos Neto (2011) que a edição trazia descrições de alterações mentais nos mais diversos quadros orgânicos: inflamações cerebrais, alterações metabólicas, estados apresentados no período de puerpério (pós-parto), efeitos psíquicos decorrentes do mau funcionamento do aparelho circulatório e dos tecidos. De acordo com os autores, esses compunham inúmeros subgrupos que dariam “forma médica” aos transtornos mentais. Tal conceitualização estaria associada ao termo central da edição: “reação”. Partindo da

compreensão de “reação” alçada por Meyer, os transtornos mentais teriam uma causa de origem orgânica e suas alterações psíquicas seriam meras reações a elas. A esse respeito, os autores pontuam que o uso desse referencial para o diagnóstico seria ao mesmo tempo uma estratégia que remonta à origem da psiquiatria e um conceito embrião e modelo para a racionalidade diagnóstica futura.

Bezerra (2011) esclarece que o termo “reação” estaria ligado à compreensão de que as doenças mentais, de modo geral, são consideradas como uma reação a situações existentes com as quais o indivíduo não seria capaz de produzir uma reação adequada. Sobre essa compreensão, ressalta que os sintomas manifestados eram entendidos como a expressão de conflitos subjacentes que desorganizariam a vida subjetiva do indivíduo e, como consequência, levariam ao desenvolvimento de padrões estereotipados de conduta e à experiência de sofrimento psíquico. A evolução dos sintomas estaria de acordo com a possibilidade de adaptação das exigências da vida cotidiana, e eles poderiam se manifestar em reações de menor ou maior gravidade, como sintomas psicóticos e sintomas neuróticos. O que faz com que o autor afirme que os sintomas nessa concepção possuem uma expressiva dimensão simbólica e relacional, e que, carregando em si um sentido que era preciso ser desvendado, o desvelamento de tal sentido mobilizaria a busca por estratégias terapêuticas.

Vemos em Morais (2017) que para a realização de seu critério diagnóstico o DSM-I parte do termo “reação”, sendo assim, para a determinação das patologias mentais são levados em consideração elementos da história de vida dos pacientes. A partir dessa compreensão a edição do manual institui dois grandes grupos: um grupo caracteriza-se por um conjunto que ia da ansiedade à depressão, com relativa preservação da realidade; e outro por um conjunto que diz respeito às doenças que manifestavam delírios e alucinações, com perda substancial da realidade. Ainda de acordo com a autora, a partir da adoção de tal concepção a primeira versão do DSM rejeita a síntese proposta por Kraepelin entre a esquizofrenia (demência precoce) e a psicose maníaco-depressiva.

Seguindo essa linha, referente às influências da primeira edição, o DSM-I contava com influência da psicopatologia psicanalítica para a sua construção. O manual utilizava as categorias psicodinâmicas psicose e neurose (BEZERRA, 2011). Dunker e Kyrillos Neto (2011) pontuam que Meyer, ao tornar-se professor de psiquiatria na Universidade Johns Hopkins, em 1910, na qualidade de membro da Associação Psicanalítica Americana, demonstrou interesse pelos ensaios da teoria da sexualidade e pelo caso Dora, de Freud,

chegando até a tecer elogios ao método da interpretação dos sonhos, portanto, era possível notar uma extensa sobreposição de categorias psicanalíticas e psiquiátricas.

1.3 DSM-II

A segunda edição do DSM foi publicada no ano de 1968. A primeira edição, como pontuado anteriormente, foi elaborada paralelamente à sexta edição da CID, já o segundo DSM é elaborado em paralelo à CID-8. O DSM-II somou algumas modificações à edição anterior, listando 182 desordens, em 134 páginas. Em comparação com o DSM-I, 74 desordens foram acrescentadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

O DSM-II deu continuidade à utilização do arcabouço psicanalítico, mantendo a expressão “neurose”, todavia, o conceito central da última edição, o termo “reação”, foi abandonado (MORAIS, 2017). Pereira (2000) enfatiza, apesar da noção de Meyer de reação ter sido abandonada, a edição ainda mantém forte influência psicodinâmica. Na mesma temática, consta em Bezerra (2011) que, embora o uso do termo “reação” e a concepção de doença mental como uma resposta a fatores biopsicossociais tenham sido retirados do manual, é possível encontrar ainda na segunda versão forte influência da psicanálise, e não apenas pela manutenção da nomenclatura dos termos “neurose” e “psicose”, que permaneceram em lugar central. A influência segue preponderante pela presunção da natureza simbólica dos sintomas psiquiátricos, que são tomados como enigmas que demandam interpretação.

Morais (2017) explicita que na segunda versão pode-se observar uma perspectiva psicodinâmica psiquiátrica, bem como a retomada da classificação kraepeliniana que havia ficado de fora da primeira edição. No entanto, os sintomas localizados associados a funções orgânicas específicas eram compreendidos como reações de má adaptação às situações da vida, seguindo assim com as mesmas demarcações anteriores de neurose e psicose.

Pereira (2000) expõe que a edição expressava de modo notório certa tendência que constituiria uma das marcas distintivas do novo sistema classificatório: o encorajamento ao estabelecimento de múltiplos diagnósticos, por parte do clínico, abrangendo assim diversos eixos da perturbação. Ele pontua também que as definições de categorias permaneciam vagas e genéricas, que elas retratavam as noções mais consensuais e profissionais da área.

Bezerra (2011) atenta que essa versão do DSM — a II — é praticamente uma extensão da primeira versão. Embora haja um aumento do número de diagnósticos, ela ainda era utilizada como um instrumento para o mesmo fim, administrativo, de modo que não tinha muita influência na atividade clínica. Ao mesmo passo, salienta que não houve nenhuma repercussão internacional em relação ao manual, seu uso ficou inteiramente restrito à psiquiatria americana. A respeito do cenário histórico do qual emerge essa edição, o autor pontua que é bastante diferente do de 1952, sendo 1968 um ano que viria a se tornar simbólico nas turbulências sociais que modificaram profundamente as instituições e a cultura, não apenas na sociedade americana, mas no mundo como um todo.

Nessa segunda edição é realizada uma retificação importante a respeito da homossexualidade, que na primeira edição é considerada como uma desordem. Ressalta-se que ainda nas primeiras publicações do DSM-II seguia presente uma seção voltada a desvios de natureza sexual que continha a homossexualidade. Tal classificação diagnóstica causou enorme incômodo, ultrapassando os muros da APA. Como nos diz Bezerra (2011), foi o estopim de uma enorme querela. O desconforto foi notório e pela primeira vez na história das classificações psiquiátricas o estatuto patológico de determinada condição foi pública e politicamente questionado.

Em 1970, um grupo de representantes e simpatizantes do movimento gay invadiu o congresso anual da APA que ocorria em São Francisco, nos EUA. Nessa ocasião, o acesso dos psiquiatras ao congresso foi impedido pelos manifestantes. Tal protesto ganhou visibilidade na mídia, o que acarretou uma pressão popular que fez com que posteriormente, na sétima publicação do DSM-II (1973), o termo fosse retirado do manual e a homossexualidade não pudesse mais ser considerada uma patologia em si mesma. A respeito da supressão da homossexualidade como categoria diagnóstica Pereira (2000) nos diz:

O episódio da supressão da homossexualidade como categoria diagnóstica nos DSMs é bastante ilustrativo do vigor e da fragilidade da maneira estritamente pragmática de se tratar dos fenômenos ligados ao sofrimento psíquico. Por um lado, assume-se que não há instâncias transcendentais às quais recorrer para as tomadas de decisões no que diz respeito ao sofrimento humano. Tais decisões quanto ao que uma determinada cultura considera ou não como patológico em termos de comportamento constitui apenas um reflexo do estado contemporâneo das discussões entre cientistas, clínicos e a sociedade sobre o tema psicopatológico em questão. Por outro lado, as classificações supostamente científicas mostram sua grande vulnerabilidade face questões de poder, de interesses econômicos, de formação de grupos de pressão e de influência da mídia. (PEREIRA, 2000, p. 9).

Nessa perspectiva, Szasz (1977) alerta que a repercussão da psicanálise na psiquiatria americana foi responsável por associações entre histeria e feminilidade, bem como a ligação

entre homossexualidade e perversão. A partir desses exemplos, expõe que o manual seria responsável por representar a realização do Estado, que articularia seus dispositivos educacionais, jurídicos e de pesquisa com um viés político. Sobre isso, Dunker e Kyrillos Neto (2011) pontuam: “Entre 1952 e 1973, o DSM-II atrai a ira dos críticos que nele reconhecem uma síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada.” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 8).

Em síntese, a segunda versão não apresenta mudanças estruturais significativas em relação à primeira versão do manual, visto que as bases epistemológicas seguem de modo semelhante. No entanto, tais conflitos, como o do “diagnóstico” de homossexualidade por exemplo, fazem com que o manual passe a ser questionado, o que acarreta uma perda de credibilidade em relação aos métodos científicos da psiquiatria. Tal cenário é precursor das relevantes mudanças alicerçadas no DSM-III.

1.4 DSM-III

Neste momento adentramos em uma das questões centrais da pesquisa: o DSM-III, e suas consequências para o futuro da saúde mental. É a partir dessa edição, publicada em 1980, que são alçadas mudanças significativas a respeito do diagnóstico e das concepções nosográficas e epistemológicas da psiquiatria. Como citado por diversos autores da presente pesquisa, essa edição, sem dúvida, configurou-se como um marco de mudança de paradigma, tanto para o DSM quanto para toda a psiquiatria moderna e, à vista disso, tal mudança afeta diretamente os sujeitos em sofrimento psíquico. Essa edição configura-se também como uma virada, por abandonar diversas concepções epistemológicas, dentre elas a psicanálise, que como explicitado esteve presente nas edições anteriores. A saída da psicanálise e o abandono do conceito de histeria, este ainda na segunda edição, afetam diretamente o transtorno somatoforme, uma vez que ele tem a histeria como base nosográfica.

A terceira edição foi publicada no ano de 1980, com 292 diagnósticos em 567 páginas. Em relação à edição anterior são acrescentados 110 novos diagnósticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). A edição teve como grande nome o psiquiatra Robert L. Spitzer, então presidente da Comissão de Nomenclatura e Estatística da Associação de Psiquiatria Americana. Ele liderou as formulações dessa edição conjuntamente com os demais

psiquiatras da APA. Spitzer tinha como direção crucial o aumento do leque de diagnósticos psiquiátricos, pois as versões anteriores não obstatamente cumpriam com o seu propósito de universalização como era desejado e se fazia necessária uma revisão de tempos em tempos. Havia também certa divergência em relação às classificações da nona edição da CID: o grupo de psiquiatras da APA, alegava que tal classificação não seria a mais indicada, pois não utilizava uma metodologia atualizada para os diagnósticos específicos numa avaliação multiaxial¹⁵ (MORAIS, 2017).

Exploraremos adiante algumas das mudanças fulcrais dessa edição em comparação com as anteriores. Bezerra (2011) enfatiza que a alteração se expressou em ao menos três pontos cruciais: “A adoção de uma descrição puramente descritiva ou ‘ateórica’; a definição de critérios específicos para cada categoria diagnóstica; e a introdução de um sistema multiaxial.” (BEZERRA, 2011, p. 20).

Morais (2017) disserta que a construção do DSM-III teve como norte os seguintes critérios:

- 1) utilidade clínica; 2) fiabilidade das categorias de diagnóstico; 3) utilidade na formação dos profissionais de saúde; 4) evitar introdução de terminologia e conceitos que rompessem com a psiquiatria tradicional; 5) aceitação pelos críticos e pesquisadores de diversas orientações teóricas; 6) obtenção de um consenso sobre o significado dos termos diagnósticos (evitando termos ultrapassados e sem utilidade); 7) consistência com dados experimentais resultantes do trabalho de investigação sobre as categorias diagnósticas; 8) conviência nas descrições dos casos em trabalhos de investigação e, por fim; 9) capacidade de resposta às críticas dos clínicos investigadores, durante o desenvolvimento desta edição. (MORAIS, 2017, p. 103).

A partir da década de 70, a psiquiatria passou a ser vigorosamente questionada a respeito da legitimidade de sua base epistemológica, de modo que passa a enfrentar dificuldades para se estabelecer enquanto especificidade médica. Os debates que circundavam diziam respeito à psicopatologia, doravante colocava-se em questão a legitimidade da especialidade. Vale ressaltar que em psiquiatria o termo “psicopatologia” é herdeiro de prestigiosa tradição médica e se refere à soma de saberes elaborados a partir do século XVIII — a psicopatologia era considerada como peça-chave do conhecimento psiquiátrico (PEREIRA, 2000).

¹⁵ Em uma avaliação multiaxial os diagnósticos são realizados a partir de cinco diferentes eixos: 1) compreende as síndromes da clínica psiquiátrica; 2) inclui os transtornos de personalidade e o retardo mental; 3) permite a inclusão de perturbações orgânicas; 4) avalia os estressores psicossociais e; 5) indica o nível mais elevado do funcionamento adaptativo no período anterior ao diagnóstico. Cada um dos eixos refere-se a classes de diferentes informações, os três primeiros eixos são responsáveis pela avaliação formal do diagnóstico, os eixos 4 e 5 fornecem informações complementares ao diagnóstico formal e são de grande utilidade para o planejamento do tratamento e para a previsão de resultados.

Ao passo que a ciência, descritiva e classificatória, explicava as doenças mentais, era justamente a psicopatologia, do ponto de vista epistemológico, que sustentava sua especificidade diante dos demais campos do comportamento humano. Portanto, a psicopatologia psiquiátrica seria a ciência a garantir a sustentação epistemológica do campo psiquiátrico. Todavia, ela se encontrava em crise, e passa então a ser vista como desimportante para os avanços do conhecimento positivo dos transtornos mentais. Tal questionamento é decorrente da pluralidade epistemológica pela qual é composta a compreensão psicopatológica psiquiátrica. Diante da diversidade de saberes que compõem sua epistemologia, ela passa a ser considerada como menos precisa e não universal, portanto, menos científica (PEREIRA, 2000).

De acordo com Pereira (2000), um dos exemplos famosos do desprestígio por que passa a psiquiatria nos anos 1970 refere-se ao célebre estudo conduzido por Wing e Nixon através da Organização Mundial da Saúde, em que se explicitou não haver um ínfimo consenso no plano internacional para os diagnósticos — não havia sequer um consenso diagnóstico para esquizofrenia. Ainda nesse âmbito, segundo Pereira (2000), outro renomado trabalho realizado por Kendell e Clos em 1971 demonstrou que, ao comparar parâmetros ingleses e norte-americanos para diagnósticos de esquizofrenia, eram usados critérios distintos em cada um dos países. Os critérios norte-americanos eram muito mais amplos do que os europeus, assim sendo, os dados epistemológicos dos dois países não poderiam ser comparados. Assim os estudos conduziram à certa desconfiança sobre a base científica da psiquiatria. Os trabalhos expostos pelo autor como exemplo nos trazem uma dimensão do debate e do questionamento que antecederam a terceira versão do DSM, não à toa uma das marcas significativas do DSM-III será seu caráter universal.

Sauvagnat (2012) nos conta a história de um professor de psicologia social chamado Rosenheim, que durante a década de 1970 se divertia ao desafiar os psiquiatras americanos buscando assim provar que estes eram incapazes de diagnosticar a esquizofrenia. Para comprovar sua proposição, o professor enviava seus alunos para consultas psiquiátricas e os pedia para simular quatro sintomas de esquizofrenia. Certa vez, Rosenheim colocou um anúncio na imprensa em que alertava os psiquiatras que enviaria simuladores aos hospitais psiquiátricos. Um mês depois, saiu um comunicado feito por psiquiatras — entre os quais estava Spitzer, o próprio criador do DSM-III — dizendo: “Encontramos simuladores!”. Rosenheim anunciou então: “Eu não enviei nenhum estudante nestas últimas semanas.” (SAUVAGNAT, 2012, p. 14).

Esse relato verídico dos experimentos do professor, em tom de anedota, assim como as divergências de critérios diagnósticos de esquizofrenia entre britânicos e americanos, ilustram o cenário de descrédito em que a psiquiatria norte-americana se encontrava. Em virtude desse desprestígio, Sauvagnat (2012) esclarece que o DSM-III foi uma reação a essa experiência de humilhação sentida pelos psiquiatras americanos da época.

Nesse sentido, Morais (2017) ratifica que essa versão — DSM-III — é marcada por uma preocupação político-ideológica de apresentar-se como uma resposta, posto que havia um esforço sobrepujante para que a psiquiatria fosse vista como uma especialidade médica respeitável. Ao que Bezerra (2011) ressalta que a história das teorias e a das práticas na psiquiatria encontram-se profundamente conectadas aos contextos sociais, culturais, epistêmicos e políticos em que se estabelecem, portanto, há um contexto bastante específico que antecede o DSM-III: o questionamento da especificidade psiquiátrica e da sua validade científica, como podemos observar.

Nota-se a partir dessa edição uma preocupação patente da psiquiatria em estabelecer seu rigor científico, delimitando claramente sua especificidade. A edição simbolizou um encontro factual entre psiquiatras e biólogos e, embora tal encontro tenha tido sua importância para a psiquiatria moderna, de certo modo também demonstrou perigo para alguns psiquiatras que alegavam apreensões em relação às descobertas neurobiológicas, posto que estas poderiam resultar em um esquecimento da própria especificidade da disciplina. Porém, em contraponto, muitos psiquiatras viam-se sim encantados com a possibilidade de uma psiquiatria sustentada em paradigmas estatísticos estritamente médicos (MORAIS, 2017).

Em busca do máximo rigor metodológico em pesquisa, Kammerer e Wartel (1989) pontuam que a partir dessa edição é notório o encontro que se estabelece entre psiquiatras e biólogos, com os psiquiatras mostrando-se entusiasmados com as descobertas neurobiológicas. Os autores também ponderam o que já foi citado, que apesar de o encontro ser valoroso para a psiquiatria moderna, daí decorria o equívoco de perder suas especialidades, aquilo que os caracteriza de fato como psiquiatras em sua disciplina.

Destarte, a metodologia que vigora para a classificação das entidades diagnósticas da terceira edição é aquela comprovável experimentalmente, ratifica-se assim uma seletividade de classificações e descrições objetivas advindas de uma clínica congruente com tais pressupostos. Nesse segmento, Morais (2017) reforça que, para tanto, era necessário um afastamento de compreensões consideradas pouco científicas e não médicas. Pereira (2000) atenta que tal percepção não é novidade no campo da psiquiatria, que desde seus primórdios sustentou-se por

uma concepção aristotélica: em que uma disciplina científica deve fundar-se na descrição precisa dos fenômenos e em seu agrupamento.

A respeito das classificações, Bezerra (2011) especifica que estas produzem pontos estáveis que organizam nosso olhar sobre a realidade que se deseja conhecer e em que se almeja agir. Ao tornar a realidade reconhecível, estabelece-se semelhanças e diferenças, continuidade e descontinuidade, hierarquias, critérios de demarcação, mecanismos de inclusão e exclusão, o que permite agrupar experiências, seres e objetos. O autor pontua que tais critérios estabelecem mapas que demarcam fronteiras normativas entre os entes, ao que ressalta: “Como todo mapa, elas necessariamente operam a partir de alguma forma de redução da paisagem mapeada. Implicam em escolhas, exclusões, privilégios, que são decididos pragmaticamente em função de interesses presentes no contexto de sua criação.” (BEZERRA, 2011, p. 14). Dito em outras palavras, as classificações não são realizadas de modo ingênuo, mesmo que aparentemente pareçam apenas agrupamentos de acordo com determinada sintomatologia ou prevalência, elas estão sempre enviesadas pela própria natureza do ato de classificar. Ao que Bezerra indica que toda classificação supõe um autor, um agente, um princípio classificador, um eixo ordenador que delimita as criações de categorias e que organiza hierarquicamente sua distribuição, ou seja, toda classificação possui um contexto de criação e uma história que a sustenta. Portanto, não seria diferente com o DSM-III: sua classificação está alicerçada sobre todos esses princípios, respondendo a determinados interesses. Ao que o autor conclui: “Classificações não são espelhos da realidade, mas construções, arranjos, que configuram um domínio da realidade sistematizando sua multiplicidade de maneira inteligível.” (BEZERRA, 2011, p. 13). Ou ainda, em Banzato e Pereira (2011): “Em resumo, classificação alguma serve igualmente bem para todos os propósitos. Afinal, nenhuma classificação constitui mera representação inocente neutra e acabada do mundo.” (BANZATO; PEREIRA, 2011, p. 47). Como veremos de maneira mais minuciosa adiante, uma das grandes influências dessa classificação e das seguintes são os ditames da indústria farmacêutica.

Dunker e Kyrillos Neto (2011) realçam que há uma distinção entre diagnóstico e atividade de discriminação de entidades clínicas — a classificação. Uma vez que a classificação se resume a uma distribuição de entidades em grupos ou categorias, buscando as relações diferenciais ou compartilhadas entre conjuntos, o que não seria capaz de exprimir a complexidade da condição do paciente, ela apenas define aquilo que o paciente teria em comum com os demais indivíduos pertencentes ao mesmo conjunto.

Nessa virada dos pressupostos que sustentavam a psiquiatria até então e nas novas imposições e categorizações, o rigor científico passa a ser diretamente conectado à capacidade de descrição e de classificação, ao passo que essa seria sua validação científica. Portanto, nesse momento desenrola-se uma cisão entre correntes que até então compuseram o cenário da psiquiatria, pelo fato de que elas não se enquadravam no novo rigor vigente. Até aquele momento, o manual era constituído sob a base de múltiplas concepções a respeito da psicopatologia, advindas de diferentes disciplinas do conhecimento. Partindo de definições distintas no tocante a seus objetos teórico-clínicos, pesquisadores provenientes de outros campos abordavam suas pesquisas diante de pressupostos distintos e não unificáveis. A psicopatologia sempre esteve marcada por debates teóricos pautados pela “confusão de línguas” (PEREIRA, 2000). Essa “confusão”, na nova conjuntura, abre campo para uma imprecisão terminológica. Sendo assim, busca-se a partir dessa edição a solução para tal questão.

Consta em Bezerra (2011) que a transição do DSM-II para a terceira versão não ocorreu do mesmo modo que anteriormente. A nova versão consolidou-se como uma verdadeira transformação dos paradigmas, afastando-se completamente dos princípios que haviam estruturado a construção das anteriores. Pois, de maneira distinta das edições anteriores, o DSM-III possuía uma meta clara e declarada: modificar o panorama clínico da psiquiatria com a aspiração de transformar a nosologia psiquiátrica em um empreendimento científico que pudesse levar à delimitação de síndromes precisas e, por consequência, guiar a descoberta de doenças subjacentes definidas como entidades anatomoclínicas.

Diante desse conflito tais diferenças poderiam ser um contratempo, uma vez que são incompatíveis entre si. Portanto, tornou-se conveniente o estabelecimento de uma linguagem unificada que permitisse um entendimento único em um campo de conhecimento tão heterogêneo quanto o da psicopatologia (CATANI, 2015).

Assim sendo, a terceira edição do manual fica marcada como um sistema classificatório alicerçado meramente por dados observáveis. As demais perspectivas que não se comprovassem por essa via eram consideradas como um inconveniente e deveriam ser suprimidas, salvaguardados apenas alguns casos em que a pertinência clínica das teorias fosse objetivamente confirmada. Colocados tais pressupostos, a psicopatologia revela-se então como uma maneira de “classificação consensual”, como uma espécie de código de linguagem, e a sua aparição se apresenta de modo universalizável como um “código jurídico” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Bezerra (2011) expõe que essa edição não possuía nenhum compromisso epistemológico particular, pois, para além de fomentar o seu caráter universal, tinha como intuito permitir a comunicação entre profissionais de orientações teóricas diversas, ao passo que o DSM-III se define como sendo ateórico. Embora se pretendesse ateórico, havia um direcionamento claro, ainda que não explícito. Tal objetivo demonstrava-se através da importância crescente das descrições biológicas motivadas pelo avanço das intervenções psicofarmacológicas das décadas anteriores. Essas seriam as motivações responsáveis pelo escamoteamento do pretense ateorismo (BEZERRA, 2011).

Pereira (2000) menciona que a edição possui um imperialismo e um pragmatismo escamoteados que justificam a retirada do debate cientificamente autorizado de todas as abordagens cujo sofrimento psíquico não estivesse alicerçado em definições convencionais e em fatos clínicos imediatamente contestáveis, portanto, havia um compromisso embutido no suposto ateorismo da versão.

Tal posicionamento pretensamente “ateórico” acarreta uma mudança de paradigma, tanto para os profissionais que se utilizam do manual quanto para os pacientes que são diagnosticados a partir de tais pressupostos. Isso ocasiona diversas consequências, como por exemplo o abandono de importantes abordagens psicopatológicas. Ainda a respeito do impacto dessa edição, Dunker e Kyrillos Neto (2011) descortinam que ela representou uma profunda transformação na psiquiatria ao se posicionar como um sistema operacional ateórico de grandes síndromes psiquiátricas, demonstrando que a edição modificou as concepções de pesquisa e de prática psiquiátrica. Naquele momento a meta central era tornar-se um sistema diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico, posto que o grande propósito era servir de apoio à pesquisa empírico-experimental. Os autores apontam que o diagnóstico passaria então a seguir o princípio lógico de uma enciclopédia, na qual existem regras de ação ou caminhos preferenciais de continuidade.

Nesse contexto o sistema multiaxial surge como um aspecto fundamental, uma vez que procura dar um panorama mais completo e geral do paciente ao invés de ofertar um diagnóstico. Para tanto, a versão priorizou os critérios descritivos em prol dos pressupostos etiológicos, ao passo que a concepção psicodinâmica foi suprimida do manual (MORAIS, 2017). As mudanças apontam para diagnósticos que passam a ser considerados como meros instrumentos convencionais, e os referenciais ontológicos e objetivos são dispensados para a sua consolidação. A partir daí a psiquiatria passa a gozar de um sistema diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico, podendo servir de modo perfeito à pesquisa empírico-

experimental. Diante desses aspectos Pereira conclui: “O surgimento do DSM-III, em 1980, marca a adoção oficial da abordagem operacional na psiquiatria americana bem como a difusão internacional de seus princípios, tornando-se uma espécie de via de convergência nosotáxica no plano mundial.” (PEREIRA, 2000, p. 10).

Bezerra (2011) revela que desde então a execução do diagnóstico refere-se a um processo de coleta de informações e observações. Deve-se observar o modo de agir dos pacientes, social ou individualmente, bem como incluir na realização do diagnóstico suas declarações explícitas. Posto que o psiquiatra deveria abster-se de qualquer interpretação a respeito do que o paciente diz e, sobretudo, — nas palavras do autor — abster-se de qualquer suposição acerca do que não é dito. Por sua vez, Morais (2017) menciona que nessa edição do manual o sintoma foi tomado pelo viés da observação, ficando no nível da fenomenologia apenas. Ao que Bezerra (2011) sublinha que o objetivo da coleta de informações é transformar o diagnóstico em um instrumento de pesquisa, já que os dados recolhidos vão muito além das necessidades que correspondem à prática terapêutica. Esses devem ser utilizados como parte de um empreendimento científico que possa ser empregado para estudos epistemológicos, para usos de psicofármacos e ensaios controlados.

O diagnóstico é considerado como pedra angular da clínica. Contudo, um diagnóstico que consista em inscrever casos singulares em categorias gerais construídas *a priori* deve ser combatido. Ele apenas possibilita a confiabilidade dos experimentos e não é capaz de precisar a singularidade irreduzível daquele que sofre:

Os achados experimentais introduzem certos “fatos” que constituem ilhas de razão, imersos em um oceano de incertezas e de impressões não tratadas. Os modelos de funcionamento de uma certa entidade psicopatológica são constituídos pela reunião de alguns resultados empírico-experimentais elevados à categoria de evidências que passam a ser articulados segundo um esforço por se dar conta de forma mais completa, plausível e coerente dos fatos clínicos. (PEREIRA, 2000, p. 26).

Haja vista os apontamentos expostos até aqui, é plausível refletir como consequência dessa edição uma expressiva mudança, tanto em relação aos transtornos diagnósticos quanto em relação à clínica da saúde mental. Em nome do pretense “ateorismo” e das novas convicções impostas, passa-se a prescindir de forma explícita de determinadas abordagens, como é o caso da psicanálise, por exemplo. Portanto, ficam descartadas do debate dessa edição todas as abordagens cujo sofrimento psíquico não esteja alicerçado por definições convencionais, operando-se em favor de um acordo descritivo pragmático (PEREIRA, 2000).

A proposta sustentada pelo DSM-III tem sido qualificada de “neokraepeliniana”, pois buscava uma abordagem dos fenômenos psicopatológicos em que se tratassem os fatos clínicos

como uma atividade, descrevendo-os de forma clara e agrupando-os segundo suas apresentações mais constantes, para além de não recorrer a hipóteses que não tivessem sido experimentalmente validadas. Logo, seriam as descrições objetivas e clinicamente pertinentes a fundamentar a classificação das entidades diagnósticas (PEREIRA, 2000).

Bezerra (2011) disserta que, embora nessa edição tenha havido uma reivindicação ao clássico sistema nosológico kraepeliniano, o DSM afasta-se dele em pelo menos um aspecto fundamental, pois Kraepelin buscou agrupar os diferentes quadros sintomatológicos com base em hipóteses etiológicas e no estudo estrutural e evolutivo dos quadros clínicos, o que permite supor um princípio explicativo para grande gama de apresentações sintomáticas. No entanto, o DSM-III difere desse princípio uma vez que parte de uma diferente perspectiva, que rejeita o fundamento etiológico para o diagnóstico já que situa na própria diversidade dos sintomas seu centro descritivo. O autor pontua que tal mudança leva ao estabelecimento de critérios específicos para cada categoria diagnóstica. Eles operam como fronteiras muito bem definidas e parâmetros precisos de inclusão e exclusão, o que define, ainda que de modo inconsistente — palavras do autor —, a própria noção de doença mental.

Morais (2017) evidencia que, ao abandonar qualquer teorização acerca da etiologia das doenças mentais — sendo elas provenientes da psiquiatria psicodinâmica, existencial ou kraepeliniana — o que se pretende eliminar é o problema da diversidade de olhares em relação ao objeto psicopatológico, que passou a ser considerado a partir dessa edição. Ela possui uma meta clara de eliminar essa questão que, àquele momento, apresenta-se como um inconveniente por ser considerada uma das razões pelas quais a psiquiatria não teria seu estatuto científico garantido. Sua pluralização era vista como empecilho ao projeto de universalização totalitário imposto pelo DSM-III. Contudo, a autora pontua que a pretensão de eliminar o problema dos diversos olhares a respeito da psicopatologia, acaba por impor outras questões como revés. Esse rompimento toca no ponto que Moraes considera como o mais valioso: a diversidade na produção do conhecimento. Ao que a autora desenvolve uma crítica: ao fundamentar-se em uma abordagem descritiva e atórica a respeito dos processos etiológicos e fisiopatológicos das doenças mentais, a maioria dos distúrbios passou a ser considerada como possuidora de uma etiologia desconhecida, exceto em casos de estados mentais orgânicos em que se encontra a origem em um fator orgânico desencadeante. Todavia, a autora pontua — em forma de questionamento — se, independentemente dos distúrbios mentais orgânicos, não seria possível identificar uma etiologia para as outras patologias indagando se é legítimo afirmar categoricamente o contrário (MORAIS, 2017).

Zarifian (1989) ressalta que tal conduta leva a uma transformação na atuação psiquiátrica. A finalidade passa a ser atuar através de pesquisas que tenham o intuito de medir, quantificar e agrupar. Portanto, construir, por via de aspectos biológicos, pesquisas que possam agregar os pacientes em categorias o mais homogêneas possível. Nessa toada, o autor pontua que a estatística será utilizada para apagar as diferenças individuais, estando assim a serviço de estabelecer diagnósticos para a vida toda. Dunker e Kyrillos Neto (2011) enfatizam que esse modo de fazer diagnóstico não seria capaz de abarcar a complexidade do paciente. Seria apenas uma distribuição de entidades clínicas, uma classificação que nomeia aquilo que o paciente tem em comum com os demais pertencentes ao mesmo conjunto. Posto isso, o diagnóstico seguiria o princípio lógico de uma enciclopédia, onde encontram-se regras e caminhos preestabelecidos, como já citado.

Neste momento, adentraremos em umas das questões centrais da pesquisa: o rompimento do DSM com a psicanálise e as consequências disso. Diante da terceira edição do manual opera-se o rompimento, de fato, com a psicanálise — uma relação que havia sido, de certo modo, “harmoniosa” em um passado não tão longínquo. Bezerra (2001) alude que uma das principais consequências de tal abandono seria que o manual, em seu pressuposto imperialista, deixava de lado operações de inferência ou interpretação dos sintomas dos pacientes, restringindo-se apenas à tarefa diagnóstica baseada em uma observação rigorosa do caráter visível do comportamento e das atitudes deles. Sobre isso Bezerra (2001) expressa: “O diagnóstico deixava de ser pensado como uma chave de entendimento de conflitos ou desarranjos intrapsíquicos ou relacionais por trás dos sintomas, para se transformarem em balizas na detecção de distúrbios visíveis.” (BEZERRA, 2001, p. 21). O autor ainda afirma que a intenção heurística do diagnóstico é perdida ao afastar-se da ideia de instrumento capaz de ultrapassar a superfície do discurso para elucidar sua dinâmica interior.

Como explicitado neste subitem, a terceira versão do manual configura-se como uma transição significativa de paradigmas em diversos aspectos: ateorismo, caráter diagnóstico descritivo-terminológico, mudança de concepção a respeito da psicopatologia, rigor científico, e abandono de diversas epistemologias para sua construção nosográfica. Avançaremos para compreender de modo mais minucioso as implicações de tais mudanças.

1.5 Rompimento com a psicanálise

Neste subitem abordaremos precisamente as questões referentes ao rompimento do DSM com a psicanálise, que ocorre a partir da terceira versão. Embora esse rompimento ocorra no âmbito do manual, ele se estende, podendo-se assim dizer que a partir de 1980 houve um rompimento da psiquiatria — de modo geral, não apenas no domínio do DSM — em relação à psicanálise. A retirada de compreensões teóricas e de conceitos centrais da psicanálise não se restringe apenas ao DSM. Em outras palavras, pode-se dizer que o rompimento do manual com a psicanálise através do contingente de psiquiatras da APA seria parte da conclusão de um projeto direcionado a uma psiquiatria moderna alicerçada sobre uma base científica comprovável.

Birman (2001) nos pontua que a relação até então estabelecida entre psicanálise e psiquiatria era de bastante proximidade, afirmando que até os anos 1950 e 1960 a psicanálise postulada por Freud foi o ponto de referência fundamental da psiquiatria, e que até a década de 1960 o sonho de grande parte dos psiquiatras era tornar-se analista, tamanha a relação de proximidade estabelecida. Entretanto, a partir de 1960 a psiquiatria atravessa um movimento em que passa a reivindicar a legitimidade de sua especificidade, demonstrando um desejo de estabelecer-se de maneira efetiva no campo da medicina.

Birman (2001) ressalta que foi a partir do advento da clorpromazina nos anos 1950 que a aliança entre psicanálise e psiquiatria começa a demonstrar suas primeiras fissuras. A psicofarmacologia, a partir de um discurso alicerçado em um modelo teórico experimental, inicia seu processo de ofertar sustentação com fundamentos biológicos e um instrumento terapêutico dotado de alguma eficácia operatória à psiquiatria. A esse respeito o autor pondera: “Se ela não era capaz de realizar a cura efetiva das ditas perturbações do espírito, poderia ao menos controlar as produções sintomáticas dessas perturbações.” (BIRMAN, 2001, p. 22).

A partir da pesquisa realizada por Catani (2015), a histeria alçada por Freud em suas formulações teóricas entre 1888 e 1910 constituiria a base do diagnóstico do transtorno somatoforme. Esta torna-se uma questão relevante para a presente pesquisa, pois embora tenham sido excluídos de modo categórico conceitos centrais da psicanálise, isso não significa que eles deixam de existir enquanto base dos transtornos mentais do DSM. Querelas de interesses políticos e de mercado sustentam tal exclusão, porém a base que sustenta o manual permanece, ainda que de modo velado.

Ao tratar de excluir conceitos psicanalíticos da terceira versão do manual sob pretexto de que esses não eram universais, supõe-se que se trata apenas de uma tarefa burocrática, uma vez que tais conceitos não possuem um consenso único e sua base não pode ser comprovada de modo experimental, pelo que deveriam então ser anulados. Entretanto, suprimir tal conceitualização poderia equiparar-se a desconsiderar o que havia sido produzido até então pelas outras versões do manual, e em lugar de desenvolver uma nova base de sustentação teórica para substituir a anterior, o DSM passa a afirmar-se ateórico. Sendo assim, esta pesquisa trabalha com a hipótese de que a base psicanalítica ainda segue presente na própria definição do transtorno somatoforme, dentre outros transtornos.

Partiremos então para explorar como estabeleceu-se tal relação até a terceira versão, e o posterior rompimento. Dunker e Kyrillos Neto (2011) afirmam que era possível notar uma extensa sobreposição de categorias psicanalíticas e psiquiátricas nos estudos que antecedem — e que de certa forma são preparatórios para — as formulações do DSM, como é o caso do sistema diagnóstico de Meyer. A primeira versão do DSM segue tal tendência, similar a outros manuais psiquiátricos anteriores onde o papel da psicanálise é considerado relevante. Dunker e Kyrillos Neto (2011) ressaltam que nessa primeira edição inclui-se aos pressupostos psicanalíticos a compreensão de Meyer da ideia de “reação”. Ademais, organiza-se uma divisão de quadros de interesse psicanalítico, conhecida como “psiconeuroses”, por sua vez qualificadas como desordens (*disorders*). Surge também um novo conjunto que agrupa dez subtipos de noção de personalidade. Através de tais indícios é plausível exemplificar o mutualismo teórico-clínico existente entre psicanálise e psiquiatria.

Dunker e Kyrillos Neto (2011) colocam que Freud havia deixado vago o lugar reservado a consistência exaustiva classificatória. Nesse sentido, os autores indicam que Freud reconhecia a importância de outros métodos realizarem tal tarefa. Por conseguinte, pode-se compreender que as formulações do DSM-I estavam baseadas na divisão de tarefas entre psiquiatria e psicanálise. Os autores afirmam que:

[...] o exame histórico das relações entre psicanálise e psiquiatria tende a revelar uma psicanálise muito mais comprometida com a psiquiatria do que ela hoje gostaria de admitir e uma psiquiatria muito mais dependente da psicanálise do que está disposta a reconhecer. (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 2).

Contudo, não se pode dizer que Freud acreditava em uma antinomia entre psicanálise e psiquiatria. Sua crença era a de que uma se beneficiaria da outra de modo concomitante, assim como é possível observar nas primeiras formulações do DSM-I, nas “Conferências introdutórias

sobre psicanálise”, e na Conferência “Psicanálise e Psiquiatria” ministrada por Freud (1916-1917), onde ele nos diz:

Os senhores assegurarão não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica. O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda a sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro. Atualmente, como sabem, a anatomia é considerada por nós como fundamento da medicina científica. Houve, todavia, época em que era tão proibido dissecar um cadáver humano, a fim de descobrir a estrutura interna do corpo, como hoje parece ser o exercício da psicanálise, esclarecer acerca do mecanismo interno da mente. É de se esperar que, em um futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos do inconsciente profundo da vida mental. (FREUD, 1996, p. 301).

Nesta conferência, assim como em tantas outras conduzidas por Freud, nota-se o esforço da transmissão da psicanálise. Freud aponta que psicanálise e psiquiatria não se opõem. Naquele momento a oposição estaria apenas por conta dos psiquiatras que, por muitas vezes, mostravam-se relutantes ante à psicanálise. Ao final do trecho citado acima, o psicanalista deixa a sua aposta: a de que em futuro próximo uma psiquiatria cientificamente fundamentada deveria levar em consideração os processos do inconsciente. Todavia, sabemos que, no decorrer da história e até hoje, as apostas de Freud não se concretizaram — e sim o oposto.

Ao longo da obra freudiana é notório um posicionamento avesso ao ideal de classificação concebida de maneira regular e constante. “Ao contrário, Freud, e isso parece ter se mantido como uma tônica entre quase todas as tradições psicanalíticas, acentuava em termos diagnósticos a dimensão de ‘ordenamento’ dos signos em detrimento da sua função ‘classificatória’.” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 4). Logo, a psicanálise preocupou-se de forma pormenorizada com a consistência de um sistema de classificação dos grupos psicopatológicos e, não obstante, realizou sua função de classificação a partir de um conjunto de conceitos e hipóteses de natureza metapsicológica, fazendo seu posicionamento afastar-se totalmente do que acabava de se estabelecer na psiquiatria moderna e em suas classificações diagnósticas.

Ainda na segunda versão do DSM nota-se uma predominância da psicodinâmica psiquiátrica e o fortalecimento comum entre psicanálise e psiquiatria. Em 1968, houve uma revisão promovida pela Organização Mundial de Saúde em torno da sessão de transtornos mentais da CID-8. O resultado dessa revisão gerou a versão do DSM-II onde o termo “reação”, de Meyer, foi removido e, embora na edição anterior estivesse ligado às compreensões de Meyer sobre reação, o termo “neurose” permaneceu. Nessa edição, foram adensados conceitos

referentes ao sistema de classificação kraepeliniano a despeito de haver uma clara perspectiva biológica nesse sistema. Os sintomas não eram especificados com detalhes em estudos próprios, de modo geral os sintomas eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações adequadas aos problemas de vida, enraizados em três oposições fundamentais: neurose/psicose; ansiedade/depressão; e alucinações/delírios (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2001). É também nessa versão, de acordo com Catani (2015), que o termo psicanalítico “histeria” é retirado do manual, sem que houvesse qualquer justificativa.

Como mencionado no subitem anterior a respeito das mudanças no DSM-III, dentre as modificações consta um rompimento em definitivo com toda conceitualização psicanalítica. Em prol de pertencer ao seleto rol de especificidades da medicina, a psiquiatria abandona, através de seu consolidado manual — DSM —, qualquer referência que não seja experimental e empiricamente comprovável. Portanto, as concepções psicanalíticas passam a não pertencer mais ao manual (MORAIS, 2017).

A respeito da relação estreita estabelecida entre a psiquiatria e a psicanálise, Laurent (2014) elucida uma fala de Frances — psiquiatra norte-americano responsável pela edição do DSM-IV:

O diagnóstico psiquiátrico trazia problemas para o profissional antes que o DSM-III fosse publicado em 1980. Antes disso, ele era muito fortemente influenciado pela psicanálise, os psiquiatras raramente concordavam sobre os diagnósticos e, de todo modo, ninguém se preocupava muito com isso. O DSM-III despertou grande interesse, tanto entre profissionais como no público, ao definir critérios específicos para cada transtorno [...]. (LAURENT, 2014, p. 170).

A partir da comunicação de Frances colocada por Laurent (2014), fica evidente o entrave que a psicanálise trazia à psiquiatria, para além de explicitar que, em virtude do rompimento com a psicanálise, o manual passou a adotar critérios mais específicos.

Eis que então o termo “neurose”, marco da teoria psicanalítica alçada por Freud e uma das classes fundamentais da psicopatologia psicanalítica, passa a ser suprimido da versão. De acordo com os reformadores da edição, a noção de “neurose” tornava-se vaga e não científica. Tal decisão não ocorreu sem conflitos entre os membros do conselho de administração da APA. Os membros que eram psicanalistas posicionaram-se na ocasião de modo contrário às compreensões dos psiquiatras partidários de uma visão fisicalista dos transtornos mentais, e eram a favor de manter as conceitualizações psicanalíticas. No entanto, Spitzer — grande nome da terceira versão —, apesar de reconhecer que a retirada do termo “neurose” do manual acarretaria diversas críticas, particularmente entre os psiquiatras psicodinâmicos, seguiu firme em seu propósito afirmando que o conceito não reunia um consenso no campo da psiquiatria

(MORAIS, 2017). A neurose passou a ser vista apenas de modo descritivo, uma vez que os fatores etiológicos que carrega foram excluídos. Acrescenta-se que por conta desse conflito a edição correu o risco de não ser aprovada, todavia, como efeito de uma aliança entre psiquiatras de orientação fisicalistas ligados à pesquisa experimental, tal mudança foi admitida a tempo (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2001).

Consta em Lima (2011) que o conceito de neurose originário da medicina do século XVIII, a partir da elaboração das teorias freudianas, passa a ser quase inteiramente associado à sua redefinição psicanalítica. O termo esteve presente na primeira versão do DSM na categoria “reações psiconeuróticas”. Tal categoria, com explícita referência à sua possível origem psicogênica, inclui: ansiedade, conversões e dissociações, fobias, sintomas obsessivo-compulsivos, e depressões. Já na segunda edição do manual, o grupo era denominado apenas de “neuroses”. Ao passo que sua abrangência aumentava, incluindo a neurastenia, a despersonalização e a hipocondria. Havia também uma noção de “neurose histérica”, de maneira destacada, incluídos o tipo conversível e o tipo dissociativo. Nota-se que as edições do DSM de 1950-1960 não desconsideravam a noção de neurose, tampouco a desvinculava de seu contexto e de seus conteúdos psicodinâmicos.

Lima (2011) ainda ratifica que não é de se espantar que o termo “neurose” já não aparecesse mais nas versões seguintes do DSM, posto que seria complexo conciliar a empreitada teórica a que o manual se pretendia com a manutenção de um conceito abrangente como o da neurose. Ele enfatiza que em um primeiro momento o termo “neurose” foi esvaziado de seu conteúdo psicodinâmico, tornando-se então meramente descritivo, até de fato ser esvaziado de seu sentido e, por fim, deixando de ser utilizado. A neurose histérica, por exemplo, foi fragmentada em diversas categorias: transtornos conversivos e dissociativos, transtorno de personalidade histriônica, e diversas disfunções sexuais. Contudo, o autor conclui que mesmo que tais termos não sejam mais utilizados no manual, não significa que não conservem seus sentidos profundamente enraizados.

Ele acrescenta também que a partir dessa versão do DSM, o termo “psicose na infância” foi substituído por “transtornos globais do desenvolvimento” e o argumento que justificava tal alteração explicitava que os quadros na infância tinham pouca relação com as psicoses na vida adulta. Como consequência, o autor cita que as novas gerações de psiquiatras passam a desconsiderar tal conceito — psicose na infância —, ou até mesmo acreditam que a psicopatologia seja inexistente, o que limitaria o campo da clínica e da pesquisa em quadros graves na infância.

Como conclusão, Lima (2011) acentua que não se trata de mera coincidência a retirada do termo “neurose” e das psicoses infantis do DSM, pois tais termos estão vigorosamente associados à tradição psicanalítica, e afirma: “Na atualidade o *mainstream* psiquiátrico vem tratando a psicanálise como adversário epistemológico preferencial, e pode-se mesmo considerar que a empreitada dos DSMs não é exatamente atórica, mas antiteórica, no sentido de ser marcadamente antipsicanalítica.” (LIMA, 2011, p. 264).

Posto isso, uma das transições mais significativas da edição gira em torno da supressão do termo “neurose”. A retirada do conceito não trata apenas de uma substituição de termos, pois a concepção de neurose, central à teoria freudiana, abarca toda uma compreensão psicodinâmica do sujeito e do sintoma. Assim, uma das mais significativas modificações no manual a partir da terceira edição diz respeito à compreensão do sintoma: o protagonismo dos sintomas psíquicos em relação aos somáticos, que esteve presente até a segunda versão do manual, é posta em xeque e o DSM-III retrocede na defesa da etiologia psíquica na formação dos sintomas somáticos (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2001). Zarifian (1989) salienta que essa edição, em nome de constituir um verdadeiro manual de psiquiatria, passou a levar em consideração apenas os sintomas objetivos e, portanto, foram mantidos apenas aqueles que apresentavam frequência estatística significativa.

A datar da terceira versão do manual, observa-se uma tendência ao desmembramento em grupos descritivos e operacionais menores de quadros clássicos nos quais a presença da psicanálise é notória, como ocorre com a histeria, por exemplo. Por conseguinte, na quarta versão, o DSM exclui os psicodinamismos da etiologia conversível e os substitui pelo enfoque neo-organicista atual. A histeria é desmembrada em síndromes: dissociação, dismorfismo corporal, ansiedade, depressão, fibromialgia (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Mediante essa perspectiva imposta a partir do DSM-III, Pereira (2000) ressalta que abordar um fenômeno psicopatológico através da subjetividade, como propõe a psicanálise, torna-se inviável no espaço teórico metodológico de classificações operacionais. O que nos leva à pertinente pontuação: “Isso não significa necessariamente que aquelas perspectivas psicopatológicas tenham perdido a pertinência, nem que tenham sido superadas com vantagens pelo método empírico operacional. Elas tão somente ficaram excluídas *a priori* do debate aceito como científico.” (PEREIRA, 2000, p. 13).

Portanto, o autor ratifica que a exclusão de determinados signos da psicanálise em nada tem a ver com uma superação deles. Trata-se de uma supressão deliberada de determinadas concepções que consolidam até então o campo da psicopatologia psiquiátrica. A exclusão, como

explicitado, encontra-se a serviço de uma prática psiquiátrica cada vez mais baseada em evidências, como modelo de ciência a ser alcançado. Por consequência de tais exclusões, a prática clínica psiquiátrica circunscreve-se cada vez mais em relação aos métodos padronizados de diagnósticos estandardizados.

Nessa linha, Birman (2001) salienta que a atualidade comporta um campo de disputa entre psiquiatria e psicanálise, e nos expõe:

O fato de a psiquiatria defender de maneira infatigável sua autonomia em face da psicanálise é o que hoje caracteriza as relações existentes entre elas: a psiquiatria não só evita, como também não pretende vir a ter qualquer tipo de relacionamento com a psicanálise. Com efeito, fundando-se nos discursos das neurociências, a psiquiatria acredita ter finalmente encontrado as bases irrefutáveis de sua cientificidade e alcançado, de fato e de direito, sua antiga pretensão de ser uma modalidade da medicina. (BIRMAN, 2001, p. 21).

Nesse mesmo segmento, Dunker e Kyrillos Neto (2011) acrescentam:

A crença de que estruturas clínicas dependem do funcionamento do sistema nervoso não é ameaçadora à psicanálise por questionar a existência do inconsciente ou da pulsão; ela é ameaçadora por descrever o sofrimento e os sintomas em uma semiologia (relações de classe) refratária à intervenção pela palavra, sob transferência. (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 4).

Em conclusão, os autores sustentam que o DSM-III pode ser considerado um ponto de virada das relações entre psicanálise e psiquiatria. De acordo com eles, nesse momento e pela primeira vez a psiquiatria passa a se definir em oposição à psicoterapia, com o argumento de que os psicoterapeutas seriam responsáveis por criar demandas àqueles que não estavam realmente doentes, mas apenas descontentes. Diante de tal argumentação a psicoterapia seria tida como responsável por superlotar as instituições psiquiátricas.

Em resumo, neste capítulo percorremos importantes marcos históricos do manual do DSM com o intuito de compreender como ele se consolidou e como se estabelece até os dias de hoje. Na presente pesquisa abordamos questões referentes ao diagnóstico somatoforme presente no DSM, e objetiva-se justificar que esse diagnóstico, assim como o DSM em suas sucessivas versões, também percorreu um trajeto histórico e desse modo encontra-se nele engendrado. Ou seja, intenta-se que o diagnóstico somatoforme possa ser considerado também um sintoma do manual: seu uso diagnóstico está diretamente ligado às querelas presentes no manual.

Antes de avançarmos para o capítulo seguinte considera-se importante realizar um esclarecimento: o DSM hoje conta com cinco versões, sendo a última de 2013. Por uma questão temporal em se tratando de uma dissertação de mestrado, optou-se por abordar de modo mais

minucioso apenas as três primeiras edições, contudo, nos capítulos posteriores tocaremos em questões importantes acerca do DSM-IV e V.

2 CONSEQUÊNCIAS NO CAMPO DA PSIQUIATRIA A PARTIR DE 1980

2.1 Panorama das alianças entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria

Como exposto previamente, a indústria farmacêutica possui grande influência na transição do DSM-II para o DSM-III, tal parâmetro segue vigente nas edições posteriores. É possível notar tal influxo perpassando diversos aspectos, desde o direcionamento das pesquisas à seletividade metodológica — empírico-experimental —, passando pela escolha de abordagens mais próximas de determinada metodologia em detrimento de outras, e por sua influência diretamente conectada aos diagnósticos.

Neste subitem abordaremos tais questões, que são de suma importância à pesquisa pois explicitam aspectos de influência política e mercadológica presentes no manual do DSM. Sobretudo, este subitem funciona como direção para esta pesquisa no que tange ao transtorno somatoforme (TS), pois este carece de uma medicação específica ou, ainda, de uma medicação eficaz. De certo modo pode-se expressar que o TS se encontra à margem do manual, uma vez que este atualmente é regido por tais interesses. Esse direcionamento “à margem” acarreta algumas consequências que se intenta elaborar adiante. Neste momento pretende-se abordar com mais cautela as influências produzidas pela indústria farmacêutica no campo da psiquiatria atual.

Machado e Ferreira (2014) evidenciam que o fenômeno da medicalização é patente na contemporaneidade, sendo notório o crescimento da indústria farmacêutica. Em vista disso os medicamentos tornam-se o segundo setor mais rentável do mundo e o segundo em concentração de capital, competindo apenas com os grandes bancos internacionais. Os autores afirmam ainda que o setor farmacêutico foi considerado um dos mais rentáveis no contexto norte-americano. Ouso aqui tecer um comentário sobre uma experiência pessoal: conversando com um segurança de uma empresa privada descobri — uma informação totalmente desconhecida e inimaginável por mim — que as empresas de segurança realizam escoltas de medicamentos para ser entregues às farmácias. Trago essa ponderação pois considero ilustrativa do valor de mercado dos medicamentos.

Com o intuito de demonstrar a pertinência dos psicofármacos na atualidade, explicita-se um panorama que expõe alguns dados sobre o seu uso nos dias de hoje (os dados trazidos

não se referem a uma pesquisa minuciosa, pois esse não é o propósito deste trabalho, no entanto, são expostos aqui com o objetivo de ilustrar a pujança do uso de psicofármacos). A respeito da medicalização nos EUA, Frances (2013) nos evidencia dados alarmantes: um a cada cinco adultos usam pelo menos um medicamento para problemas psiquiátricos; 11% dos adultos da população tomaram antidepressivos no ano de 2010; 4% dos adolescentes estão tomando antidepressivos; 6% dos americanos encontram-se viciados em medicamentos que exigem prescrição; nos prontos-socorros há mais registros de morte por medicamentos legalmente prescritos do que por drogas ilegais; em relação aos fármacos de modo geral, a maior receita tem sido de remédios psiquiátricos; em 2011 gastou-se mais de 18 bilhões de dólares em antipsicóticos, 11 bilhões de dólares em antidepressivos e quase 8 bilhões de dólares em medicamentos para TDAH; e 80% das prescrições de medicamentos são feitas por médicos da atenção primária. Quanto aos dados brasileiros, Machado e Ferreira (2014) explanam que o Brasil é segundo maior consumidor de metilfenidato — usado principalmente em crianças diagnosticadas com TDAH — alegando que o Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aponta um crescimento de 75% no consumo do medicamento entre 2009 e 2011 (MACHADO; FERRERA, 2014, p. 137).

Diante dos dados selecionados intenta-se compreender o alargamento do uso de psicofármacos na sociedade, assim como a conexão entre o grande lucro das indústrias farmacêuticas e o advento do DSM. Bezerra (2011) afirma que na segunda versão do manual praticamente não existiam intervenções biológicas eficazes para o tratamento dos transtornos mentais. O autor destaca que o efeito da clorpromazina, de diazepínicos e de antidepressivos tricíclicos colocaram em questão as compreensões de separação entre processos orgânicos e psicológicos. Ao que Birman (2001) ratifica que a descoberta da clorpromazina, em 1950, começaria a desconstruir progressivamente os fundamentos presentes na aliança entre a psicanálise e a psiquiatria que, como observamos anteriormente, era profícua até o momento. Foi a partir do discurso teórico-experimental estabelecido pela psicofarmacologia que se iniciou o processo de ofertar à psiquiatria um fundamento biológico, bem como o estabelecimento de um instrumento terapêutico com certa eficácia operatória.

No ano de 1962 o Congresso Americano autorizou uma legislação que exigia que todas as medicações tivessem sua eficácia e segurança testadas em ensaios clínicos randomizados e controlados. Dessa forma, para que as substâncias fossem aprovadas para o uso elas deveriam demonstrar-se eficazes no tratamento de doenças bem definidas. Nessa marcha, prontamente surgiu uma aproximação entre os critérios metodológicos que asseguravam a validade de

mercado dos medicamentos e os critérios classificatórios do DSM-III. Destarte, começa a estabelecer-se uma interação entre os critérios classificatórios do manual e as pesquisas randomizadas, e houve um incentivo da indústria farmacêutica na união desses dois fatores. O processo de alocação diagnóstica passa a sofrer significativa influência nas ações dos fármacos, como o autor nos traz de exemplo: “Se uma condição clínica melhora sob a ação de um antidepressivo, trata-se de uma depressão.” (BEZERRA, 2011, p. 26). Portanto, fica explícita a influência que os medicamentos passam a exercer sobre a própria determinação do diagnóstico.

Consta em Birman (2001) que a investida dos produtos psicofarmacológicos se estabeleceu inicialmente no campo das psicoses, porém não se restringiu apenas a ele, evidenciando que a descoberta dos ansiolíticos e dos antidepressivos impulsionou o alargamento do campo da psiquiatria estendendo suas fronteiras aos demais campos. Tais movimentos fizeram com que a psicofarmacologia fosse o suporte da prática psiquiátrica. Nessa mesma toada, em 1980 e 1990 a psiquiatria biológica passa a realizar parcerias com a neurociência.

Machado e Ferreira (2014) pontuam que na década de 1960 e meados da década de 1970 a evolução da indústria farmacêutica foi marcada pelo desenvolvimento de pesquisas tecnológicas. Já os anos 1980 ficaram caracterizados por uma corrida por “medicamentos inovadores”, resultando no surgimento da fluoxetina — antidepressivo — na Bélgica no ano de 1986, que posteriormente se popularizou nos Estados Unidos com o nome de Prozac, inaugura-se então toda uma geração de psicotrópicos. A partir do Prozac estabeleceu-se uma revolução na indústria farmacêutica, não à toa esse medicamento levou os antidepressivos à condição dos medicamentos mais consumidos nos EUA nos últimos dez anos.

Como já explicitado, em 1980 a terceira edição do manual se consolida sob a influência de diversas críticas e pressões que questionavam sua validade científica, assim como a base epistemológica da psiquiatria dentro do campo da medicina, e nesse contexto estreitam-se as alianças com a indústria farmacêutica. Tal pacto não é mera coincidência, a parceria corrobora para que a especificidade psiquiátrica passe a ser vista por outro prisma, de fato dentro do campo das ciências clássicas, o que sem dúvida altera seu prestígio e a relação de poder no campo da medicina.

Pode-se dizer que a partir do DSM-III a indústria farmacêutica passa a ter influência central nos manuais, pois é por ela que se atinge a lógica de mercado dos interesses do capital e o atendimento das constantes demandas que o movimentam. Dito de outro modo, o papel da

indústria farmacêutica não é apenas central, é decisivo na criação de novos diagnósticos, dado que o surgimento de novos fármacos cria a demanda, e não o contrário.

Através da medicação e da psicofarmacologia as enfermidades passam por uma nova construção que visa novos procedimentos e operações teóricas. Nesse contexto, os medicamentos tornam-se indispensáveis para as abordagens das enfermidades psiquiátricas. A partir da perspectiva da enfermidade, marcada pelo viés dos psicofármacos, nota-se uma abordagem funcional, desconsiderando assim qualquer visão histórica sobre o mal-estar. Birman (2001) afirma:

Se o medicamento pretende regular um mero transtorno, não há por que se preocupar com qualquer construção temporal e histórica sobre o ser da doença. Em outras palavras, o transtorno decorrente da enfermidade é uma simples disfunção a ser regulada pelo psicofármaco. (BIRMAN, 2001, p. 23).

As novas formas de depressão, por exemplo, em nada têm a ver com as formas de depressão experienciadas nas décadas de 1950 e 1960. Esse é o efeito gerado pelo pacto com a indústria farmacêutica: uma consequência não apenas na terapêutica, como também na própria concepção epistemológica dos transtornos. Na atual cartografia psiquiátrica, as compreensões referentes às perturbações do espírito são deixadas de lado, e em seu lugar optou-se por uma etiologia que se opõe a qualquer registro das categorias de tempo e história em que estejam referenciadas leituras das perturbações do espírito. A categoria agora passa a ser nomeada a partir do medicamento, dessa forma as inscrições temporais que marcam as perturbações do espírito e sua história não têm mais razão de existir (BIRMAN, 2001).

Ora, a psiquiatria moderna biológica excluiu completamente de suas preocupações a presença da experiência subjetiva do doente no acontecimento da enfermidade. Posto isso, para a psiquiatria biológica o sujeito seria apenas um suporte de algo que acontece e que dele se apossa, a origem do sofrer estaria conectada a uma disfunção produzida em seu organismo.

A história da existência do sujeito nas suas complexas relações com o espaço social em que ele se inscreve deixa de ter qualquer relevância para a leitura do que ocorre na profundidade do organismo, em particular, no funcionamento do sistema nervoso, sempre considerado a partir dos desequilíbrios neuro-hormonais. (BIRMAN, 2001, p. 24).

Colocada essa compreensão, através da qual a psiquiatria biológica passa a operar, as psicoterapias tendem a desaparecer, uma vez que a escuta das queixas dos sujeitos serve apenas a uma realização estritamente diagnóstica, visto que o objetivo explícito é encontrar o medicamento mais adequado possível para a perturbação em questão. A subjetividade é algo inexistente na psiquiatria biológica dos dias de hoje. Na atual concepção, não há espaço para

ela na experiência do adoecer psíquico. À vista disso a psiquiatria contemporânea passa cada vez menos a contar com a clínica, já que o saber do sujeito sobre o que lhe acometeu passa a ser pouco importante (BIRMAN, 2011). Corroborando com essa perspectiva, Campos Neto (2015) destaca as modificações da clínica clássica para a clínica moderna, ponderando que nesse momento de transição se impõe uma separação entre a linguagem médica e a linguagem popular:

[...] à modificação da pergunta inicial feita ao doente, que ao invés de “o que você sente?” passa a ser “onde lhe dói?”. O médico passa a ser, definitivamente, aquele que detém um saber capaz de identificar a verdade da patologia, e o paciente entra, então, nesse circuito apenas como um informante desavisado. (CAMPOS NETO, 2015, p. 44).

O autor evidencia que a subjetividade do paciente se torna então um contratempo. Nesse sentido, o médico investe com cada vez maior intensidade em técnicas diagnósticas mais eficazes e precisas, a partir das quais se possa prescindir da subjetividade do paciente. Pode-se dizer que essas consequências são efeitos também do poder exercido pela indústria farmacêutica na atualidade da psiquiatria.

Sobre isso, Lacan (2011) elucidada em seu seminário “O lugar da psicanálise na medicina”:

As funções do organismo humano foram sempre objeto de uma experimentação segundo o contexto social. Acontece, porém, que por serem tomadas como função no âmbito de organizações altamente diferenciadas, que não teriam nascido sem a ciência, ela se oferece ao médico no laboratório (de alguma forma sempre já constituído, até mesmo já subvencionado por crédito sem limites). Ele vai se dedicar a reduzir essas funções a montagens equivalentes àquelas das organizações em questão, ou seja, com o status de subsistência científica. (LACAN, 1996/2001, n.p).

Pode-se dizer que as funções do organismo humano são reduzidas ao status de subsistência científica, assim sendo, faz parte do papel do médico decodificar o organismo. Lacan (1966/2001) acentua que essa é a função do médico, especialmente em relação à organização industrial em que se fornecem os meios para introduzir medidas de controle quantitativo como gráficos, escalas e dados estatísticos, visto que está condicionada às exigências científicas. Portanto, seus pacientes devem atender a elas, encontrando-se assim submetidos às comprovações do modelo científico, como ocorre com o DSM. Lacan (1966/2001) nos afirma em outro trecho:

A colaboração médica será considerada como bem-vinda para programar as operações necessárias para manutenção do funcionamento deste ou daquele aparelho do organismo humano em condições precisas, mas, afinal de contas, o que isso tem a ver com aquilo que chamaremos a posição tradicional do médico? O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, mas ele está submetido ainda a outros chamados. O mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos.

Ele nos coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede ao agente distribuidor que os coloque à prova. (LACAN, 1966/2001, n.p).

De tal forma, o médico passa a possuir outras funções, devendo atender a novas demandas e faz-se necessário condensar em sua tarefa as demais exigências científicas. A partir das compreensões propostas por Lacan (1996/2001) intenta-se que o médico passe a trabalhar não apenas em função de seu paciente, mas que atue também no sentido de atender às demais demandas, como as do DSM por exemplo, e por consequência aos interesses das companhias farmacêuticas.

Ramos (2011) exprime que não é aleatório que a estratégia classificatória de 1980 tenha sido desenvolvida justo em um país que nunca chegou a estabelecer um sistema público de saúde: nos Estados Unidos. Sob a influência de ideias liberais, o país nunca tomou como dever do estado constituir uma cobertura de saúde pública, pelo contrário, como efeito de suas políticas de saúde sempre estabeleceu a obtenção de um diagnóstico como condição necessária ao acesso de cuidado, em outras palavras, sem a formalização de uma patologia não seria possível um tratamento.

A onda neoliberal que se alastra pelo mundo corrobora para que ocorra uma significativa diminuição da regulação do Estado sobre a área da saúde e traz consigo o cenário propício para que a regulação do campo da saúde seja paulatinamente substituída por uma regulação de mercado. Nesse sentido o autor ressalta que tal posicionamento político abre espaço para a entrada do complexo médico-industrial (CMI)¹⁶. E mais adiante coloca que o processo que a saúde atravessa evolui para um complexo médico-acadêmico-industrial, através de tais recursos para a regulação da saúde busca-se na ciência o suporte e a neutralidade necessária para conduzir os processos de patologização. Para tanto, nada melhor que evidências neutras com alto poder de persuasão (RAMOS, 2011).

Como resultado de tais aproximações, em 1980 a academia médica, a começar pelos Estados Unidos, irá se industrializar de modo crescente. Seus recursos voltam-se para produção de pesquisas empíricas, buscando privilegiar cada vez mais a geração de tecnologias ao invés do ensino em saúde e do desenvolvimento da clínica. Partindo desse contexto e especificando nosso recorte na criação do DSM-III, trago esta citação de Ramos (2011):

¹⁶ O conceito de complexo médico-industrial (CMI) tem sido utilizado no Brasil, desde os anos 1980, para ressaltar as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor da saúde, e destes com os demais setores da economia. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio em que, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas se tornam hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema.

[...] foi uma nota promissória assinada pela corporação norte-americana dos médicos psiquiatras (APA) para pavimentar sua entrada no clube privado do Complexo-Médico-Acadêmico-Industrial que começava, por volta dessa época, a exibir publicamente os seus músculos. Nota promissória porque significava um compromisso assumido não com o presente, mais com o futuro, trazendo no seu bojo uma classificação psiquiátrica supostamente neutra em termos teóricos, agnóstica do ponto de vista etiológico e operacionalmente confiável, que se propunha a ser a cornucópia que despejaria um futuro certo de abundância científica. Futuro este que, hoje, novamente transcorrido o espaço de uma vida humana, ao invés de abundância científica derramou sobre o globo uma abundância de “epidemias psiquiátricas”. (RAMOS, 2011, p. 216).

A partir da citação acima é possível afirmar que a consolidação de uma das versões mais significativas do DSM sofreu influência direta dos ditames da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial. Doravante, a psiquiatria traça um pacto concreto com os interesses do capital em detrimento dos interesses dos sujeitos e de seus sofrimentos. Ramos (2011) afirma que o fato de o manual ser aceito pelo CMI estaria diretamente ligado a um pragmatismo oportunista. “O parcelamento do sofrimento humano em categorias discretas e potencialmente multiplicáveis era a solução perfeita para nova estratégia do mercado aplicada ao campo da saúde.” (RAMOS, 2011, p. 216). O DSM-III mostrava-se excelente para essa equação, pois era oferecida a tipificação do mal-estar contemporâneo em categorias absolutamente específicas, “o que, para uma lógica de mercado baseada na venda de produtos diferenciados e sob medida, era tudo que se sonhava” (RAMOS, 2011, p. 217).

Não à toa, Zorzanelli e Verztman (2011) expõem que 69% da força tarefa do DSM-V teria algum tipo de laço com a indústria farmacêutica. Tal informação permeia questões de profunda relevância, posto que uma das críticas mais contundentes dessa edição é quanto ao excesso de diagnósticos. Como combater tal questionamento se mais da metade dos profissionais envolvidos na criação da edição têm ligação com a indústria farmacêutica? Há um conflito de interesses materializado em pesquisas financiadas pelas companhias farmacêuticas e na criação de um manual supostamente ateuórico. Nessa altura, a APA havia firmado o compromisso de que na edição não ocorreria conflitos de interesses, no entanto a questão não é solucionada e passa ser mais acentuada. Os autores expõem que houve, em comparação com o contexto do DSM-IV, um aumento de 21% de profissionais que têm algum tipo de relação com a indústria farmacêutica — seja essa relação de pesquisa ou de consultoria —, afirmando que três quartos dos membros (logo, a maioria) continuavam ligados a ela.

Frances (2013), em seu artigo “*Saving Normal: An insider’s revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma and the medicalization of ordinary life.*”, comenta a urgência do lançamento do seu livro “*Saving Normal*”, assim como externa preocupações em relação ao excesso de diagnóstico da versão DSM-V. Em tom de denúncia

explícita, ele coloca que a comissão do DSM-V está próxima de cometer grandes erros, pontuando que os novos distúrbios promovidos terão como consequência a criação de milhões de novos pacientes. Sua preocupação principal gira em torno do excesso de medicamentos desnecessários que serão ministrados por conta de diagnósticos equivocados.

Ao referir-se à indústria farmacêutica, o autor usa a expressão em inglês *“licking their chops”* (“lambendo os beiços”, tradução nossa) afirmando que as companhias de fármacos se aproveitarão do excesso diagnóstico com intuito de explorá-lo em favor da potencialização de seu lucro. Chama a atenção que Frances não expõe, ao menos não de modo claro, a ligação óbvia entre psiquiatras e o setor de psicofármacos, ele coloca que será a indústria farmacológica que tirará vantagem do excesso diagnóstico cometido, e não o contrário, que o excesso diagnóstico é justamente promovido por essa relação.

Laurent (2014) destaca uma fala de Frances proferida no congresso de 9 de maio de 2012 pela APA, em que nos esclarece que, apesar da influência evidente da *Big Pharma*, Frances restringe suas críticas ao DSM-V e sua sobreposição diagnóstica, afirmando:

Muitos críticos levantam a hipótese abusiva de que o DSM trabalha para a indústria farmacêutica, não é verdade. Os erros provêm, antes, de um conflito de interesses intelectual; os especialistas sempre sobrevalorizam seu domínio favorito e querem estender seu perímetro, a ponto de dar a problemas banais da vida cotidiana a falsa classificação de transtornos mentais. (LAURENT, 2014, p. 170).

Observa-se de modo claro a partir dessa comunicação de Frances, elucidada por Laurent (2014), que o psiquiatra atribui o excesso de fármacos aos equívocos dos critérios diagnósticos, ignorando a aliança existente entre psiquiatras e companhias farmacêuticas. Em seu livro *“Saving Normal”*, Frances (2013) pretende realizar algumas denúncias em relação ao excesso diagnóstico da versão do DSM-V e ao uso desenfreado de psicofármacos na atualidade. É exposto que seu intuito com o lançamento do livro não trata apenas de “salvar o normal”, mas também de salvar a psiquiatria — que corre o risco de ser sequestrada pelos interesses comerciais de empresas médicas que colocam o lucro acima dos pacientes. Acrescenta ainda que as empresas farmacêuticas podem ser tão perigosas quanto os cartéis de drogas, quando usadas de modo inadequado.

Apesar de a discussão quanto à medicalização da normalidade, proposta por Frances, ser relevante para a sociedade, o psiquiatra omite novamente a relação estreita entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica. Em síntese, em sua reflexão Frances fala como se fosse o complexo farmacêutico a se aproveitar dos excessos diagnósticos produzidos pelo manual. Em outro ponto do artigo, afirma que o DSM-V seria muito importante para ser deixado nas

mãos de um grupo de psiquiatras bem-intencionados, mas mal orientados em termos de especialidade. Com efeito, essa colocação posiciona os psiquiatras como mal direcionados, porém não mal-intencionados, sendo assim, a responsabilidade não pertence a eles, tampouco à sua estreita relação com as companhias farmacêuticas, e sim ao mal encarnado pela indústria farmacêutica aproveitadora. Laurent (2014) contra-argumenta a posição de Frances, em que este afirma que a grande questão problemática dos DSMs gira em torno de especialistas pouco capacitados:

Ao contrário do que acredita. A. Frances, o sistema DSM estava viciado desde o começo. A atual deriva dos responsáveis, que creem ter reabsorvido a psiquiatria na neurologia e que imaginam medir a intensidade do transtorno mental **“como se mede a pressão arterial e o colesterol”**, existia um germe no projeto inicial. Na zona DSM, a crise será duradoura e profunda. Já não parece ser possível restabelecer a confiança sem autênticas discussões teóricas, particularmente sobre os malefícios das confusões de níveis entre os usos e as funções de linguagem classificatória em curso nessa zona. Essa crise e as disfuncionalidades democráticas provocadas pela gestão burocrática de populações cada vez maiores e indiferenciadas, desconsiderando o que Lacan chamou de os **efeitos segregativos da ciência**. (LAURENT, 2014, p. 175, grifos do autor).

Isso posto, Laurent (2014) reconvoca à discussão, reiterando que o sistema DSM já estava viciado desde sua fundação, portanto é urgente que se possa restabelecer a confiança em relação ao manual, assim como um rigor nas discussões teóricas.

Laurent (2014), em seu livro “A batalha do autismo”, nos traz um relato de sua participação no 165º Congresso realizado pela APA em 9 de maio de 2012 na Filadélfia, cujo título era: *“Integrated care”* (“Cuidados integrados”, tradução nossa). Já de início nos apresenta a interessante observação de que todos os participantes, sem exceção, deveriam preencher uma declaração informando se possuíam ações, contratos ou qualquer outro vínculo com laboratórios farmacêuticos. Já é público e notório o envolvimento dos psiquiatras membros da Associação com laboratórios farmacêuticos. Por mais que tais parcerias de trabalho constituam conflitos de interesses, elas já são vistas com naturalidade dentro do campo psiquiátrico atual e aquilo que deveria ser visto com preocupação, passa a ser normatizado. O citado congresso debateu questões referentes ao “cuidado integrado” e às consequências da reorganização do campo clínico sob influência do DSM-V, a ser publicado em 2013.

Laurent (2014), que esteve presente nesse congresso da APA que antecede o DSM-V, nos conta que a conferência foi cenário de diversos conflitos internos, discutiam-se as epidemias produzidas pelo excesso diagnóstico das versões anteriores, bem como as mesas tinham o propósito de traçar ponderações e fazer acordos para a edição seguinte. Em síntese, o clima era tenso e cercado por diversas argumentações. Como pondera Laurent (2013), o cenário “pré-

DSM-V” há algum tempo apresentava fissuras significativas e alarmantes, os conflitos e contradições no interior do manual já pareciam indissolúveis, havia diversos conflitos de interesses entre os pesquisadores, universitários, e financiados por laboratórios, estes últimos cada vez mais numerosos, e esse cenário acarretou uma perda substancial da credibilidade científica nos formadores de opinião no meio psiquiátrico.

Nessa linha, Laurent (2014) elucida uma fala realizada por Allen Frances, presidente do comitê responsável pela criação do DSM-IV e que naquele momento encabeçava um movimento de oposição às extensões diagnósticas presentes na quinta versão do DSM, e dirigida a N. Aizenman:

As implicações vão mais longe do que tudo o que vocês possam imaginar... Acrescenta um novo sintoma e, de repente, dezenas de milhões de pessoas que, até agora, não tinham nenhum diagnóstico vão acordar e verão propagandas na televisão ou em revistas incitando-os a tomar medicamentos... E, em vez de conter esse problema, o DSM-5 abrirá as comportas de maneira crescente. (LAURENT, 2014, p. 165).

A lógica de mercado imposta pela indústria farmacêutica sustenta-se pelos interesses mercadológicos do capital e do lucro, para que esse fluxo possa ser profícuo, outras engrenagens passam a agir. Uma dessas engrenagens é o investimento maciço em estratégias de marketing e *branding*. De acordo com Aguiar (2014), há cerca de 35 anos Henry Gadsen, principal executivo da indústria química farmacêutica alemã Merck que estava prestes a se aposentar, concedeu uma entrevista para a revista “*Fortune*” em que expressava a compreensão de que o mercado potencial de sua empresa estava limitado às pessoas doentes, almejando que um dia a Merck pudesse vender remédios a todos. Ao que Aguiar (2014) aponta que, três décadas depois, o sonho trazido por Gadsen está próximo a tornar-se uma realidade.

A respeito do crescimento da indústria farmacêutica através de estratégias inovadoras de marketing, Aguiar (2014) nos traz Vince Parry como nome central desse engendramento. Responsável por liderar o grupo “*Parry Branding*”, ele trabalha há mais de 30 anos no setor de comunicação, no segmento de saúde e bem-estar. Aguiar (2014) coloca que Parry é considerado um dos profissionais mais cotados do mundo na área de inovação de marketing em saúde, ao vender remédio para quem não necessita. E nos traz como referência um dos artigos de Parry que se tornou célebre, com o título “*The Art of Branding a Condition*”. Consta em Parry (2003) a seguinte afirmação:

Nenhuma categoria terapêutica é mais suscetível ao *branding* do que o campo da ansiedade e da depressão, onde a doença é raramente baseada em sintomas físicos mensuráveis, sendo, portanto, aberta à redefinição conceitual. Assistir ao manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais (DSM) inflar como um balão ao longo das décadas, até adquirir suas dimensões atuais de lista telefônica, poderia nos

fazer pensar que o mundo é um lugar mais instável hoje do que nunca. Na realidade o número crescente de condições emocionais identificadas resultou da desmontagem dos problemas em suas partes componentes, para tornar seus tratamentos mais acessíveis. Não surpreendentemente, muitas dessas novas condições foram cunhadas pela indústria farmacêutica através da pesquisa, da publicidade ou de ambos. (PARRY, 2003, p. 46, tradução nossa¹⁷).

Nesse trecho do artigo, Parry (2003) expõe de modo bastante claro como o segmento psiquiátrico de fármacos pode ser facilmente influenciado e cooptado pelas estratégias de *branding*, justamente por lidar com diagnósticos que raramente estão baseados em sintomas físicos mensuráveis. Assim sendo, é possível traçar uma redefinição conceitual de modo mais simples. Essa se operacionaliza a partir da criação e modulação de ideias, utilizando-se de técnicas sofisticadas de marketing que passam a promover na mídia um alargamento das definições das doenças com modelagens conceituais que permitam estender as fronteiras e expandir o mercado consumidor.

Ainda nesse artigo, Parry (2003) discorre sobre como que a indústria farmacêutica içou o *branding* a um patamar acima e completamente novo ao adotar estratégias em torno não da mercadoria — o medicamento —, mas sim da doença, transformando-a então no próprio produto. Ele fez da doença uma condição clínica que determinado medicamento supostamente poderia tratar. A ideia é fazer propaganda de uma doença ou condição clínica, ao invés de de um produto. O medicamento não precisa estar em grande evidência na publicidade — esse é o lugar da enfermidade —, porém aparece ali, como solução à doença, resultando numa propaganda efetiva.

Nota-se na atualidade uma ocupação progressiva na mídia de assuntos relacionados às temáticas de diagnóstico e tratamento das diversas perturbações mentais e, de maneira equivalente, novos medicamentos são anunciados no mercado. Com intuito de penetrar na mídia, a indústria farmacêutica se vale de avançadas estratégias de marketing. Ramos (2011) explicita que a veiculação dos efeitos positivos dos fármacos não ocupa necessariamente apenas os espaços publicitários, são utilizadas mídias de modo geral, como reportagens e divulgações médicas. Essa tática amplia o público, não mais restringindo-o a especialistas. Nota-se que há uma nova estratégia em andamento, a meta agora é atingir de maneira direta todo o público

¹⁷ No therapeutic category is more accepting of condition branding than the field of anxiety and depression, where illness is rarely based on measurable physical symptoms and, therefore, open to conceptual definition. Watching the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) balloon in size over the decades to its current phonebook dimensions would have us believe that the world is a more unstable place today than ever. In reality, the increasing number of identified emotional conditions has resulted from breaking the problems into their component parts to better access treatment options. No surprisingly, many of these newly coined conditions were brought to light through direct funding by pharmaceutical companies, in research, in publicity or both. (PARRY, 2003, p. 46).

consumidor, estimulando cada vez mais a procura por uma solução o mais eficaz possível para as suas agruras.

Como exemplo do impacto das propagandas subliminares de psicofármacos, temos a Rede Globo de Televisão, que criou um quadro no programa Fantástico denominado “Os males da alma” em que colocava que, embora as psicoterapias possam servir de auxílio ao tratamento da depressão, os psicotrópicos são mais acessíveis e oferecem resultado mais rápido, além de nem sempre as psicoterapias serem reembolsadas pelos planos de saúde e de o acesso a tratamento psicológico na rede pública ter muitas filas (MACHADO; FERREIRA, 2014). A partir desse exemplo, vê-se que o discurso medicamentoso já se encontra incutido na mídia, visto que, como observou Parry (2003), a doença passa a ser a própria propaganda.

Pode-se constatar os efeitos de tal investida quando os sujeitos que demandam um tratamento terapêutico já chegam ao encontro com os profissionais de saúde munidos de um saber diagnóstico sobre si mesmos e avalizados pelos ditames dos manuais psiquiátricos, e já sabem até qual medicamento devem tomar (RAMOS, 2011).

Tais interesses coadunam perfeitamente com o capitalismo na sociedade pós-moderna, no mundo globalizado, em que a insatisfação crônica constitui a condição existencial atual. E uma vez que a sociedade de consumo se sustenta na impossibilidade de se obter qualquer satisfação duradoura, o gozo está sempre em algum produto que ainda não foi consumido. A insatisfação crônica e a busca incessante por prazer configuram-se como o prato perfeito para a consolidação dos anseios do mercado, pois a insatisfação transforma-se em uma possibilidade concreta geradora de novas demandas de consumo. Ramos (2011) ainda acrescenta que mesmo que o sujeito reconheça que não está mal, diante da lógica de consumo ele exige ficar “melhor do que bem” (RAMOS, 2011).

Como conclusão, pode-se explicar que diante da aliança com o modelo biomédico e com a indústria farmacêutica, o DSM é alçado à outra categoria, tornando-se então a partir de 1980 o discurso praticamente hegemônico que formará toda uma geração de psiquiatras. Em virtude dos interesses do capital é possível compreender como uma classificação inicialmente de uso local — Estados Unidos — em poucos anos torna-se referência internacional em termos de nosologia psiquiátrica. Com efeito, o prestígio do manual certamente está condicionado aos interesses que ele oferta ao mercado, e não necessariamente à sua importância para a de pesquisa e para o desenvolvimento de conhecimento (RAMOS, 2011).

Ao que conclui Birman (2001):

É necessário, contudo, ir além das constatações decorrentes dessa mudança ainda em curso, uma vez que a construção da psiquiatria como suposto saber psicopatológico das evidências, conforme ela é designada atualmente, produziu uma série de consequências de ordem não apenas científica, mas também ética e política. Parece evidente que a psiquiatria se transformou num canteiro de obras da indústria farmacêutica. As grandes transnacionais de medicamentos psicofarmacológicos dominaram o campo psiquiátrico, atualmente subsidiado por elas. A psiquiatria passou a ser monitorada pelos interesses dos laboratórios internacionais, que doravante definem as regras do jogo através do financiamento direto de suas pesquisas. (BIRMAN, 2001, p. 22).

Em resumo, parte do capital que mobiliza o DSM é proveniente da indústria farmacêutica, responsável por investir e financiar pesquisas acadêmicas que dão consistência ao manual. Vale ressaltar que esses financiamentos não se estabelecem de modo ingênuo, em virtude da crescente influência financeira eles acabam por exercer controle, determinando quais pesquisas acadêmicas serão financiadas, ou não, e realizando contratações em massa de pesquisadores e clínicos que possam avaliar seus desejos e interesses. Tal maneira de estabelecer diagnóstico e de sustentar suas bases epistemológicas afeta diretamente o contato com a escuta dos sujeitos que sofrem, visto que eles são como “fantoques” de um sistema que tem um interesse claro em atender ao capital. E sabe-se que atender aos interesses mercadológicos é incompatível com contemplar os interesses daqueles que sofrem, posto que o mercado tem sua agenda evidente e os sujeitos em sofrimento, não (RAMOS, 2011).

2.2 Considerações críticas em relação ao DSM

2.2.1 Excesso de diagnósticos

Como aclarado no capítulo anterior, a terceira edição do DSM configura-se como um marco de mudança na psiquiatria contemporânea, e as edições seguintes do manual (DSM-IV, DSM-V) obedecem aos pressupostos definidos em 1980. Tais mudanças paradigmáticas despertam diversas críticas dentro e fora do campo da psiquiatria. A autora desta dissertação também endossa o movimento crítico que acompanha as versões do DSM, compreendendo que é fundamental e necessário uma posição crítica em relação a um manual que se pretende hegemônico no tratamento da saúde mental. À vista disso, neste subitem elegemos algumas das considerações contrárias ao manual. Embora haja diversas críticas contundentes, por razão

metodológica se fez necessária uma seleção, pois colher todas as críticas de modo extenso seria um outro esforço de pesquisa.

O cenário produzido após o DSM-III é inquietante. Nota-se de maneira evidente a produção de um excesso diagnóstico, bem como de diversas epidemias psiquiátricas. Trataremos então dessa temática de modo mais minucioso.

Iannini e Teixeira (2014) traçam uma crítica ao excesso de diagnósticos e à patologização da vida cotidiana propostas pelas edições do DSM. O artigo que citaremos aqui, “Reflexões sobre o DSM 100”, trata-se de uma conferência na qual os autores discutem a repercussão do DSM-V, e o caminho proposto desenrola-se através de uma espécie de paródia na qual desenvolvem uma suposta versão do DSM-XI. O tom de deboche presente ajuda a escancarar de forma irônica os excessos cometidos pelos DSMs em sua missão constante de classificação. Os autores produzem uma reportagem fantasiosa a ser publicada em 2030 para a inauguração da décima primeira versão do DSM, alguns trechos serão trazidos aqui:

Em razão dos aspectos imprecisos e vagos do DSM 5, lançado há 16 anos pela *American Psychiatric Association*, desenvolveu uma política de revisões periódicas do DSM que hoje alcança sua 11ª versão. As inovações dessa nova versão prometem um grande progresso científico no tratamento das doenças mentais. Entre as novas síndromes descritas, ela enfatiza a padronização do tempo normal de luto para até três dias (além do qual, o luto deve ser tratado como uma patologia depressiva excessivamente intensa), assim como a descrição objetiva de 27 síndromes que afetam lactantes e recém-nascidos, afora as tão esperadas síndromes relacionadas com trabalho, religião, artes e política. Além da descrição de 374 novas síndromes, adicionadas aos 1.470 transtornos já descritos na última versão de 2013, o DSM 11 também inclui um aplicativo que leva menos de três segundos para fazer o diagnóstico. Esse aplicativo se conecta a um sistema de *delivery* através do qual o paciente recebe a medicação diretamente em casa ou no leito hospitalar. (IANNINI; TEIXEIRA, 2014, p. 2).

A partir do trecho acima selecionado, observa-se a crítica ao excesso de diagnósticos, ao passo que qualquer modo de sofrimento se transforma em uma classificação específica, para além de elucidar a total falência da prática clínica na psiquiatria moderna, através da ironia do *delivery* e do aplicativo. Essa paródia futurista escancara algo que já se encontra presente no seio do manual: não é mais possível ocultar o caráter normativo dessa classificação. Os autores ratificam que tal caráter está pautado em um crescente programa de “psiquiatrização” da vida cotidiana e em uma psicopatologização de toda condição subjetiva. Traremos mais alguns trechos em que os autores seguem ironizando o excesso de classificações:

No capítulo sobre adolescência, foi introduzida a síndrome do “diário de memórias”, descrita como uma compulsão a escrever experiências imaginárias em linguagem codificada e a desenhar coraçõezinhos inúteis, afetando principalmente meninas. Do lado masculino, foi igualmente incluída a síndrome de “constituição de banda de música sem futuro promissor ao menos provável”, onde se descreve patologias relacionadas à necessidade compulsiva de formar bandas com gênero musical em

voga. [...] No campo da orientação política, a nova edição revisou e ampliou a “esquerdopatia crônica”, a grave condição que afeta uma parte crescente da população exibindo sintomas tais como: produção de teorias conspiratórias acerca dos interesses ocultos do capital, não conformismo com a ordem vigente (pelo menos duas vezes por semana no período de dois meses), atitude crítica em relação à mídia, leitura regular ou irregular de livros de filosofia e ciências humanas, além de outros graves sintomas. (IANNINI; TEIXEIRA, 2014, p. 2).

Nota-se que há certo exagero ao patologizar as atitudes políticas ou mesmo os comportamentos adolescentes, contudo compreende-se que apenas exacerbam a já excessiva patologização que está presente até então nas edições do DSM. Os autores são perspicazes em tornar patológico justamente aquilo que questiona a lógica de poder vigente, posto que muitas vezes as classificações não partem dos sofrimentos dos sujeitos e sim de uma tentativa de enquadrá-los em uma lógica vigente de produção. Aqueles que não se enquadram são então classificados, tanto para justificar o seu não enquadre, quanto para reenquadrá-los e torná-los produtivos.

Sauvagnat (2012) revela que um dos grandes impasses dos DSMs se localiza nas falsas epidemias diagnósticas produzidas ao longo do mundo, como por exemplo os casos de múltiplas personalidades.

A respeito do excesso diagnóstico, Laurent (2014) comenta num artigo que 38% da população europeia teria algum tipo de transtorno mental. O artigo é intitulado de “Transtornos mentais: a trapaça”, com o subtítulo “Por que um em cada três europeus é declarado doente mental”, e foi publicado em maio de 2012 pela revista francesa *La Recherche*, que seria a voz dos laboratórios científicos franceses, o equivalente em língua francesa da *Scientific American*. Os dados utilizados no artigo foram obtidos por uma metodologia ao estilo do DSM e são provenientes de um estudo publicado em setembro de 2011 na revista *European Neuropsychopharmacology*. Eles foram colhidos por universitários de Dresden. Foram reunidas enquetes epidemiológicas que contemplaram um período de 30 anos em 30 países (os 27 da União Europeia, mais Suíça, Islândia e Noruega). Para o estudo foram consideradas 27 doenças, dentre elas constavam TDAH, insônia, demência... O resultado revelou-se surpreendente: diante da conclusão da pesquisa, e como aparece no subtítulo, um em cada três europeus possuiria alguma doença mental. O autor menciona o fato de o artigo ter “a trapaça” em seu título: tal escolha de termo para a publicação possui caráter de denúncia, escancara o aumento incessante de doenças mentais em operação no DSM-5 e a “trapaça” que esse modelo diagnóstico envolve. Laurent (2014) tece um comentário pertinente quando ressalta que a palavra “trapaça” do título se encontra entre aspas, evidenciando que o campo de disputa atual da psiquiatria é tão arenoso a ponto de uma revista com tanto prestígio precisar usar tal recurso.

Caponi (2014) discorre que a versão do DSM-IV, editada em 1994, foi responsável por multiplicar os diagnósticos psiquiátricos partindo de sintomas bastante ambíguos. Tal precipitação diagnóstica motivou um crescente processo de medicalização de condutas consideradas socialmente indesejáveis. Dentro dessa perspectiva, Sauvagnat (2012) destaca que Allen Frances — criador do DSM-IV — avançou um tanto nesse sentido, retirando as múltiplas personalidades da edição e esclarecendo que estas não existiriam, que se tratava de transtorno iatrogênico. Todavia, essa edição (DSM-IV) foi responsável por criar três novas epidemias: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno bipolar da criança (uma forma psicótica da depressão na criança), e o espectro do autismo. Ao que o autor denuncia que basta um único sintoma entre oito possíveis para a validação do diagnóstico, e explicita: “[...] verificamos que é simplesmente o fato de que, uma vez tomando o DSM como instrumento diagnóstico, insistindo apenas um pouco, torna-se muito difícil de encontrar alguém que não seja autista.” (SAUVAGNAT, 2012, p. 20). Concluindo, ele endossa que no cenário atual existem sérias discussões a respeito de critérios mais rigorosos quanto ao autismo.

Laurent (2014) pontua que a partir de 1994, em razão da adoção de categorias mais amplas, observa-se uma significativa extensão do transtorno autista. Conquanto, após intensos debates, o comitê DSM-V decidiu por uma redução drástica, propondo suprimir a síndrome de Asperger e o transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado. Como resultado de tais mudanças pretendia-se a diminuição da epidemia do autismo que vinha crescendo de maneira alarmante.

A respeito das controvérsias produzidas pelo DSM, não se pode deixar de citar a questão do luto, em que se estabelece uma argumentação em razão de conhecer a diferença entre o luto e uma depressão de fato, a saber, quando um sintoma é verdadeiramente patológico (SAUVAGNAT, 2012). Sobre isso nos diz Laurent (2014): “De fato, não é nada tranquilizador ter sido necessário prever, no futuro DSM, um parágrafo esclarecendo que a tristeza e os sintomas que acompanham uma perda significativa, como um luto, podem parecer uma depressão, mas não o são.” (LAURENT, 2014, p. 165).

Uma das mais significativas polêmicas em relação ao DSM-V, girou em torno da lista abundante de diagnósticos presentes nas edições anteriores acrescidas das novas patologias associadas à prevenção e antecipação de riscos, como caso do questionável do diagnóstico “risco de psicose”, assim como a detecção precoce de doenças mentais na infância. Tais diagnósticos dizem respeito à possibilidade de identificar jovens com risco de desenvolver, mais adiante, uma psicose pesada, pelo fato de sofrerem de alucinações leves ou possuírem

ideias delirantes. Tal categoria diagnóstica foi responsável por enorme alvoroço dentro da APA e, devido ao escândalo que causou, foi excluída da versão do DSM. Tratou-se de uma estratégia política que abrandava os conflitos, posto que diante da atual medicalização sem precedentes o risco de que esses adolescentes fossem medicados de forma equivocada era alto demais (LAURENT, 2014). Essa inclusive configura-se como uma das críticas mais contundentes realizadas por Frances a essa versão do DSM. Embora a categoria tenha sido excluída da versão do DSM-V, ela retornará com os mesmos problemas e fragilidades, como uma categoria que se inscreve no abrangente grupo do *Schizophrenia Spectrum* (CAPONI, 2014).

Diante do excesso diagnóstico produzido pelas versões anteriores, na ocasião que antecede a criação do DSM-V, havia uma clara preocupação em relação aos rumos do manual, questionava-se os excessos diagnósticos produzidos pela patologização da vida cotidiana da mesma maneira que se expressava preocupações em relação ao rigor científico do manual, esse contexto leva a diversas críticas dentro e fora do campo psiquiátrico. Uma das relevantes críticas é produzida por Allan Frances, entretanto, vale ressaltar que tais movimentos de oposição não configuram uma reparação — em que se responsabilizariam de fato pelos excessos cometidos através do DSM — mas, no máximo, um *mea culpa*. As críticas produzidas apenas coadunam com um movimento crítico em relação ao manual, de modo que buscam se posicionar fora deste “barco DSM” que parece estar afundando. De toda forma é inegável que as publicações têm a sua relevância, pois ajudam a tensionar um campo que urge por transformação.

E é diante dessa conjuntura que surgem as pertinentes críticas de Frances, que produziu diversos artigos críticos em relação ao DSM. Elegemos um deles — o artigo “*Am I Dangerous Man?*” publicado na *Time Magazine* em 2012 em que realiza severas críticas à quinta edição do DSM — o que nos demonstra o quanto o próprio manual claudica dentro da renomada instituição psiquiátrica, a APA, de que o autor também vem a afastar-se.

Frances (2012) ressalta que suas críticas são resultantes do óbvio fracasso do DSM-V, que se pretendia um empreendimento acadêmico imparcial, e nos diz: “O DSM-V sofreu uma combinação fatal de ambição excessiva, método superficial e processo fechado.”¹⁸ (FRANCES, 2012, n.p, tradução nossa). Ele reitera que essa edição merece dura oposição, o que já se tornou um movimento em determinadas organizações profissionais, e cita 47 organizações que corroboram suas críticas, sendo a renomada revista científica *The Lancet* uma das significativas

¹⁸ DSM-5 has suffered from a fatal combination of excessive ambition, sloppy method, and closed process. (FRANCES, 2012, n.p).

referências que ele menciona desse endossamento de suas críticas. Afirmando que não é único a defender tal oposição, Frances (2012) ainda manifesta:

Minha motivação para assumir essa tarefa desagradável é simplesmente para prevenir que o DSM-5 promova uma inflação geral de diagnósticos que resultará na rotulagem errônea de milhões de pessoas como portadores de um transtorno mental. Rotular alguém com um diagnóstico impreciso de transtorno mental muitas vezes resulta em um tratamento desnecessário com medicamentos que podem ter efeitos colaterais muito prejudiciais. Entrei na controvérsia do DSM-5 só porque eu tinha aprendido lições dolorosas trabalhando na elaboração dos três DSMs anteriores, vendo como eles podem ser mal utilizados, com graves consequências inesperadas. Parecia irresponsável ficar à margem e não apontar os riscos evidentes e substanciais colocados pela proposta do DSM-5. (FRANCES, 2012, n.p, tradução nossa¹⁹).

Neste artigo, Frances (2012) elabora doze questões à APA que escancaram as dubiedades centrais em relação ao DSM-V e conclui expressando que não é um homem perigoso por expor o descuido da edição, como vem sendo denunciado, pelo contrário, em sua opinião não realizar a crítica seria uma omissão. Relata também que tentou colocar seus posicionamentos de modo interno, mas não obteve sucesso e se viu obrigado a realizar uma denúncia direcionada à sociedade, para que ninguém fosse prejudicado com as imprudências propostas pela versão (FRANCES, 2012).

A respeito das críticas esboçadas por Frances e expostas num momento histórico (em 2012), Aguiar (2014) lembra que elas têm suas origens em um tempo não tão remoto, remontando assim à versão do DSM-III, que para alinhar a psiquiatria ao funcionamento do restante da medicina estendeu um braço ao discurso científico e outro ao discurso capitalista. Ao que disserta: “[...] foram quase bem-sucedidos na empreitada. Porém, não se deram conta de que o capitalismo tem íntima relação com o gozo e que, nessa aliança mortífera, seria a própria psiquiatria que se tornaria uma ‘espécie em extinção’.” (AGUIAR, 2014, p. 11).

Para analisar tais questões, Caponi (2014) propõe uma discussão a partir de Foucault, em que postula que o DSM por vezes pode ser tomado como um “dispositivo de segurança”. A discussão proposta pela autora diz respeito ao exercício de poder no campo da psiquiatria atual, afirmando que o diagnóstico do “risco de psicose”, por exemplo, poderia ser empregado como um “risco à segurança”. Assim sendo, o diagnóstico teria o intuito de evitar futuros danos, deixando explícito um mecanismo de controle, e a autora esclarece: “Estes mecanismos

¹⁹ My motivation for taking on this unpleasant task is simple-to prevent DSM-5 from promoting a general diagnostic inflation that will result in the mislabeling of millions of people as mentally disordered. Tagging someone with an inaccurate mental disorder diagnosis often results in unnecessary treatment with medications that can have very harmful side effects. I entered the DSM-5 controversy only because I had learned painful lessons working on the previous three DSM's, seeing how they can be misused with serious unintended consequences. It felt irresponsible to stay on the sidelines and not point out the obvious and substantial risks posed by the DSM-5 proposals. (FRANCES, 2012, n.p).

configuram um peculiar modo de exercer o governo sobre as populações, que exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida.” (CAPONI, 2014, p. 750).

Frances (2013) expressou que se viu chocado com o novo diagnóstico que se anunciava para a quinta versão do DSM, em que se encorajaria a detecção e previsão de psicose na infância. Ele afirma que tentou dissuadir seus colegas psiquiatras, mas não foi possível pois eles estavam certos de sua posição, ao que diz: “Causará um pesadelo desastroso com consequências não intencionais.” (FRANCES, 2013, p. 16). O diagnóstico acabou ficando de fora da edição, mas foram necessárias muitas argumentações para alcançar tal decisão. Caponi (2014) aclara que as críticas realizadas por Frances permitem refletir sobre o DSM-V como uma estratégia biopolítica, uma estratégia de gestão do governo e das populações, alertando que essa é uma tática já presente em outras versões do manual. E ela afirma:

Os mecanismos que permitem pensar o DSM como estratégia biopolítica são de três tipos. O primeiro é a existência inevitável de fronteiras difusas e pouco claras entre normalidade e patologia psiquiátrica. O que cria um território sem limites epistemológicos definidos, sem marcadores, nem testemunhas confiáveis. É justamente essa ambiguidade que permite a crescente multiplicação de diagnósticos psiquiátricos. (CAPONI, 2014, p. 751).

Sobre essa temática, Laurent (2014) explicita:

A zona DSM pretende “administrar” o campo da saúde mental de acordo com um sistema que propõe classificações sob forma de hipóteses, que incorporam o estado dos conhecimentos reconhecidos por consenso no momento em que os formula. De fato, o DSM é um instrumento de **gestão das populações** que não pode lavar as mãos no que se refere às consequências de seu autoritarismo classificatório, que avança mascarado de falsa ciência. Com as sucessivas revisões no manual e seus múltiplos projetos preparatórios submetidos à crítica pública, o que o sistema existente testa não tem nada a ver com o que se costuma chamar de hipóteses científicas. O sistema não cessa mais de testar e testar o efeito de **massificação segregativa** produzido em seu nome, a tolerância social em relação a esse efeito. (LAURENT, 2014, p. 173, grifos do autor).

E ainda, Roudinesco (2005) corrobora com a discussão afirmando que a adoção do DSM como única referência “científica” para a classificação das doenças mentais faz com que o Estado democrático fique submetido a um imperativo biológico e de segurança. Szasz (1997) fala sobre como a psiquiatria pode ser utilizada em prol de uma ideologia coercitiva, trazendos a compreensão de que o contratempo imposto pelas classificações reside na premissa fundamental de que existem na natureza condições mentais ou formas de comportamento normais. Em virtude dessa premissa, moral e cientificamente deve-se alojar as pessoas que não apresentam os comportamentos concordantes com categorias apropriadamente denominadas. Com o propósito de refletir a respeito da necessidade classificatória, o autor nos coloca que a ciência pode ser vista como a soma total do esforço humano para compreender a natureza, e desse modo obter uma medida de controle sobre ela. Em síntese, classifica-se para obter

controle sobre aquilo que foi classificado e por consequência obter poder. Expressando assim que aquilo está no centro do anseio do nosográfico psiquiátrico é o controle através das classificações e que, em certos casos, tal controle também serve para ofertar previsões.

Em relação à dimensão dos sujeitos considerados patológicos, Szasz (1997) expressa que do ponto de vista diagnóstico eles são considerados como incompreensíveis, portanto não passíveis de ser classificados. Desse modo passam a ser vistos como uma ameaça aos membros da sociedade, pois não se pode controlá-los, ao que o autor comunica:

Aí está porque os que escolhem esse caminho pela liberdade social pagar um bem caro por ele: embora tenha sucesso em libertar-se de suas celas, não permanece em liberdade por muito tempo. Só imediatamente recapturados, primeiro simbolicamente sendo classificados como doenças mentais; e depois então fisicamente, sendo trazidos ao psiquiatra para processamento de identidades psiquiátricas formais para detenção psiquiátrica. (SZASZ, 1997, p. 198).

E acrescenta:

Os grilhões removidos dos insanos por Pinel foram recolocados pelos grandes nosólogos psiquiátricos. Para ser exato, os novos grilhões adaptados aos modernos padrões higiênicos e humanitários não eram feitos de ferro, mas de palavras; seu propósito ostensivo não era de aprisionar, mas de curar. (SZASZ, 1997, p. 199).

Sendo assim, o autor corrobora com a tese expressa nos parágrafos anteriores em que se evidencia que o manual tem como função o controle social imposto pelo ato classificatório no exercício da psiquiatria moderna. Dessa forma, o diagnóstico de “risco de psicose” é perfeitamente válido para tal propósito. Ainda que tenha sido suprimido antes mesmo da publicação, ele permanece escamoteado sob o nome de outros diagnósticos e como uma ideologia imposta pelo método classificatório, que tem em seu propósito o controle, como já foi dito. Caponi (2014) conclui que o excesso de classificações e os rótulos inadequados de transtornos mentais não são aleatórios ou acidentais, tampouco são resultado de uma metodologia equivocada e, sim, referem-se a questões teóricas e políticas localizadas no centro da ambição classificatória.

Bezerra (2011) pontua que é preciso interpretar o DSM como um sinal dos deslocamentos conceituais no interior da psiquiatria, como um sintoma dos processos políticos, culturais e tecnológicos que estão em curso na sociedade. Outro questionamento crítico levantado pelo autor diz respeito às categorias diagnósticas, já que para ele estas não descrevem apenas os sintomas dos pacientes, mas os moldam e criam designações das experiências de sofrimento. Ao passo que as categorias criam designações de sofrimento, são capazes de alterar a maneira como o sujeito se pensa, o que acarreta inúmeras consequências e, ao invés de mitigar os sofrimentos, acrescentam novos modos de sofrer. Com o alastramento da prática diagnóstica

fomentada pelo DSM, e dada a ampla profusão com que os diagnósticos têm permeado a cultura, eles passam a ser de conhecimento público e a estar presentes no discurso, portanto, os diagnósticos passam a ser utilizados como ancoragens para estratégias de construções identitárias. Assim, a prática psiquiátrica pode tornar-se um dispositivo social de controle e domesticação da existência.

A respeito disso, Veras (2009) expõe: “A clínica psiquiátrica, cada vez mais, se dirige para a identificação de normas que permitam a quantificação e correção das condutas desviantes.” (VERAS, 2009, p. 64). E ainda: “A nova clínica psiquiátrica é uma clínica sem palavras, onde se busca eliminar a subjetividade para torná-la mais próxima das novas formas de avaliação quantitativa da ciência.” (VERAS, 2009, p. 65). Com o propósito de elucidar a supressão da subjetividade no campo da ciência, o autor resgata o termo lacaniano “foraclusão” empregado no seminário “As psicoses”. Nesse caso, trata-se da foraclusão do sujeito pelo discurso da ciência.

É notório que a foraclusão do sujeito pelo discurso da ciência acarreta a subtração de sua subjetividade, o que sem dúvida é uma perda inestimável para ele, que passa a estar à mercê dos discursos universais. Lacan (1998) em seu texto “A ciência e verdade” expõe: “Não há ciência do homem [...] Não há ciência do homem porque não existe, mas apenas seu sujeito.” (LACAN, 1965-1966/1998c, p. 873). E ainda afirma que o sujeito que operamos em psicanálise é o sujeito da ciência, pontuando que ao tratar do sujeito da ciência em psicanálise trata-se do sujeito da errância, visto que Lacan, que parte da concepção de Descartes, considera que por mais que exista a certeza do pensamento algo sempre escapa. Assim sendo, o universal do discurso da ciência operado através do DSM não pode dar conta do sujeito, uma vez que ao se tratar do sujeito da psicanálise há sempre algo que escapa.

Veras (2009) atenta que o sujeito se inscreve no laço social por um traço singular, contudo este não é levado em consideração quando se trata de uma avaliação quantitativa, pontuando que o ideal científico mensurável está em busca de uma normalidade cientificamente possível, ao que nos diz: “É a partir da clínica do caso único que afirmamos que ser normal é impossível.” (VERAS, 2009, p. 64).

Nesse mesmo seguimento, a respeito das consequências da foraclusão do sujeito em nome da ciência, Birman (2001) expressa:

Ora, no silenciamento do enfermo opera-se o esvaziamento de uma história, vale dizer, a enfermidade perde sua inscrição no registro da linguagem. Com efeito, nessa versão não existe qualquer saber sobre a enfermidade forjado pelo doente. Este se faz presente apenas no discurso científico da medicina, ou seja, apenas o discurso

científico é fonte legítima de saber. Dito de outro modo, a perda das dimensões da história e do tempo no ser da enfermidade tem como contrapartida necessária o silenciamento da linguagem do enfermo e o conseqüente apagamento neste de qualquer saber sobre aquela. Apenas o psiquiatra sabe o que se passa com o doente, que desconhece o que ocorre consigo mesmo. (BIRMAN, 2001, p. 24).

Concluindo as questões referentes ao excesso diagnóstico, Iannini e Teixeira (2014) colocam que, apesar da pobreza epistemológica apresentada nas versões do DSM, o manual não será classificado como um caso patológico de compulsão classificatória, dado que está alicerçado em uma estrutura social. Afirmam que a partir dessa estrutura o DSM sustenta-se em uma aliança tríplice: catálogos, pílulas e discurso. Sobre os catálogos, ponderam que eles constituem um instrumento provisório que dá forma ao DSM e sempre é possível modificá-lo de acordo com o poder ao qual serve. Às classes catalogadas, por sua vez, estão conectadas as pílulas, pois a cada classe catalogada se buscará conectar uma pílula terapêutica. Já a pílula está intimamente ligada a uma promessa de bem-estar mental e a sua forma-mercadoria, esta última estabelecida de acordo com a tática de marketing da indústria farmacêutica. Completando a tríplice aliança, por fim, o discurso: sua função é vestir a associação entre catálogos e pílulas com uma roupagem científica. Trata-se de um discurso técnico-científico, submetido à lógica do capital organizada a partir de uma crença que associa a demanda ao produto ofertado. No caso do manual, as doenças mentais seriam a demanda e os recursos terapêuticos o produto.

Mesmo com todas as críticas traçadas, os autores concluem que de certo modo não seria profícuo protestar contra o DSM, pois tais protestos acabam por nutri-lo e por manter sua permanência, uma vez que em sua compreensão o protesto transforma-se em uma variante de demanda em forma de queixa. Sendo assim, consideram que nada é mais cômodo ao DSM do que apaziguar aqueles que se queixam de seus excessos por meio de revisões periódicas. E concluem que do ponto de vista prático o DSM deve manter-se, não a despeito, mas graças aos ataques que sofre desde sempre. Compreende-se os pontos de extrema relevância trazidos aqui, reconhece-se que as críticas de alguma maneira podem fortalecer o DSM — que realiza suas ratificações seguindo revisões anuais e assim as críticas também se incorporam à lógica de mercado —, todavia, entende-se que não se pode deixar de realizá-las. Considera-se que é de suma importância uma perspectiva combativa em relação ao DSM, como acentua Pereira (2000): “Toda a tentativa de absolutização de um discurso visando dar conta de forma hegemônica do sofrimento humano é extremamente perigosa e deve despertar imediatamente a oposição e a crítica mais severas.” (PEREIRA, 2000, p. 13).

2.3 “Universalidade” do manual

Outra crítica bastante difundida em relação ao manual diz respeito à universalização do DSM e dos critérios frágeis de sua base epistemológica. Ramos (2011) explicita que é preciso abandonar a ideia de uma classificação total, que concentre em si todas as aplicações possíveis de uma taxonomia psiquiátrica, como afirma o autor: “[...] visto que toda classificação é uma ferramenta técnica datada historicamente em um determinado contexto de uso, a proposta de uma classificação multitarefa é totalmente inadequada [...]” (RAMOS, 2011, p. 226), apostando assim que o ideal seria diversas classificações, tanto para a pesquisa, quanto para a clínica. Supostamente haveria a necessidade de uma relação orgânica entre as múltiplas classificações, contudo não é necessário que seja uma única classificação. O autor alega ser urgente sobrepujar a concentração de poder presente no processo atual de elaboração das classificações psiquiátricas, já que no cenário atual elas têm sido controladas por uma única corporação de profissionais pertencentes a uma só nação.

Sauvagnat (2012) também questiona o fato de o manual ser produzido por um país específico — Estados Unidos — e ser transportado ao resto do globo de modo universal, trazendo como exemplo a classificação realizada pela Organização Mundial de Saúde em que categorizou os estados em termos de eficácia terapêutica em saúde mental. Os Estados Unidos ocupam o 36º lugar e vêm justo depois do Marrocos. Diante dos dados, os autores esclarecem que a eficácia em saúde mental não é uma cifra simples de ser medida, contudo, diante de tal posição — 36º — os Estados Unidos, em termos saúde mental, estariam posicionados entre países de terceiro mundo. Sendo assim, é questionável que tenham imposto um modelo universal. E afirmam:

Imaginemos que se exporte o sistema penal norte-americano. Ninguém suportaria. Eu diria que simplesmente se estabelece certo consenso em torno de certas categorias que se isolam. O DSM era simplesmente uma lista de categorias ligadas a um país para responder às necessidades desse país. (SAUVAGNAT, 2012, p. 21).

Ramos (2011) expõe que uma taxonomia psiquiátrica, considerando o número de atores interessados, deveria ser realizada em um ambiente democrático, com a participação de profissionais de saúde de diversas áreas do conhecimento: acadêmicos, juristas, gestores, planejadores da área, e usuários do sistema de saúde.

Consta em Lima (2011) que as versões do DSM realizam um uso totalitário das palavras, afirmando que a linguagem utilizada no manual é manipulada por aqueles que detém o poder

científico. Ao que o autor expõe que o direcionamento do DSM-III estava pautado no conceito de ateoricidade alçado por Robert Spitzer, em que se sustentava a eliminação de determinadas referências etiológicas para que o texto pudesse ser utilizado de modo abrangente por profissionais das mais diversas correntes teóricas. Ou seja, para atender a tal ideal, o uso das palavras e da linguagem ali presentes sofrem manipulações. O autor explana que o DSM-III expurgou de suas páginas aquilo que próprio editor reconhecia estar presente na sociedade, que eram as pluralidades de posições das quais se compunham o manual. Ao realizar uma escolha drasticamente descritiva, a consequência foi a imposição de certo modo de descrever os processos de adoecimento mental, que estariam hipoteticamente ligados ao modo mais verdadeiro, científico e objetivo. Por fim, o autor comenta o fato de a APA ter aberto em sua página na Internet um espaço em que aceitava comentários e sugestões para a elaboração do DSM-V: “O fato de a APA ter se preocupado em dar verniz democrático não atenua o flerte com o totalitarismo no terreno do uso das palavras.” (LIMA, 2011, p. 269).

3 O PANORAMA ATUAL DA PSIQUIATRIA NEUROLÓGICA

3.1 Panorama do cenário atual

Um ponto que também deve ser tomado de modo crítico concerne aos novos avanços do campo da psiquiatria contemporânea ligados aos investimentos nas áreas biomédicas, relacionando a psiquiatria aos campos da neurociência e do geneticismo. Nessa toada, Ramos (2011) expressa de modo contundente que é preciso romper com o “paradigma tecnológico” que pretende reduzir a psiquiatria a uma mera biomedicina do cérebro, dizendo:

A psiquiatria não é uma neurologia. E, nem, tampouco, uma medicina do cérebro. Embora, indiscutivelmente, os problemas de saúde mental tenham uma dimensão biológica, na sua natureza mais profunda eles envolvem dimensões sociais, culturais e psicológicas que vão muito além do cérebro. Não é possível se compreender essas dimensões entregando-se apenas a epistemologia da biomedicina. (RAMOS, 2011, p. 227).

Bezerra (2011) alude que tais mudanças paradigmáticas são resultantes do fortalecimento do predomínio biológico e comportamental em detrimento das concepções psicodinâmicas, psicossociais e humanistas. Afirmando que a mudança de paradigmas se encontra intimamente ligada à subordinação que a prática clínica sofre em relação aos ditames da indústria farmacêutica. Pouco antes da publicação do DSM-V, Insel (2013) anunciou que o seu renomado instituto *National Institute of Mental Health* (NIMH) abandonaria o uso da classificação proposta pela APA, afirmando que o DSM, considerado por muitos como “a Bíblia da psiquiatria”, deveria ser tomado apenas como um mero dicionário diagnóstico, e declarando que se trata de uma lista de sintomas sem sustentação científica. Em seus argumentos principais, afiançava que o DSM não possuía base científica sólida, além da escassez de referências de estudos laboratoriais capazes de validar os diagnósticos, postulando que se deve trabalhar em favor da busca de marcadores biológicos que justifiquem a pertinência de tais diagnósticos. Assim, o DSM não seria mais utilizado como o balizador referencial para as pesquisas produzidas em seu instituto sob a afirmação de que “os pacientes com transtorno mental merecem algo melhor” (INSEL, 2013).

Caponi (2014) comenta que a notícia, a princípio, foi recebida com entusiasmo e esperança, posto que a declaração parecia pôr fim à hegemonia classificatória do DSM, entretanto, em uma leitura mais minuciosa a autora indica que é preciso tomar a posição

defendida por Insel de modo cauteloso, afirmando que o novo paradigma proposto por Insel pode ser ainda mais radical que a própria reedição do DSM. A crítica de Insel não é nada inovadora, pelo contrário, trata-se de um retorno aos postulados que determinaram a psiquiatria biológica, em que os esforços estão voltados para a localização cerebral do sintoma ou para o seu equivalente neuroquímico. Portanto, o que se pode observar é a mais antiga tentativa de equivalência, ao que expressa:

Este futuro promissor que a psiquiatria ainda continua aguardando, a esperança ingênua na possibilidade de identificar nossos processos de subjetivação e nossos sofrimentos em alterações cerebrais específicas, detectáveis pela mediação de marcadores genéticos ou diagnósticos por imagem, é o argumento que se repete, mais uma vez, na crítica do diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH). (CAPONI, 2014, p. 746).

O campo atual da psiquiatria, como já exposto, é permeado por inúmeras disputas, porém estas nem sempre são de simples compreensão pois a cortina de fumaça da validação dos diagnósticos pouco tem a ver com ofertar um melhor tratamento ou escuta àqueles que apresentam sofrimento psíquico. O que está em jogo na cortina de fumaça são as disputas pela hegemonia do setor. A essa altura, a falência do modelo DSM é cada vez mais clara dentro e fora da psiquiatria, resta então saber o que fazer quanto a isso. Analisar tal cenário é uma tarefa bastante melindrosa, os boicotes internos realizados em relação ao manual recentemente, se por um lado são bem-vindos, por outro é exigem muita cautela pois engendram um futuro ainda mais alarmante.

Nesse sentido, o texto “O fim de uma época”, publicado por Laurent (2013) no boletim da Escola Brasileira de Psicanálise, é bastante esclarecedor. O autor comenta a publicação de Insel (2013) e esclarece que do ponto de vista deste, como já explicitado, poucas serão as alterações realizadas entre o DSM-IV e o DSM-V, ratificando que o dicionário das psicopatologias conservará sua pujança no que se refere à confiabilidade que foi ganhando ao longo das edições, ao mesmo passo que conservará sua fraqueza: a ausência de uma validação científica. É a tecla em que Insel (2013) bate diversas vezes para legitimar seus argumentos: é preciso um real mensurável para as doenças mentais.

Nesse pressuposto se amparou o aporte que sua instituição *National Institute of Mental Health* (NIMH), lançou há dois anos, apostando em um projeto que finalmente transformasse a questão diagnóstica na psiquiatria. Tal projeto trata-se do *Research Domain Criteria* (RDoC)²⁰.

²⁰ *Research Domain Criteria* (RDoC) trata-se de um projeto de pesquisa de longa escala organizado pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH) e que tem como intuito estabelecer bases neurológicas para as classificações psiquiátricas, partindo dos seguintes princípios: 1) construção de diagnósticos baseados na biologia e não na sintomatologia; 2) suposição de que os transtornos mentais são transtornos biológicos que envolvem circuitos

O que se apresenta de distinto em relação ao DSM refere-se a isolar, através da ciência, os sinais objetivos do campo da psicopatologia: neuroimagem; marcadores genéticos; alteração das funções cognitivas e de seus circuitos objetiváveis, nos três domínios essenciais, a saber, cognição, emoção e condutas. A divergência proposta pelo NIMH é responsável por um braço de ferro com a APA. Os idealizadores do projeto RDoC julgam estar lançando uma perspectiva totalmente distinta, que ultrapassa as frágeis categorias do DSM. Por essa razão o NIMH passa a não mais orientar suas pesquisas baseadas nele, e seu aporte financeiro para pesquisa não será mais dirigido ao manual (LAURENT, 2013).

Laurent (2013) traz alguns comentários a respeito do impacto produzido pela publicação de Insel: o blog *Science 2.0* aponta a posição do NIMH como um golpe mortal para o DSM-V; o blog *Psychcentral* por sua vez trouxe a opinião de Bruce Cuthbert, diretor da divisão de pesquisa em adultos do projeto RDoC, em que ele afirma que um período se encerra e que toda modificação em pesquisa demanda um período de transição, posto que a maior parte dos pesquisadores clínicos cresceram com o DSM e será preciso certo tempo para passar das categorias do DSM para as do RDoC, entretanto deixa claro que o DSM é passado e o RDoC é o futuro.

Nesse sentido, Laurent (2013) esclarece que tal querela já é antiga partindo do pensamento de Steven E. Hyman — antigo diretor do NIMH, de 1996 a 2001, e atualmente diretor do *Stanley Center for Psychiatric Research* no *Broad Institute of MIT e Harvard*. Há bastante tempo Steven defende de modo incansável que se deve renunciar às classificações propostas pelo DSM e pela CID, deve-se ir em favor de aportes recentes que sustentem a bioimagem, a genética e as neurociências, sendo assim o princípio regedor seria ter em conta mais ciência e menos consideração pelos sintomas.

Ainda, Laurent (2013) atenta para o fato de que o último congresso, realizado em maio de 2012 e que antecedeu o DSM-V, havia sido o lugar de discussão e negociação para os últimos ajustes da edição. Eis que então, duas semanas antes da publicação desta, quando já seria tarde demais para reajustes, Insel realiza a sua bombástica publicação, o que Laurent (2013) julga estratégico: “Tudo se passa como se Thomas Insel tivesse esperado o momento em que a maquinaria DSM estivesse prestes a ser lançada, sem possibilidade de retorno, para aí então

cerebrais (ao que poderíamos responder que todos os nossos atos, pensamentos, movimentos, sonhos etc. também envolvem circuitos cerebrais); e 3) expectativa de que o mapeamento dos aspectos cognitivos dos circuitos cerebrais e dos aspectos genéticos das desordens mentais pode vir a produzir novos e melhores alvos para os tratamentos. (CAPONI, 2014, p. 747).

fazer seu anúncio” (LAURENT, 2013, p. 2). Por fim, o autor nos traz uma hipótese incômoda para a publicação tardia de Insel:

O cronista psiquiátrico da *Scientific American*, John Horgan, acrescenta uma hipótese tão terrível quanto esta. O anúncio de Thomas Insel é feito após o anúncio do grande projeto da administração Obama sobre a *Brain Initiative*, anunciando a abertura de uma linha de financiamento de 100 milhões de dólares consagrados à coordenação de projetos de pesquisa em neurociências dos mais diversos. “Eu desconfio que ele espera se aliar às neurociências, que parecem atualmente ter muito mais crédito político que a psiquiatria”, escreve ele. Em suma, é o fim do poder da APA. (LAURENT, 2013, p. 2).

As informações de bastidores aclaradas neste subitem são de suma importância para o prosseguimento da pesquisa, pois do mesmo modo que o DSM-III (1980) foi responsável por uma virada significativa no campo da psiquiatria moderna, este momento pós-DSM-V também o é. O investimento massivo em tecnologias da imagem não será sem custos. Iannini e Teixeira (2014) afirmam que o projeto alternativo lançado por Thomas Insel (RDoC) não traria nenhuma novidade, apenas ratificaria a intenção de biologizar a realidade mental, assumindo o psíquico como uma neurobiologia, e ainda que seria mais do mesmo com outra roupagem, consolidando-se num terreno em que a racionalidade técnico-científica detém a última palavra sobre a natureza humana:

Se ao menos tratasse de um novo esforço de pensar o mental para além dos enquadres disciplinares usuais. Que nada! Há mais ruído do que novidade nessa posição. A composição ateórica do DSM é bem conhecida há mais de 30 anos, e Thomas Insel não seria certamente o último a saber disso. A única coisa certa é que, malgrado todo protesto não há outro sistema de classificação no horizonte. (IANNINI; TEIXEIRA, 2014, p. 7).

Trataria-se do mesmo esquema, alicerçado sob as mesmas bases, contudo o que de fato importa é que a nova classe constituída não se apresente simplesmente como efeito de nomeação, posto que o equívoco do DSM seria:

[...] deixar ver o mecanismo subjacente à mágica, revelando a impostura que o sustenta. Trata-se, agora, de organizar a convicção de que seria possível estabelecer uma classificação da realidade mental que não se reduza a uma nomeação, partindo de dados pretensamente científicos, conforme a ideia que a doxa faz do que seja a ciência em um determinado momento. (IANNINI; TEIXEIRA, 2014, p. 8).

Também em tom crítico, Caponi (2014) expressa diante do novo projeto de Insel:

[...] a questão está em saber o que se entende por “algo melhor”. Será que finalmente se pedirá à psiquiatria que reconheça a urgente necessidade de substituir as fichas de diagnóstico e a contagem de sintomas pela história de vida dos sujeitos que padecem de sofrimentos psíquicos? Será que se trata de substituir uma arbitrária e convencional estratégia de agrupamentos de comportamentos (considerados como sintomas) pela escuta atenta à narrativa dos pacientes, a fim de auxiliar no complexo processo de construção de sua subjetividade? Certamente que não. O que para Insel significa “algo melhor” não é mais do que um retorno aos sonhos frustrados do século XIX, quando a psiquiatria surgiu como um espaço de saber que toma emprestado do saber médico sua dignidade e prestígio. Inicia-se então o processo, sempre inacabado e frustrado,

de aproximar-se e identificar-se com os procedimentos e modelos utilizados pela medicina clínica geral. (CAPONI, 2014, p 746).

A mudança de paradigmas imposta pelo RDoC leva a psiquiatria ao caminho das imagens, da comprovação dos sintomas por equivalentes cerebrais. Em resumo, a concepção atual da psiquiatria parece ter voltado no tempo na tentativa de um futuro e segue buscando o impossível: o completo mapeamento do cérebro e seus equivalentes psíquicos comprováveis através das imagens. Assim como nos coloca Lacan (1996/2001):

Durante todo período da história que conhecemos e podemos qualificar como tal, essa função e esse personagem do médico mantiveram-se em grande constância, até uma época recente. É preciso, porém, observar que a prática da medicina nunca ocorreu sem ser grandemente acompanhada por doutrinas. Que durante um tempo bastante curto, no século XIX, as doutrinas tenham se proclamado científicas não as tornou, no entanto, mais científicas. Quero dizer que as doutrinas científicas invocadas na medicina eram sempre, até uma época recente, retomadas de uma ou outra aquisição da ciência, com atraso de vinte anos ou mais. (LACAN, 1996/2001, n.p).

O “algo melhor”, portanto, é a aposta maciça na neurociência psiquiátrica. Este paradigma tem-se apresentado na contemporaneidade como o discurso da psiquiatria moderna e os debates impostos a ela giram em torno de investidas na compreensão dos sintomas através da medicina neurológica e da genética. Dentro desse contexto as explicações têm sido praticamente hegemônicas e incontestáveis. Mesmo que, dentro do cenário das doenças mentais, tal validação científica ainda não seja precisa como se pretende, segue sendo o horizonte almejado. Desde a terceira versão do DSM, nota-se o empuxo em direção à neurociência, de modo que a eliminação da psicanálise do manual é um exemplo do resultado desse processo. Apesar desse entendimento ter ficado “adormecido” por certo tempo, ele nunca foi abandonado de fato e é uma vertente que segue na atualidade mais forte do que nunca, assim como nos expõe Laurent (2013):

Na falta de discussões — consideradas como **teóricas** para um manual que se diz **ateórico** — sobre o que é uma doença mental e o que não é, os debates se restringiram à quantidade de itens a ser controlados. A deriva atual dos responsáveis, que pensam ter equacionado a psiquiatria na neurologia e que imaginam medir a intensidade do transtorno mental como uma **medida de pressão arterial e de colesterol**, estava em germe no projeto inicial. [...] é o mecanismo mesmo de desmantelamento dos grandes quadros da psicopatologia e sua redução a itens simples, empíricos, claramente observáveis e sem equívocos, que são, em si, inflacionistas. O transtorno, servindo-se de seu empirismo como insígnia para poder dispensar qualquer hipótese teórica, relevando apenas o fundamento biológico a ser descoberto algum dia, tornou-se a **moeda epidemiológica comum, sem governança**. (LAURENT, 2013, p. 2-3, grifos do autor).

A partir da citação, Laurent (2013) denuncia de modo contundente a vertente biológica presente desde o fundamento do DSM, revelando que o desmantelamento da psicopatologia se tratava de um projeto que levaria a um reducionismo através de dados empíricos, com efeito restringindo a psicopatologia apenas àquilo que possa ser observável. O fundamento biológico

a ser desvelado algum dia é o que culmina no destino de uma psiquiatria neurológica e, por fim, pontua que aquilo que está por vir, apresenta-se como uma ruptura com toda a clínica do sujeito.

3.2 Crítica à psiquiatria neurológica

Bassols (2015) destaca que atualmente assistimos a uma expansão generalizada dos efeitos da ciência sobre o humano, afirmando que esse propósito pode ser demonstrado a partir de dois campos que fundamentam ideologias reducionistas: o campo da genética e o da neurociência. Desse modo, o que se observa nos dias de hoje é um cientificismo, isto é, uma ideologia transmitida que tem como intuito comprovar que o humano seria explicável por um mecanismo físico genético ou neurológico, em outras palavras, uma ideologia que opera a partir de um reducionismo mecanicista.

O autor ainda profere que a neurociência possui dificuldade em sustentar-se por si mesma como uma ciência fora do campo da biologia ou da física, do mesmo modo que apresenta dificuldade em afirmar-se como uma ciência em relação ao seu próprio objeto de pesquisa, o sujeito. Contribuindo para a discussão nos expõe as ponderações de Miller, em que destaca que o termo “neuro” na atualidade foi convertido a um significante mestre, isto é, um significante capaz de explicar quase tudo. À vista disso o termo equivaleria a uma garantia da ciência, de uma falsa ciência, proferida, porém, como um produto verdade que intui um saber seguro (BASSOLS, 2015). Nessa mesma prerrogativa, Barreto (2014) expressa:

A psiquiatria biológica, fincada num terreno movediço sem ter propriamente bases científicas adota, não obstante, um discurso científico e posições científicas. Há, assim, a presunção de um neurorreal (termo de Miller) onde estaria a causa de todos os sintomas, de acordo com leis bem determinadas que caberia à ciência desvendá-las, o que se insere na perspectiva segundo a qual há saber no real. O que é diferente do real da psicanálise, que não obedece ao princípio da causalidade, que é um real sem lei e sem saber. (BARRETO, 2014, p. 5).

Posto isso, através dos parâmetros da ciência atual pretende-se uma redução da função subjetiva a um dado biológico observável e comprovável. No entanto, algo do sujeito e de sua linguagem irreversivelmente escapa, tal e qual a psicanálise postula: “reduzir a função subjetiva a esses parâmetros seria apagar do mapa o sujeito da sua experiência, o sujeito do inconsciente” (BASSOLS, 2015, p. 12).

Em vista dessa conjuntura e da crescente corrente da psiquiatria neurológica, não se pode deixar de refletir o cenário que Freud superou no século XIX. Com uma diferença de

décadas, observa-se uma retomada dos mesmos princípios que o guiavam no início de sua carreira, em que almejava a comprovação das manifestações sintomáticas por uma base neurológica. Freud, como neurologista, alçou uma das primeiras teorias neurológicas a partir das postulações de seu texto “O projeto para uma psicologia científica” (1895/1950/1977), em que tinha como propósito esclarecer a compreensão de que a linguagem e as representações estariam escritas nas redes neuronais, sendo assim a ideia sustentada era de que seria possível vincular a experiência traumática a um neurônio. Essa representação, por conseguinte, vincularia-se a outro neurônio e assim por diante, de modo que haveria uma combinatória neuronal em que se produziram determinados sintomas.

Apesar de Freud ter buscado consolidar uma teoria neurológica do psiquismo, não tardou a abandonar tais pressupostos, compreendendo a impossibilidade e a inviabilidade de tal reducionismo. Essa mudança paradigmática parte de sua experiência clínica, nesse sentido os relatos presentes no “Estudos sobre a histeria” (1893-1895) (escrito concomitantemente ao supracitado texto do “Projeto”) são de suma importância, pois expressam que a partir da clínica e do encontro com as histéricas Freud pode abandonar suas interpretações reducionistas. No contrafluxo de tais interpretações, ele postula o sujeito do inconsciente e a psicanálise, ao que Darriba *et al.* (2009) expressam:

Efetivamente, o texto de Freud é pontuado de referências a obstáculos que ele verificava se imporem ao método. Entendemos, no entanto, que, mais do que a consideração de tais obstáculos, o que coloca Freud na trilha de uma ruptura clínica e teórica é sua resposta não ter sido pautada pelo aprimoramento do método (para que o objeto ceda), e sim pelo ceder ao objeto. Ou seja, afirmamos que a resposta de Freud, nesse momento crucial, não é técnica, mas ética. A passagem do método catártico à psicanálise, da posição de médico à de analista, não é uma necessidade técnica, mas uma decisão ética. Decisão ética pela qual algo da ordem do desejo em Freud mudou o universo da clínica para nós. O desejo em Freud fundou uma ética. (DARRIBA *et al.*, 2009, n.p).

Pode-se afirmar que a psicanálise pretendida por Freud é sustentada por uma posição ética em que não se baseia em um enquadre específico ou em uma estigmatização das histéricas, tampouco em um referencial epistemológico preconcebido. Para além das compreensões até então vigentes, ele postula que o corpo não seria apenas um conjunto de órgãos e sistemas interligados, regidos pela anatomia, o corpo seria o local em que os conflitos psíquicos se apresentam. Portanto, Freud alçou a teoria da psicanálise a partir do encontro com o sujeito, e da compreensão de que este possui um saber sobre seu próprio sintoma. Em sua posição ética Freud supõe além do biológico, apostando que haveria ali um sujeito capaz de se expressar por palavras. Assim, o desejo de Freud funda uma ética, a ética psicanalítica do sujeito do

inconsciente, isto é, o sujeito de desejo. Ainda nesse segmento, diante da impossibilidade reducionista, encontramos esta passagem:

Se alguém conseguisse isolar a hipotética substância (ou substâncias) envolvida nas neuroses, não precisaria temer qualquer objeção por parte dos médicos. Mas atualmente não há caminho que conduza a isso. O que podemos fazer é a partir do quadro sintomático da neurose, que no caso da histeria, por exemplo, compõe-se de distúrbios físicos e psíquicos. [...] A psicanálise recorreu a esse novo conhecimento e se pôs a questão de qual seria a natureza daqueles processos psíquicos, de consequências tão inusitadas. Mas tal orientação de pesquisa não correspondia aos interesses daquela geração de médicos. Eles haviam sido educados na apreciação exclusiva de fatores anatômicos, físicos e químicos. Não estavam preparados para levar em conta o âmbito psíquico, de modo que os viram com indiferença e aversão. Evidentemente duvidavam que coisas psíquicas permitissem uma abordagem científica exata. (FREUD, 1925/2012, p. 256).

No fragmento acima, lembrando-nos de observar o contexto da época, nota-se certa atemporalidade. Não fosse um texto datado, poderia-se dizer se tratar de um texto dos dias de hoje. Apesar do passar dos anos, sobretudo quando se trata dessas manifestações sintomáticas que compõem distúrbios físicos e psíquicos, não houve nenhum avanço e o horizonte almejado segue sendo o mesmo: decifrar sua causa neurológica e interessar-se apenas pelo que se possa comprovar e observar do ponto de vista anatômico, físico e químico. Embora tenha havido determinado momento em que a psicanálise postulada por Freud foi tomada de outro modo, logo o paradigma foi abandonado, pois, como explicitou Laurent (2013), desde seu fundamento o DSM é marcado por uma perspectiva reducionista.

Lacan (1966/2001) já havia nos explicitado que a prática da medicina sempre está atrelada a doutrinas científicas, no entanto, isso não significa que tais doutrinas tenham tornado a medicina mais científica. O que se observa na atualidade é a busca pelo mapeamento cerebral em relação à doença mental, e isso nos leva a um atraso de vinte anos ou mais, visto que a busca incansável da psiquiatria pelo equivalente neuroquímico ainda não obteve o sucesso desejado mesmo com todo o investimento de capital à disposição.

O cenário testemunhado no contexto atual da psiquiatria pode ser resumido em três pontos centrais: catálogos, pílulas e imagens. O que nos precipita a conclusão de que o que se passa nesse campo, desde 1980, seria algo que nomearemos como “retrocesso disfarçado de avanço”, como corrobora Miller (1997):

Não há mais esta confiança de que, por si mesma, a ciência trabalha pelo bem da humanidade. Não estamos em nada seguros de que o verdadeiro, na ciência, conflui para o “bem”. A opinião comum parece ser o progresso, o interesse pela verdade — tudo isso é tão valoroso: amar a verdade, querer buscar os segredos da natureza — são, por isso, valores importantes da nossa cultura. Há mais que simples suspeita de que a busca da verdade por esse caminho trabalha para a destruição, para o “mal”. Embora para as massas do mundo trabalhar assim pareça levar ao “bem”, na realidade leva ao “mal”. (MILLER, 1997, p. 332).

Ou seja, a ciência contemporânea conflui para um avanço que propõe o “bem” como sua meta, mas na verdade nos conduz a outros caminhos e o mesmo discurso disfarçado de progresso segue presente. Com o avanço das edições do manual, assim como com os avanços em pesquisas, pílulas, e com investimentos no “*brain mapping*”, visa-se o progresso e a possível mitigação do sofrimento psíquico, entretanto, o que estamos testemunhando trata-se de um retrocesso em que novamente o sujeito está sendo considerado como alheio em seu processo de adoecer e, como consequência, seu corpo está sendo esquadrinhado e mapeado milimetricamente pelos aparatos da ciência. Com efeito, sujeitos sem histórias ou mesmo qualquer saber e autonomia em relação ao próprio sofrimento, silenciados por um discurso científico. Como conclusão, o cenário já superado por Freud e todas as conquistas que advém dele aparecem como renegados, e o que se propõe como direção é o suposto “avanço” que já havia sido superado.

Nesse contexto, é como se o sujeito ficasse fora da cena, aquilo que valeria para a ciência seria apenas o corpo fisiológico que o carrega. Paradoxalmente, no caso do ambulatório SOMA é justamente esse “corpo que o carrega” que vem denunciar a urgência do retorno à clínica: suas queixas fisiológicas sem justificativa orgânica, genética ou neurológica não encontram lugar para endereçar-se. Não há uma medicação específica, tampouco uma medicação que seja capaz de mitigar suas queixas. Essas manifestações que têm como sede o corpo, ao mesmo passo que escapam ao saber médico precipitam que há um sujeito em causa. É necessária então uma clínica para escutar além desse corpo, e é esse o ensinamento que o transtorno somatoforme — o fenômeno psicossomático — proporciona à psiquiatria contemporânea: não se pode deixar de fora o sujeito em sua experiência no adoecer, bem como seu corpo deve ser tomado para além dos aparatos de mensuração da ciência.

Nessa direção, as postulações de Lacan (1966/2001) são esclarecedoras. Em sua Conferência “O lugar da psicanálise na medicina” ele nos expõe que apesar dos progressos científicos buscarem incessantemente obter uma extensão o mais eficaz possível dos procedimentos e intervenções em relação ao corpo humano, ainda assim encontram-se diante de um problema insolúvel: mensurar esse corpo. O efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo produziria uma falha, a que nomeia de “falha epistemo-somática”: “Permitam-me rotular de preferência como falha epistemo-somática, o efeito que vai ter o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo.” (LACAN, 1966/2001, n.p).

Portanto, há algo na dimensão do corpo que é excluído da relação epistemo-somática, há algo que se encontra velado, mesclado e embaralhado, ao que Lacan (1966/2001) expressa:

Este corpo não é simplesmente caracterizado pela dimensão da extensão. Um corpo é feito para gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei de relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer. (LACAN, 1966/2001, n.p)

Essa visão epistemo-somática da qual nos fala Lacan é precisamente onde reside o equívoco da medicina moderna. Ao tomar o corpo como objeto de estudo, a medicina parte de uma visão positivista que, pela mesma razão, exclui as dimensões do corpo erógeno e do gozo. A partir de procedimentos médicos como fotografar, radiografar, esquadrihar, entre outros, cria-se uma ilusória compreensão de que seria possível capturar esse corpo do gozo, que, em verdade, por sua definição lacanianiana, não é passível de ser mensurado por tais vias. Há uma nítida dificuldade da ciência em reconhecer o caráter subjetivo de determinadas manifestações que acometem o corpo, bem como seus próprios limites. Ao que se conclui que quanto mais a ciência progredir com seus recursos médicos, tecnológicos e com psicofármacos, mais evidente e exposta estará a falha epistemo-somática.

Destarte, a psicanálise possui concepção distinta e crítica ao horizonte imposto, ao que Lacan (1966/2001) pondera:

[...] aquele que a convoca, o Colégio de medicina — é precisamente a possibilidade de abordar um tema que nunca tratei em meu ensino, o do lugar da psicanálise na medicina. Este lugar atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extraterritorial. [...] Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise — ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquelas dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. (LACAN, 1966/2001, n.p).

À vista disso, a psicanálise estaria em um lugar marginal em decorrência da posição pela qual é tomada dentro do discurso da medicina. Assim como fomos observando com a retirada da psicanálise do manual, isso constitui a oposição à psicanálise em virtude de uma psiquiátrica neurológica. Moretto (2002) nos esclarece que quando Lacan situa o psicanalista a partir deste lugar de extraterritorialidade, estaria explicitando que quando falamos em medicina e psicanálise não estamos tratando da mesma coisa, portanto, há uma antinomia entre psicanálise e medicina. Elas são como suas assíntotas, duas linhas que caminham paralelas, que tendem para o infinito, mas que nunca se cruzam. A medicina faz parte do discurso do mestre, o que seria, portanto, uma oposição à psicanálise na medida em que Lacan (1969-1970) aborda o discurso do mestre como sendo a psicanálise ao avesso, e é enquanto avesso da medicina que a psicanálise se constitui.

Sendo assim, de modo distinto, a psicanálise desde Freud até Lacan não busca eliminar o sintoma, e sim parte de um “saber fazer” junto a ele, sendo esta uma diferença clínica estrutural. Para tanto a psicanálise expõe como possibilidades a fala e a escuta, e parte do entendimento de que há no adoecer algo que escapa e extrapola os limites do organismo. O corpo tomado pela psicanálise vai muito além do orgânico, é um corpo erógeno e libidinizado, e não alcançável pelo discurso cientificista. Nessa toada, revogamos os imperativos da atual psiquiatria, pois há algo na linguagem que resiste a ser localizado como uma função orgânica por possuir um suporte distinto do biológico. O suporte da palavra e da linguagem introduz um novo real, mas que não se trata do real neurológico, muito menos do real genético, ao que Bassols (2015) afirma:

[...] parte da ciência atual que crê — e digo crê, porque penso que se trata de uma crença e não de uma demonstração — que há um saber já escrito no real, no real genético e no real neuronal. Há algo que já está escrito. Quem escreveu isso é outro grande problema que se coloca com frequência. Mas o real da ciência é então um real que já tem algo escrito. (BASSOLS, 2015, p. 22).

Todavia, a psicanálise lacaniana parte de outra compreensão acerca do real, assim como pontua Bassols (2015):

O real da linguagem, o real da palavra, o real da letra lacaniana, o real do sintoma, o real aninhado no sintoma não é um real que já tenha algo escrito como o real da ciência neuronal ou genético. É antes um real que Lacan definiu de uma maneira aparentemente paradoxal, mas muito interessante: ele definiu este real, dizendo que ele não cessa de não se escrever, o que é muito diferente. É um real que não só não está escrito, como também que não cessa de não se escrever. (BASSOLS, 2015, p. 23).

O real na psicanálise é o que resiste, portanto não obedece ao princípio de causalidade, nem está escrito como pretendido pelo real da ciência, do neuronal. O real da psicanálise, é um real sem lei e sem saber, que não cabe em um discurso universal, qualquer que seja. Por fim, é o que não cessa de não se escrever. No próximo capítulo abordaremos, a partir da perspectiva psicanalítica, o fenômeno psicossomático — uma possível leitura do transtorno somatoforme pela psicanálise. Diante do exposto teórico pretende-se elucidar que, de fato, o real da ciência e o real psicanalítico não são da mesma ordem.

4 CONSIDERAÇÕES DA PSICANÁLISE SOBRE A PSICOSSOMÁTICA

Até o momento exploramos como se estabelece o diagnóstico do transtorno somatoforme (F45) no corrente manual utilizado pela psiquiatria (DSM). Foi possível observar que mesmo que o manual erradique de suas edições, por razões políticas e de interesses do capital, qualquer relação com a origem psicanalítica, ela ainda segue presente, posto que a manifestação do fenômeno psicossomático ainda se apresenta nos sujeitos do mesmo modo. Isso posto, este capítulo propõe uma breve compreensão do fenômeno psicossomático para a psicanálise, partindo de Freud e chegando a Lacan. Tendo em vista que a exploração minuciosa do tema seria todo um novo esforço de pesquisa, optou-se no presente capítulo por delinear uma introdução ao tema para que o leitor possa se familiarizar com as compreensões teóricas desenvolvidas sob o prisma da teoria psicanalítica, uma vez que o objetivo específico da pesquisa se trata de pontuar o “furo” imposto pelo transtorno somatoforme à lógica encaixotante do manual.

4.1 Considerações sobre a psicossomática em Freud

Ora, é possível afirmar que Freud postula a teoria da psicanálise em virtude de seu encontro com a histeria, em Bassols (2015) encontramos expressa a ideia de que Freud teve a coragem de se deixar ensinar, especialmente por mulheres histéricas que lhe explicavam que seus sofrimentos não poderiam ser reduzidos ao orgânico, ou seja, Freud desenvolve a teoria psicanalítica a partir de seu encontro com a histeria. Dessa maneira, as manifestações corporais até então incompreendidas ganham outro status, isto é, o corpo não pode mais ser apenas compreendido pelo viés da anatomia.

Em seu texto “Fragmentos da análise de um caso de histeria”, Freud (1901-1905/1996) aponta que o sintoma corporal apresentado pela histérica era fruto de seu próprio conflito inconsciente de origem sexual. Sobre isso, Morais (2010) atenta que quando nos referimos ao corpo, em psicanálise, não se trata do corpo orgânico equivalente ao objeto de estudo do campo da medicina, para a psicanálise se trata de um corpo erógeno atravessado por pulsões. Sendo assim, a partir das concepções freudianas o corpo, a despeito de se constituir a partir do corpo

orgânico e de suas necessidades, ganha outro status, o de corpo erógeno atravessado por pulsões, marcado pelo desejo e assim passível de ser representado. Nessa marcha, rompendo com o saber médico e indo além da biologia, o corpo é postulado como sexualizado, portanto, não obedece às leis da anatomia.

Em 1914 Freud aborda o narcisismo ampliando a concepção de corpo erógeno para além das zonas erógenas sexuais, estendendo tal compreensão também aos órgãos internos do corpo, pontuando que estes igualmente poderiam servir como objeto de obtenção de prazer sexual. Nessa ocasião Freud introduz a compreensão da pulsão como um “conceito-limite entre o psíquico e o somático” (FREUD, 1914/2004, p. 148).

Torna-se relevante a realização de uma breve introdução a respeito do lugar que o corpo ocupa na psicanálise pois, quando se aborda o fenômeno psicossomático, é preciso que esteja claro que a compreensão a respeito do corpo se trata de algo totalmente distinto do postulado pela medicina, ou seja, não se trata de modo algum apenas da anatomia do corpo biológico.

A respeito da expressão “psicossomática”, Morais (2010) pontua que é datada de 1818 pelo psiquiatra alemão Johann Christian Heinroth e em que se destaca a influência das paixões e dos aspectos físicos e anímicos no adoecer. Mello (2009) ratifica que Freud nunca utilizou o termo “psicossomática”, este foi incorporado na linguagem a partir do discurso médico. Contudo, mesmo não abordando a temática de modo explícito, Freud deixa importantes chaves de leitura teóricas para a compreensão do tema *a posteriori*.

Começaremos com as compreensões postuladas por Freud a respeito das neuroses atuais, sobretudo as neuroses de angústia. Costa (2019) enfatiza que a noção freudiana de neurose de angústia passa a ser amplamente utilizada na contemporaneidade para dar conta das chamadas patologias psicossomáticas, partindo da ideia de que na neurose de angústia não há uma ligação entre o psíquico e o somático. Ainda nesse sentido, de acordo com Ribeiro (2009), a descrição nosográfica de Freud sobre a neurose de angústia seguiu presente no DSM até 1980.²¹

Destarte, seguimos para compreender a psicossomática a partir das postulações freudianas a respeito das neuroses atuais. Morais (2010) salienta que a primeira vez em que Freud utilizou o termo “neuroses atuais” foi em seu artigo intitulado “A sexualidade na etiologia

²¹ Em relação ao manual, vale uma ressalva: até 1980 o transtorno somatoforme (TS), que tinha sua etiologia ligada à psicanálise, traz como conceitos freudianos a conversão histérica e a hipocondria. Sendo assim, apesar de o manual se utilizar da hipocondria, as compreensões a respeito das neuroses atuais para entender a etiologia do TS ficam de fora. É possível localizar referências às neuroses atuais no diagnóstico de síndrome do pânico.

das neuroses”, publicado em 1898, no entanto já é possível encontrar tais fragmentos em textos datados de 1893 a 1898, em que Freud busca distinguir a neurose em dois grupos: neuroses atuais e psiconeuroses. Ribeiro (2009) aponta que no “Rascunho A” [s.d.] enviado a Fliess pode-se rastrear o termo “neurose de angústia”, assim como no “Rascunho B” [s.d.] também endereçado a Fliess em 1893.

Huguenin e Brito (2020) esclarecem que a fundamental distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses se estabelece por meio de sua etiologia, sendo assim, as neuroses atuais eram compreendidas como uma consequência de uma interferência química, isto é, um impedimento da satisfação sexual. Por outro lado, as psiconeuroses eram compreendidas como consequência de uma intermediação psíquica referente a fixações e desvios da libido na infância, e como critério central o recalque comporia o campo das psiconeuroses. Fazem parte do grupo das psiconeuroses, ou como Freud também denomina “neuroses de transferência”, a histeria de conversão, as histerias de angústia (fobias) e a neurose obsessiva. Já dentro do quadro das neuroses atuais encontram-se a neurastenia, neurose de angústia e hipocondria.

As psiconeuroses estão relacionadas ao mecanismo de recalque e atravessadas por uma temporalidade *a posteriori*, já a neurose atual fala de uma apresentação que pode ser vinculada ao tempo presente. Morais (2010) destaca que a denominação “neuroses atuais” não é mero acaso, trata-se da atualidade dos sintomas presentes nessa manifestação específica da neurose. Seriam, portanto, as consequências diretas das perturbações de origem sexual da atualidade do sujeito, enquanto, em contraste, nas psiconeuroses, trata-se da historicidade ligada à origem dos sintomas e estes estariam referidos a uma ligação com as fantasias sexuais da época do passado e da remota infância. Com efeito, esses sintomas são uma atualização de conflitos sexuais infantis rechaçados e recalcados pela consciência do indivíduo, e que aparecem *a posteriori* reorganizados como sintoma.

Tais lembranças recalçadas, por sua vez, retornam através dos mecanismos de condensação e deslocamento, isto é, quando os conteúdos representativos se encontram condensados em um sintoma e quando deslocam-se até remontar às representações recalçadas. A partir desses mecanismos torna-se possível decifrar e interpretar os sintomas manifestados. Entretanto, nas neuroses atuais, os sintomas não podem ser significados posto que, devido à ausência do recalque, não remetem ao inconsciente do indivíduo, logo, ocorre uma invasão da angústia decorrente de uma excitação sexual que não encontra caminho simbólico e gera uma descarga somática.

Nas psiconeuroses determinados afetos apresentam uma incompatibilidade em relação à vida psíquica do sujeito, dessa maneira, uma representação ideativa ou afetos aflitivos ao ego não podem ser sanados pela atividade do pensamento. O mecanismo de defesa produziria um esforço voluntário do ego em diminuir a força da representação de tais afetos, de modo que ela não exigisse um trabalho de associação, o que resultaria em uma operação que implica a liberação da soma de excitação ligada originalmente à representação ideativa, produzindo assim diferentes mecanismos defensivos, como é o caso da conversão histérica, por exemplo (CAMPOS, 2004).

Cabe ressaltar que na histeria ocorre um afeto deslocado de uma representação recalçada para outra representação, gerando uma conversão no corpo. Todavia, há uma diferença clara em relação às neuroses atuais, pois nesse caso a tensão produzida não pode ser ligada a nenhuma representação psíquica, sendo assim, de modo distinto, encontra refúgio no corpo.

Morais (2010) pontua, a partir dos postulados freudianos, que há uma espécie de “alienação” na esfera psíquica das neuroses atuais, onde o indivíduo recorre ao soma puro para a sua satisfação. Diferente da histeria, por exemplo, em que apesar do fenômeno conversivo se utilizar da esfera somática para descarga da tensão sexual, nota-se que há no corpo um objeto carregado de representação psíquica, fruto de um conflito inconsciente. No entanto, por conta dessa descarga na esfera somática ocorre a presença de uma anatomia fantasmática na histeria, onde também há uma espécie de desconexão com o fenômeno somático produzido, o que se traduz como a famosa “bela indiferença da histérica” (*la belle indifférence*). A esse respeito, sua manifestação somática decorre de um disfarce em relação a um conflito inconsciente, pois por essa via a histérica nada quer saber dele, assim como Freud aponta precisamente: “A histeria se comporta, em suas paralisias e outras manifestações, como se a anatomia não existisse ou como se não tivesse nenhuma notícia dela.” (FREUD, 1888, p. 206).

Em contraponto, nas neuroses atuais não se trata de uma anatomia fantasmática, pois trata-se de uma ausência de trabalho psíquico em que de fato a excitação somática é descarregada no corpo sem qualquer intermediação simbólica. Concluindo, Moraes (2010) afirma: “Na histeria é a energia psíquica que toma um caminho errado (em direção ao somático) enquanto na neurose de angústia é a energia física que não consegue penetrar no âmbito psíquico.” (MORAIS, 2010, p. 65).

Assim sendo, pode-se afirmar que nas neuroses atuais não há uma formação de compromisso entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, isto é, entre o Isso e o Eu. Os sintomas das neuroses atuais referem a uma manifestação pura de excitação somática que

por não ter encontrado uma dimensão psíquica, não pode ser representada. Por essa razão, Freud aponta para uma impossibilidade de analisar tais sujeitos, uma vez que esses sintomas não admitem ser remontados historicamente ou simbolicamente (MORAIS, 2010). Assim como pontua Freud (1894-1895/1996): “O afeto não se origina de uma idéia reprimida, mas mostra não ser posteriormente redutível pela análise psicológica, nem equacionável pela psicoterapia.” (FREUD, 1894-1895/1996, p. 114).

A partir do “Rascunho E”, Freud (1894/1996) sinaliza que a fonte de angústia das neuroses de angústia não deve ser procurada no psiquismo, pois trata-se de uma acumulação de excitação física. Conclui então que não houve uma descarga adequada desta tensão, enfatizando que essa excitação que se transforma em angústia seria de origem endógena, ou seja, excitações que se originam dentro do próprio corpo do sujeito. Como afirma Morais (2010): “Quando isso acontece, a excitação corporal endógena toma este corpo real para sua satisfação.” (MORAIS, 2010, p. 56).

Freud (1894-1895/1996) esclarece que o desencadeamento das neuroses atuais seria fruto de uma desordem sexual tanto econômica quanto psíquica. Essa quantidade de excitação somática não elaborada geraria um resto de energia que não se transforma, resultando num fenômeno somático desarticulado da esfera psíquica. Sendo assim, diante da incapacidade do aparelho psíquico em administrar a energia sexual, ocorreria uma compensação através de uma descarga somática.

Partiremos então para o entendimento específico da neurose de angústia, chave de leitura relevante para a compreensão das manifestações psicossomáticas. No texto freudiano “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma particular síndrome intitulada ‘neurose de angústia’”, Freud (1894-1895/1996) busca realizar uma separação entre a neurastenia e a neurose de angústia partindo do entendimento de que nas neuroses atuais sua etiologia não possui um mecanismo psíquico e sim uma etiologia sexual. Ele esclarece a confusão entre a neurose de angústia, a histeria de conversão, e a neurastenia. Nessa toada, disserta que tanto a neurastenia quanto a neurose de angústia têm como elemento em comum uma excitação no campo somático decorrente de uma excitação cuja etiologia é de origem sexual, no entanto, há uma distinção clara entre ambas, tal é todo o seu esforço produzido nesse texto.

Não obstante a neurastenia e a neurose de angústia terem uma etiologia sexual orgânica, é necessário diferenciá-las. Na neurose de angústia a desconexão com o psíquico decorre devido a um acúmulo de excitação sexual, já na neurastenia o que ocorre é um empobrecimento dessa excitação. Freud (1894-1895/1996) explicita que a neurastenia se refere a uma descarga

adequada, substituída por uma descarga não adequada. A neurose de angústia, por sua vez, refere-se precisamente aos fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada. À vista disso, a neurastenia está ligada a um “fenômeno sexual de desvio”, isto é, concerne a um problema de desvio em relação à sua forma de descarga. Já na neurose de angústia trata-se de uma inadequação entre a excitação no nível somático e sua elaboração no psiquismo, para essa excitação não se pode encontrar uma elaboração no nível psíquico.

Nas diferenciações entre neurastenia de neuroses de angústia, Freud (1894-1895/1996) esclarece que quando os sintomas físicos da neurastenia são acompanhados por sintomas de ansiedade, trata-se, portanto, da neurose de angústia. Ele discorre que a neurose de angústia ocorreria em virtude de uma geração de angústia decorrente de acúmulo de excitação somática de natureza sexual. Ainda no destaque da neurose de angústia e da neurastenia, revela com clareza que os sintomas de angústia possuem uma etiologia de natureza sexual específica, logo a neurose de angústia seria um modelo para a compreensão da angústia.

De acordo com Huguenin e Brito (2020), quando se trata da neurose de angústia a psique é invadida pelo afeto de angústia, sentindo-se incapaz de equilibrar a excitação sexual vinda de dentro, ao passo que projeta tal excitação para fora causando uma excitação endógena. Klein *et al.* (2016) atentam que nesse caso o que se evidencia não é uma descarga inadequada, mas sim uma dificuldade de elaboração psíquica da excitação, e como resultado dessa dificuldade decorrem os acessos de angústia, sendo algumas dessas crises descritas como desprovidas de conteúdo representativo imediato de modo que muitas vezes o sujeito não consegue relacioná-las aos pensamentos, e há uma estreita sensação somática.

O acúmulo de natureza sexual não encontraria uma descarga por uma ação psíquica específica adequada, ou seja, a descarga somática inadequada produziria uma gama de sintomas particularmente manifestados no corpo. Freud (1894-1895/1996) afirma: “Chamo essa síndrome de 'neurose de angústia' porque todos os seus componentes podem ser agrupados em torno do sintoma principal da ansiedade, já que cada um deles mantém com a ansiedade uma relação definida.” (FREUD, 1894-1895/1996, p. 108).

Para ele — como os descreve — o quadro clínico da neurose de angústia abrange diversos sintomas, dentre eles: distúrbios respiratórios (dispneia), dores no peito (anginas), congestões, sudorese, insônia, ataques de tremores e calafrios, ataques de medo com paralisia motora, ataques de fome devoradora, parestesias, sensação de desfalecimento, vertigem locomotora, pavor noturno, distúrbios gastrointestinais, irritabilidade geral, expectativa ansiosa,

expectativa angustiada (o indivíduo acredita que algo muito ruim vai acontecer sem que exista um motivo, um fundamento peculiar para isso), ataques de angústia acompanhados de pensamentos de morte, medo de enlouquecer, despersonalização ou desrealização, distúrbios da atividade cardíaca (arritmia, palpitações, taquicardia), dentre outros que podem ser facilmente confundidos com doença orgânica. Todos esses sintomas podem ser agrupados em torno de um sintoma principal referente à angústia.

Ainda no mesmo texto, Freud (1894-1895/1996) destaca que se deve considerar a incidência da neurose de angústia separadamente entre homens e mulheres. Sendo assim, nas mulheres pode ocorrer: angústia virginal ou angústia em adolescentes, angústia em recém-casadas, angústia em mulheres que sofrem de ejaculação precoce, angústia em viúvas ou abstinentes, angústia no processo do climatério. Nos homens, seus grupos possuem analogias aos das mulheres: angústia em homens voluntariamente abstinentes, angústia em estado não consumado de excitação, angústia no coito interrompido, angústia no processo de senescência.

Diante das explicações desenvolvidas até aqui, nota-se que a angústia é um conceito central para compreender o tema da manifestação psicossomática, pois toda a teorização posterior que relaciona a neurose de angústia e a psicossomática refere-se à invasão de angústia no soma, impossível de ser simbolizada. A respeito das conceitualizações sobre a angústia, Huguenin e Brito (2020) esclarecem que essa temática foi abordada por Freud desde seus textos iniciais até o fim de seus escritos. É possível encontrar tais referências em textos como o “Rascunho E” (1984), este dirigido a Fliess, no texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926), na Conferência XXXII - “Angústia e vida pulsional” (1932), dentre outros. E são apenas algumas das referências, dado que tal teorização atravessa toda a obra freudiana.

Abordaremos então algumas das postulações de modo sucinto, pois novamente a abordagem minuciosa da temática seria todo um novo trabalho de pesquisa dada a importância fulcral do conceito de angústia na teoria freudiana. Com o intuito de posteriormente relacionar algumas contribuições freudianas ao ensino de Lacan, como por exemplo o Seminário 10 “A angústia”, iremos elucidar de modo breve alguns dos entendimentos de Freud a respeito da angústia que colaboram com o tema.

A angústia aparece transcrita em duas teorias que marcam momentos distintos da obra freudiana. No “Rascunho E” (1984), intitulado “Como se origina a angústia”, o conceito descreve uma descarga anormal desviada de uma excitação sexual insatisfeita, sendo assim, a angústia reconhece uma etiologia sexual. Portanto, a partir do “Rascunho E” (1984) e das considerações freudianas de 1984, é possível testemunhar que a angústia afeta diretamente o

corpo, e que seus indícios se apresentam justamente nele. Depreendemos que nesse primeiro momento da teoria a sensação de angústia surge em fenômenos corporais que não são da origem do símbolo e, por conseguinte, não são propriamente possíveis de ser decifrados, como os sintomas psiconeuróticos, ponto já elucidado anteriormente.

A datar de 1926, Freud passa a assumir uma posição distinta frente à angústia, como é possível notar a partir de sua afirmação: “Aqui é a angústia que gera a repressão, e não, como julguei anteriormente, a repressão que gera a angústia.” (FREUD, 1926/1976, p. 43). Benia, Celes e Chatelard (2016) esclarecem que a angústia deixa de ser um efeito, ou mesmo um indício de que houve recalçamento, passando assim as neuroses de defesa a assumir o patamar de causa. A libido ser transformada em angústia é algo que não se sustenta. Primeiro vem a angústia, depois o recalque.

Embora Freud ainda compreenda a angústia como um afeto, ressalta que ela é notadamente associada a um sinal de perigo no Eu, o que resulta em um recalçamento. Nessa altura, a importância da conceitualização da angústia estende-se para além da neurose de angústia, perpassando agora as neuroses de defesa também.

Ainda nessa segunda postulação sobre angústia, Freud coloca o afeto de angústia enquanto sinal, enquanto sinal perante o perigo da perda do Objeto. À vista disso, a perda do Objeto está relacionada à separação da mãe, isto é, ao momento de angústia primordial, acrescentando assim a angústia de castração como fundamental à neurose. Com efeito, a angústia de castração é resultante do complexo de Édipo, pois a sua dissolução é ocasionada pela ameaça de castração. Diante de uma nova ameaça de separação surge a angústia sinal, ou seja, o sinal de angústia que aparece no Eu e promove o recalçamento do conteúdo ameaçador. O sintoma, portanto, torna-se a solução para anular o perigo e, conseqüentemente, o sintoma é considerado como recurso para evitação da angústia (BENIA; CELES; CHATELARD, 2016).

Benia, Celes e Chatelard (2016) elucidam que há especificidades da angústia em cada formação sintomática, assim como há diferentes perigos capazes de despertar a angústia no Eu. Na neurose obsessiva, por exemplo, o perigo se estabelece a partir da relação Eu/Supereu. Na histeria de conversão, por sua vez, o sintoma conversivo é resultante de um recalçamento propiciado pela angústia gerada por uma possível perda de amor, nota-se que a angústia de castração serve como base para essas duas formações sintomáticas. Klein *et al.* (2016) esclarecem que na angústia sinal — segunda formulação — o psiquismo é capaz de se proteger contra uma invasão afetiva e traumática a partir da representação do sintoma, enquanto na conceitualização de angústia referente às publicações de 1985 — angústia automática —,

caracteriza-se por um afluxo incontrolável de excitações, onde a libido trabalharia de maneira desligada das representações psíquicas.

Como uma outra possível chave de leitura diante da invasão da angústia, Klein *et al.* (2016) refletem que a dinâmica descrita por Freud em relação à neurose de angústia, e referente a esse excesso, pode ser relacionada à luz do conceito de pulsão de morte postulado por Freud em 1920. Observando que, enquanto excesso, a pulsão estaria sempre aquém da capacidade de simbolização do sujeito, manifestando-se como compulsão à repetição. De acordo com os autores, esse mecanismo de compulsão sem a lógica do recalque, isto é, essa compulsão à repetição, alude ao que há de mais radical na pulsão, a sua “irrefreável repetição”. Em conclusão, Morais (2010) esclarece:

Assim, “ao contrário do sintoma, que é uma solução de compromisso, a angústia é testemunha da divisão que caracteriza a subjetividade” (BESSET, 2002, p. 19), pois pode indicar ao sujeito o seu mais além do princípio do prazer, a pulsão de morte, que se presentifica no real do corpo. (MORAIS, 2010, p. 66).

Tendo discorrido de modo breve sobre alguns pontos a respeito do conceito de angústia, Benia, Celes e Chatelard (2016) testemunham que se pode indagar que, mesmo que na segunda formulação, Freud tenha passado a assimilar o afeto da angústia ao recalque a partir da angústia de castração, enquanto aquela primeira noção de angústia postulada ainda segue presente. Tal angústia, portanto, que pertence ao excesso, isto é, a excitação somática que não tem mediação com o simbólico e que não recebe tratamento psíquico. A angústia nesses casos é um afeto transbordante que aparece no corpo, que o afeta sem exigir mediação simbólica, denunciando tratar-se de uma formação diversa do sintoma. Nesse seguimento, Klein *et al.* (2016) consolidam que é o que temos assistido na clínica contemporânea: manifestações que não se produzem a partir de uma operação de recalqueamento.

Ainda a respeito das contribuições freudianas, cabe uma ressalva em relação à definição de hipocondria pois, para além de fazer parte do grupo das neuroses atuais, é a única que consta no diagnóstico F45. Sobre a hipocondria, Freud (1894-1895/1996) postula que não possui um caráter de historicidade, assim como não alcançaria a esfera psíquica. E ele atenta ao fato de que ela dificilmente apareceria de modo isolado, podendo manifestar-se em quadros psiconeuróticos, parafrenicos, e nas neuroses de angústia. Porém Freud enfatiza a hipocondria associada especialmente à psicose paranóica. Morais (2010) coloca que Freud não considera fidedigna qualquer teoria da paranóia que não abranja também os sintomas hipocondríacos, em outras palavras, a hipocondria também é uma condição da paranóia. Quando acompanhada de outros quadros de neurose, em geral aparece incluída no sintoma

como expectativa angustiada, tal expectativa associada à saúde do sujeito é nomeada de hipocondria. O surgimento do episódio hipocondríaco ocorre quando o aparelho psíquico não é capaz de elaborar a tensão sexual acumulada e a libido, e, ao invés de se ligar a um objeto na fantasia, retorna no Eu. (FREUD, 1894-1895/1996).

Por razão desta falha na capacidade de elaboração, nota-se no hipocondríaco uma incapacidade em reconhecer o que lhe toma. Ainda mais pelo fato de que suas “afecções” são de origem endógena, isto é, de origem interna, elas provocam no sujeito uma distorção, e ele sofre então de alterações somáticas que são capazes de justificar suas sensações corporais. Por essa razão acreditam piamente que tais acometimentos nada tem a ver com eles, uma vez que são provenientes do exterior (MORAIS, 2010). Nesse sentido, a autora aponta que não há dúvidas de que o hipocondríaco sente que está doente e, ao buscar explicar as causas de suas sensações, apoia-se em palavras ligadas ao discurso médico. Há aí uma tentativa de convencimento de seu “mal”. O sujeito parte para uma investida em que se apega de forma intensa à descrição de suas sensações corporais, criando uma “novela” de dor e angústia em que o corpo assume papel de destaque.

4.2 Algumas considerações pós-freudianas

Embora Freud não tenha explorado de modo minucioso a psicossomática, ele nos deixou valiosas chaves de leitura a respeito do tema. À vista disso, alguns pós-freudianos dedicaram-se ao assunto, como por exemplo o psicanalista francês Pierre Marty, que entre os anos de 1950 e 1963 compôs uma das correntes em destaque: a psicossomática francesa. Assim, ele se tornou, conjuntamente com Michel de M'Uzan, um dos fundadores do Instituto de Psicossomática de Paris (MORAIS, 2010).

As contribuições do autor se inspiram na concepção freudiana das neuroses atuais, no entanto, ele concebe a psicossomática a partir do ponto de vista econômico. Nessa linha, deve-se levar em conta os movimentos pulsionais para a compreensão da patologia psicossomática, por conseguinte, seria através da quantidade e da qualidade das pulsões eróticas que se originariam as doenças psicossomáticas. Ainda de modo similar a Freud, Marty assimila que há uma ausência de ligação entre o psíquico e o físico na neurose atual, porém, para ele não é

possível assimilar as doenças psicossomáticas com outras patologias, assim como aferiu Freud (COSTA, 2019).

Freud (1894-1895/1996), a partir das observações acerca da neurose de angústia, expressa: “O que denomino de 'neurose de angústia' pode ser observado em uma forma rudimentar ou desenvolvida, tanto isoladamente como combinada com outras neuroses.” (FREUD, 1894-1895/1996, p. 109). Logo, essa entidade clínica pode se presentificar em uma forma simples, isolada, ou em forma combinada com outras neuroses, como, por exemplo, combinada com a histeria, com obsessões, e fobias.

Na mesma publicação Freud desenvolve a compreensão de “neuroses mistas”, nesse caso, é possível encontrar uma combinação entre os sintomas histéricos e a neurose de angústia, ou seja, uma articulação entre psiconeuroses e neuroses atuais. As “neuroses mistas”, por sua vez, podem ser encontradas com certa frequência pois muitas vezes os fatores etiológicos das neuroses atuais e das psiconeuroses encontram-se intercalados, é o que esclarece: “No intuito de analisar as 'neuroses mistas' posso postular esta importante verdade: onde quer que ocorra uma neurose mista, será possível descobrir uma mistura de várias etiologias específicas.” (FREUD, 1894-1895/1996, p. 132).

Ainda nesse sentido, segue:

[...] no que concerne à sua íntima natureza, a neurose de angústia apresenta as mais interessantes concordâncias e diferenças em relação às outras neuroses principais, especialmente em relação à neurastenia e à histeria. Partilha com a neurastenia uma característica principal — isto é, a fonte de excitação, a causa precipitante do distúrbio, repousa no campo somático em vez de no psíquico, tal como é o caso da histeria e da neurose obsessiva. [...] As sintomatologias da histeria e da neurose de angústia mostram muitos pontos em comum, que ainda não foram considerados suficientemente. O aparecimento dos sintomas tanto sob forma crônica como sob forma de ataques, as parestesias, agrupadas como auras, as hiperestesias e pontos de pressão que são encontrados em certos substitutos do ataque de ansiedade (na dispnéia e ataques cardíacos), a intensificação, através da conversão, de dores que talvez tivessem justificativa orgânica — estes e outros traços que as duas doenças têm em comum permitem mesmo a suspeita de que não pouco daquilo que é atribuído à histeria podia, com maior justiça, ser posto na conta da neurose de angústia. (FREUD, 1894-1895/1996, p. 133-134).

Pode-se compreender que a partir da concepção freudiana em muitos casos a neurose atual aparece como núcleo e desencadeador de sintomas das psiconeuroses.

À vista disso, de modo distinto do exposto por Freud, Marty compreende que os indivíduos sofrem de afecções que possuem uma precariedade no pré-inconsciente, ou seja, um total empobrecimento das representações psíquicas. Em síntese, o autor explicita que aquilo que caracterizaria tais sujeitos seria algo que denominou como “pensamento pré-operatório”

(1958-1962), isto é, uma maneira particular de pensar resultante de um déficit nas representações psíquicas desses pacientes. Haveria assim uma precariedade na atividade do pensamento expressa por meio de uma pobreza na simbolização e na verbalização. O sujeito pré-operatório agiria como se não pensasse, similarmente a um robô, com pensamentos dirigidos exclusivamente ao mundo externo. Como consequência, tais patologias psicossomáticas de modo algum poderiam produzir patologias psiconeuróticas, em outras palavras, não haveria modo de dar-se um processo sintomático em tais sujeitos, além do que, estes possuem uma representação psíquica empobrecida e uma fantasmática praticamente inexistente (COSTA, 2019).

Morais (2010) explicita que a noção de pensamento operatório direcionava para uma conceitualização inédita, demonstrando uma forma de atividade psíquica distinta da neurose e da psicose. Trataria-se de um modo de pensamento consciente que aparentemente estaria privado de duplos sentidos, metáforas, atos falhos. E mais, tal empobrecimento psíquico no âmbito das representações, na concepção do autor, levariam o paciente psicossomático a desenvolver o que chamou de “depressão essencial”, sendo assim, esses pacientes com lesões somáticas crônicas apresentariam uma carência psíquica que precisaria ser reparada.

Por essas razões, para Marty seria extremamente laboriosa a análise desses pacientes, o autor, assim como colaboradores do Instituto de Psicossomática de Paris, certificam que uma intervenção particular de atendimento deveria ser direcionada para os pacientes e o analista deveria assumir uma função de paraexcitação materna perante o paciente, com o intuito de provocar uma redistribuição libidinal e uma possível ligação com representações psíquicas (MORAIS, 2010).

Muitas das críticas direcionadas ao autor seguem o que foi ratificado anteriormente, em relação à posição assumida por Freud: as ditas neuroses atuais, neurose de angústia, hipocondria e neurastenia, poderiam estar combinadas com as psicose e muitas vezes constituiriam justamente o seu centro. Em contrapartida, em sua teorização, Marty desconsidera essa percepção freudiana e cria sua própria compreensão, colocando a psicossomática à parte (COSTA, 2019). Dimitriadis (2016) também endossa tal crítica, explicitando que o termo “pensamento pré-operatório” seria uma concepção que vai num sentido negativo, assim como o título de “especialista psicossomático”, ao qual o Instituto oferta o curso para seus membros. Cabe alertar que tais posicionamentos corroboram com o risco de consagrar ainda mais a psicossomática como uma disciplina e torná-la independente da psicanálise. Concluindo, a crítica fundamental em relação às concepções expostas pelo Instituto gira em torno da distinção

e de como interpretam o texto freudiano, constituindo praticamente uma nova estrutura ou ainda uma nova psicanálise, que não leva em consideração os postulados freudianos em sua letra.

Outros psicanalistas, como Joyce McDougall e Christophe Dejours, que também realizaram leituras a respeito do tema, destacaram-se justamente por criticar a escola francesa de Marty. McDougall, na contramão, sugere o conceito de desafetação para falar do adoecimento somático. Para a autora, o paciente acometido de uma desordem somática apresentaria uma defesa capaz de expelir do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias, que (res)suscitariam afetos insuportáveis relacionados a experiências traumáticas primitivas. Como resultado dessa defesa ocorreria o adoecimento somático, do mesmo modo que o recalçamento, a denegação e a negação se constituem como maneiras de defesa diante do insuportável para a consciência.

Para McDougall, não ocorre um processo de desorganização, como coloca a corrente da Escola de Paris. Segundo a autora, a defesa quanto ao traumático que produz o fenômeno de desafetação, tão comum no adoecimento somático, seria justamente a possibilidade de evitar a desorganização total, e não o contrário. A partir da desafetação o sujeito demandaria um sentido através do corpo para aquilo que não pôde ser elaborado. A análise, por sua vez, aparece como possibilidade de significar através da linguagem aquilo que o sujeito não teve condições de representar.

4.3 Panorama do fenômeno psicossomático em Lacan

Partiremos então para as contribuições concebidas por Lacan a respeito da temática e apresentadas em seus Seminários e Conferências. O autor nos legou passagens indispensáveis para a compreensão do fenômeno psicossomático. Destarte, Mello (2009) expressa que Lacan retoma o tema da psicossomática em Freud, denominando-o como “fenômeno psicossomático” (FPS).

Deste modo, ele retira a manifestação somática da ordem do sintoma e a intitula como sendo da ordem do fenômeno. De acordo com o autor, Lacan expressa que esta nomeação — fenômeno — já estaria no texto freudiano em relação às neuroses atuais. Tal compreensão corrobora com os ensinamentos desenvolvidos anteriormente neste capítulo, em que Freud por diversas vezes questiona a neurose de angústia como sendo da ordem do sintoma, expressando

assim uma descrição detalhada de fenômenos corporais nos quais a invasão da angústia se manifestaria. Do mesmo modo, Lacan o denomina como fenômeno pois não seria da ordem do sintoma, inscrito no simbólico. Vale ressaltar que a compreensão de fenômeno não se refere à fenomenologia, como é a norma expressa do manual, por exemplo, e sim trata-se de um fenômeno por não ser um sintoma, como postula Freud (1894-1895/1996).

Nicolau e Guerra (2012) descortinam que em todas as passagens em que Lacan aborda o FPS (1954-1955/1985, 1955-1956, 1964/1998, 1975, 1988) ele sempre foi contundente ao afirmar que havia uma clara distinção entre o sintoma e o fenômeno psicossomático. Nesse sentido é relevante realizar uma distinção entre as duas vertentes do adoecimento corporal: na conversão histérica, o acometimento corporal é da ordem do sintoma, pois está inscrito no simbólico, como Freud já esclareceu; o fenômeno psicossomático, por conseguinte, nos direciona para a ordem do real, posto que se encontra fora das construções simbólicas. Assim, as lesões que se apresentam na materialidade do corpo são lidas na compreensão lacaniana como fenômenos clínicos que remetem ao real e é isso que se pretende explorar a seguir.

Para compreender o FPS, que, como já dito, não é da ordem do sintoma, cabe antes realizar uma breve elucidação em relação ao sintoma. Diante desse panorama será possível iniciar o esclarecimento do funcionamento do FPS, que não se dá como sintoma por fugir às leis da linguagem.

Os sintomas, a partir da perspectiva lacaniana dos anos 1950, estão referidos ao inconsciente estruturado como uma linguagem e manifestam-se através da lógica dos significantes. Como é justificável observar a partir do texto “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” de 1953, que se configura como um marco inaugural do ensino lacaniano conduzindo a psicanálise para a perspectiva do simbólico, isto é, da linguagem, Lacan nos expõe: “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas” (LACAN, 1953/1998a, p. 277). Logo, Lacan (1957/1998) nos expressa que o inconsciente se manifesta como uma linguagem e estrutura-se a partir da cadeia de significantes. Tais entendimentos são fruto de seus estudos extraídos através da lingüística saussureana.

No texto “Instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957/1998), Lacan nos apresenta a cadeia significante como sendo aquela que ordena o humano. Nessa produção teórica Lacan realiza a inversão do signo lingüístico proposto por Saussure, destacando a prevalência do significante em relação ao significado. Por conseguinte, de modo distinto do signo lingüístico e do significado, o significante é aquele que nunca está sozinho, está sempre em articulação com outro significante, portanto, não se esgota em um sentido fechado. Com

efeito, os significantes se estruturam de maneira articulada e infinita, e é a partir da articulação entre eles que o sujeito pode emergir.

Nessa marcha, Lacan (1957/1998b) postula o inconsciente estruturado como uma linguagem e profere que ele se movimenta através de uma cadeia associativa composta de significantes. A mensagem presente no sintoma se desloca através da cadeia associativa, e o que anteriormente em Freud era conhecido como condensação e deslocamento passa a ser tomado como metáfora e metonímia. Sobre o funcionamento da cadeia significante, Lacan (1958/1998e) esclarece:

Creio que meus alunos apreciarão o acesso que propicio aqui à oposição fundamental entre significante e significado, na qual lhes demonstro que começam os poderes da linguagem [...]. Relembro o automatismo das leis pelas quais se articula na cadeia significante: a) a substituição de um termo por outro para produzir o efeito de metáfora; b) a combinação de um termo com o outro para produzir o efeito de metonímia. (LACAN, 1958/1998e, p. 628).

Em relação à formação sintomática, Lacan (1988) expressa: “todo fenômeno analítico, todo fenômeno que participa do campo analítico, da descoberta analítica, daquilo com que lidamos no sintoma e na neurose, é estruturado como linguagem” (LACAN, 1988, p. 196). Ou seja, o sintoma faz parte do jogo de significantes e, desse modo, é ordenado por suas leis. Em outras palavras, o sintoma é uma manifestação da linguagem e os processos inconscientes de efeito de linguagem — metáfora e metonímia — serão responsáveis pela formação do sintoma. Consequentemente, através desses mecanismos utilizados pela linguagem, compreende-se que o desejo inconsciente do sujeito fica mascarado, pois a partir da articulação significante o sujeito pode disfarçar o seu desejo. Então, no processo do sintoma ocorre um mascaramento em que o conteúdo reprimido se transforma em conteúdos substitutivos que possam passar pela censura, formando o sintoma como uma metáfora.

Tomando a compreensão do sintoma como metáfora, nesse momento do ensino lacaniano, o sintoma é derivado do recalque, isto é, uma formação do inconsciente. Uma formação substitutiva do significante recalcado, destarte, uma metáfora, assim como Lacan (1957/1998b) coloca: “O sintoma, aqui, 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 ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição.” (LACAN, 1957/1998b, p. 282). Nesse mesmo segmento, Quinet (2016) disserta que o sintoma está escancarado, contudo, sua verdade segue escamoteada.

Levando em consideração o explicitado até aqui, é possível concluir que pelo fato de o sintoma ser articulado através da cadeia de significantes, ele pode ser decifrado em um processo de análise. Assim como expressa Lacan (1966-1967/1998d):

[...] o sintoma só é interpretado pela ordem do significante. O significante só tem sentido por sua relação com outro significante. É nessa articulação que reside a verdade do sintoma. O sintoma tinha um ar impreciso de representar alguma irrupção da verdade. A rigor, ele é a verdade por ser trabalhado na mesma madeira de que ela é feita, se afirmarmos materialisticamente que a verdade é aquilo que se instaura a partir da cadeia significante. (LACAN, 1966-1967/1998d, p. 235).

Desse modo depreende-se que o sintoma pode ser tratado na análise através da palavra. Nessa toada, Lacan (1953/1998a) afirma: “[...] o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguajeira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada.” (1953/1998a, p. 270). Para tanto, no processo de análise deve-se estar atento aos deslizamentos e desdobramentos dos significantes recalcados ligados ao sintoma.

Nota-se que nesse momento as postulações lacanianas acerca do sintoma ainda estão mais próximas das compreensões freudianas, há, por exemplo, uma consonância com os entendimentos expostos por Freud em “A interpretação dos sonhos” (1900), em que ele compreende os sintomas inconscientes como possíveis de ser decifrados pela experiência analítica, assim como afirma Lacan (1953/1998a): “Quer se pretenda agente de cura, de formação ou de soldagem, a psicanálise dispõe de apenas um meio: a fala do paciente.” (LACAN, 1953/1998a, p. 248). Ao mesmo passo, Freud e Lacan colocam as manifestações psicossomáticas fora das compreensões de sintoma: Freud como neurose de angústia, e Lacan como fenômeno psicossomático.

Sendo assim, o primeiro ensino laciano é marcado pela prevalência do registro simbólico em detrimento do real e do imaginário. Esse breve resumo a respeito do sintoma teve como propósito tornar mais tangível a apreensão a respeito do fenômeno psicossomático, que de modo algum pode ser lido como um sintoma. Como veremos a seguir, o fenômeno não se articula pela lógica significante, está fora da cadeia significante — metáfora e metonímia —, tampouco funciona do mesmo modo que uma metáfora a ser decifrada, muito menos se pode lê-lo pela via da palavra, posto que se encontra aprisionado ao registro real do corpo e não há possibilidade de ceder a interpretação assim como ocorre com o sintoma.

Já adiantamos que o FPS por se tratar de uma manifestação do real, não pode ser lido através do registro simbólico que revela o desejo do inconsciente, nessa marcha, Fonseca (2007) pontua o FPS como uma “mostração”, não passível de ser decifrado pelo significante. A autora

nomeia o FPS como um ponto de angústia sobre o qual o indivíduo não possui um saber. Tal compreensão nos remete às expostas por Freud em relação à neurose de angústia.

Ainda em suas postulações, Fonseca (2007) nos apresenta uma valorosa nota que diz respeito à diferenciação entre somatização e FPS. Expondo que as somatizações ocorrem de modo concomitante com uma interpretação, como por exemplo: “minha dor de cabeça é esse casamento” ou “aquilo que não consegui dizer me embrulhou o estômago”. Vejam que esse movimento ainda é distinto até mesmo da conversão histérica. Todavia, vale o esclarecimento de que no FPS trata-se de lesões com as quais o sujeito não se vê implicado e não atribui qualquer sentido ou interpretação a elas. Em conclusão, a autora então expressa: “No FPS ocorre um contornamento do simbólico e algo do real faz incidência direta sobre o corpo.” (FONSECA, 2007, p. 2).

As construções teóricas posteriores de Lacan, em que há a prevalência do real, bem como as compreensões em relação ao gozo e ao *sinthome*, apresentam-se como mais fortuitas para a compreensão do FPS, posto que pela lógica do significante e do sintoma como metáfora não é possível lê-lo. Nessa perspectiva, Nicolau e Guerra (2012) nos dizem a partir do Seminário 11: “A psicanálise nos ensina a ler, mas também nos leva a um ponto de interrupção na leitura com a passagem a uma escrita particular, que tangencia o simbólico e o real.” (NICOLAU; GUERRA, 2012, p. 227). Em trecho seguinte, na mesma direção, pontuam:

Para nós, analistas, é importante tentar responder ao que lemos no que ouvimos, já que tanto um sonho, um sintoma, um lapso ou uma lesão devem ser, a princípio, decifrados. É nossa função de analista ler o que deve ser lido. Mas o que deve ser lido é o inconsciente. Um escrito não deve ser lido, nos diz Lacan (1964/1998). (NICOLAU; GUERRA, 2007, p. 227).

Portanto, para se ler o FPS é preciso percorrer outros caminhos, ir além do significante, para isso faz-se necessário explorar a noção de escrita na psicanálise, avançando assim para a compreensão da letra postulada no segundo ensino lacaniano. Mesmo que tais postulações sejam de suma importância para a compreensão e tratamento do FPS, neste momento infelizmente não poderemos avançar em tais entendimentos teóricos por constituir um novo esforço de pesquisa, no entanto, cabe, a seguir, esclarecer ao leitor de maneira resumida do que se trata.

Assim como Freud, Lacan não compreende o fenômeno psicossomático como sendo da ordem de uma nova estrutura. Dessa maneira, ele pode estar presente nas três estruturas: neurose, psicose, e perversão, respondendo aos três mecanismos: recalque, forclusão e denegação. Esse é um dos pontos que torna mais densa e específica a compreensão, por essa

razão optou-se por delinear um panorama do fenômeno psicossomático, posto que é de suma relevância para compreender o transtorno somatoforme sob outra ótica, assim como por obter as contribuições da psicanálise lacaniana em detrimento das concepções universais do manual, o que é imprescindível.

De acordo com Nicolau e Guerra (2012), o fenômeno psicossomático pode ser encontrado em quatro momentos pontuais ao longo do ensino lacaniano. A primeira aparição verifica-se no Seminário 2 “O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” (1953-1954/1977). Nesta passagem Lacan estabelece uma diferença entre sintoma neurótico e fenômeno psicossomático. A segunda passagem ocorre no Seminário 3 “As psicoses” (1956-1957/1981), em que Lacan novamente faz referência ao FPS como funcionando de modo distinto da neurose e o aproxima do delírio, posto que ambos comportam a ausência da mediação simbólica, direcionando assim a compreensão do fenômeno para o registro do real. Já a terceira passagem dá-se no Seminário 11 “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964/1998), neste extrato Lacan estabelece o FPS como um significante que estaria holofrasiado, ou seja, um significante que não coloca em jogo a afânise do sujeito. A última passagem transcorre por ocasião da “Conferência de Genebra sobre o Sintoma” (1975), nesse momento de seu ensino, Lacan aproxima o FPS à compreensão de letra, indicando que o fenômeno psicossomático se trata de traços escritos no corpo, ou seja, não são da ordem do signo e sim da ordem da assinatura.

Diante do breve resumo das passagens sobre o FPS ao longo da obra lacaniana pode-se observar que elas atravessam todo o ensino de Lacan, do mesmo modo que as alterações referentes ao FPS são compatíveis com cada período de seu ensino, permeando desde a primazia do simbólico até as considerações do real e do gozo, rumo ao final do ensino com o *sinthome*, vamos então ao panorama em si.

4.3.1 Seminário 2: O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise

Neste seminário, as referências ao fenômeno psicossomático demonstram-se nas seguintes passagens do texto lacaniano:

Trata-se de saber quais órgãos que entram em jogo na relação narcísica, imaginária, com o outro, onde o Eu se forma, *bildet*. A estruturação imaginária do Eu se efetua em torno da imagem especular do próprio corpo, da imagem do outro. Ora, a relação

do olhar e do ser olhado envolve justamente o órgão, o olho, para chamá-lo pelo seu nome. Podem ocorrer aí coisa espantosas. Como abordá-las, quando reina a maior confusão em todos os temas da psicossomática? [...] O importante é que determinados órgãos estejam envolvidos na relação narcísica, visto que ela estrutura ao mesmo tempo a relação do Eu ao Outro e a constituição do mundo dos objetos. Por detrás do narcisismo, vocês têm o autoerotismo, isto é, uma massa investida de libido no interior do organismo, do qual direi que as relações internas nos escapam tanto quanto a entropia. (LACAN, 1954-1955/1985, p. 125-126).

E ainda:

Os investimentos intra-orgânicos que na análise se denominam autoeróticos, desempenham um papel certamente muito importante nos fenômenos psicossomáticos. A erotização de tal ou tal órgão é a metáfora do sobreveio mais freqüentemente, devido a impressão que nos dá a ordem de fenômenos que se trata os fenômenos psicossomáticos. E a sua distinção entre a neurose e o fenômeno psicossomático está justamente marcada por esta linha divisória constituída pelo narcisismo. (LACAN, 1954-1955/1985, p. 126).

Dimitriadis (2016) e Nicolau (2008) depreendem algumas compreensões a partir do texto, vamos a elas. Dimitriadis (2016) esclarece que, a princípio, Lacan expressa que o que reina sobre a psicossomática seria uma grande confusão, e situa os fenômenos psicossomáticos para além das construções neuróticas. Do mesmo modo, Nicolau (2008) ratifica que nesse momento Lacan deixa clara a diferença entre sintoma neurótico e fenômeno psicossomático, estabelecendo que o sintoma neurótico se enquadra pela estrutura narcísica, pois está situado na relação com o outro, na possível identificação ao outro, já o FPS seria a “massa investida de libido no interior do corpo”, portanto, aparece não como resultado do investimento de libido sobre o objeto e sim a partir de um investimento de libido sobre o próprio órgão.

Dimitriadis (2016) destaca que para compreender as construções neuróticas é preciso levar em consideração o narcisismo como sendo uma linha divisória, posto que por trás dele localiza-se o autoerotismo e os investimentos intraorgânicos, isto é, os investimentos autoeróticos, e estes exercem papel fundamental no FPS pois quando se trata desses investimentos não é possível distinguir a fonte do objeto.

Nicolau (2008) diz que o FPS seria produzido na vizinhança da pulsão, havendo assim uma unificação das pulsões autoeróticas de modo que o corpo seria tomado pela dimensão imaginária do Eu corporal, pois não há referência em relação ao objeto. Ao invés do objeto, o que entraria em jogo no FPS seria a relação com outro órgão, a imagem especular do próprio corpo, e a relação ficaria retida no campo do autoerotismo. A autora ainda esclarece que no FPS haveria um curto-circuito na montagem pulsional, de modo que a pulsão se manifestaria em sua forma pura, sem representação, direcionando assim para a pulsão de morte.

Ao que os atores concluem, através do expressado por Lacan nesse seminário e cada um a seu modo, que enquanto a neurose se encontra sempre enquadrada pela estrutura narcísica, as

relações psicossomáticas vão no caminho inverso. Há uma concentração imaginária do órgão, portanto, o FPS estaria fora do simbólico e, dessa maneira, no nível do real. Cabe ressaltar que nesse momento o real é compreendido como rochedo biológico — o real como impossível ainda não foi destacado.

4.3.2 Seminário 3: *As psicoses*

Dimitriadis (2016) desvela que a segunda referência direcionada ao FPS estaria localizada em uma passagem em que Lacan (1955-1956/1992) tece um comentário a respeito do trabalho da psicanalista Ida Macalpine sobre psicose, em que a autora aborda os sintomas hipocondríacos. E irá nos dizer, referindo-se à hipocondria como sintoma psicótico em que se encontra algo particular: “[...] que está no fundo tanto da relação psicótica como dos fenômenos psicossomáticos” (LACAN, 1955-1956/1992, p. 352). A respeito deste mesmo trecho, Nicolau (2008) discorre que Lacan, ao propor que o FPS seja estruturado de modo distinto do que se passa nas neuroses, o aproxima do delírio, pois ambos comportam uma ausência de mediação simbólica. Nota-se que mais uma vez o caminho se direciona ao real. Na mesma página temos: “Há não sei que impressão ou inscrição direta de uma característica, e mesmo, em certos casos, de um conflito, no que se pode chamar o quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo.” (LACAN, 1955-1956/1992, p. 352).

Em outra passagem do texto, fazendo referência às manifestações psicossomáticas dermatológicas, ressalta:

Uma erupção, diversamente qualificada dermatologicamente, da face, se mobilizará em função de tal aniversário, por exemplo, de maneira direta, sem intermediário e sem dialética alguma, sem que nenhuma interpretação possa marcar sua correspondência com alguma coisa que seja do passado do sujeito. (LACAN, 1955-1956/1992, p. 352).

E por fim, nos diz:

[...] pôde ter a apreensão direta de fenômenos estruturados de modo bem diferente do que se passa nas neuroses, a saber, onde há não sei que impressão ou inscrição direta de uma característica, e mesmo, em certos casos, de um conflito, no que se pode chamar o quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo. (LACAN, 1955-1956/1992, p. 352).

A partir dessas passagens, ambos os autores — Dimitriadis (2016) e Nicolau (2008) — corroboram que essas noções apresentadas nos trechos acima podem se referir a algo que será desenvolvido posteriormente a respeito do FPS, como um “hieróglifo”, isto é, como um símbolo

(impressão ou inscrição), uma noção de escrita no corpo que, com toda certeza, é algo que não se opera através da mediação simbólica.

Concluindo, a aproximação à hipocondria realizada por Lacan nesse seminário nos remete às observações anteriores deste capítulo acerca da hipocondria em Freud: que se encontra no grupo das neuroses atuais. Indo além, Freud refere como fenômenos não passíveis de mediação psíquica e, ademais, os aproxima da paranoia.

4.3.3 Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise

A terceira consideração sobre a psicossomática apresentada no Seminário 11, dez anos depois do Seminário 3, é tida como uma das mais relevantes para a compreensão do tema. Nicolau (2008) esclarece que no fenômeno psicossomático a referência ao desejo do Outro seria fruto da indução significativa. Sendo assim, o desejo do Outro não aparece ao sujeito como falta, ele é um desejo inquestionável que aponta para uma falha no simbólico. Isso é observável nesta passagem do texto de Lacan (1964/1998): “A psicossomática é algo que não é significativo, mas que, mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significativa, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânise do sujeito.” (LACAN, 1964/1998, p. 206).

De acordo com Dimitriadis (2016), o exposto remete ao contexto em que Lacan acabara de desenvolver as operações de realização do sujeito no lugar do Outro em sua dependência de significantes, através das operações lógicas da alienação e da separação. Mais adiante no mesmo seminário Lacan nos diz: “É na medida em que uma necessidade viria a se interessar pela função do desejo que a psicossomática pode ser concebida [...] o elo do desejo é aqui conservado, mesmo se não podemos mais dar conta da função de afânise do sujeito.” (LACAN, 1964/1998, p. 210).

A afânise é a operação resultante do processo de alienação e separação pelo qual o sujeito passa. Nas palavras de Nicolau (2008): “A **afânise** implica em desaparecimento, onde o sujeito aparece sempre representado por um outro significativo, efetivamente **afanizado** em seus modos de aparição na neurose.” (NICOLAU, 2008, p. 971, grifos da autora). Vejamos o que nos diz Lacan sobre a afânise:

[...] o sujeito aparece primeiro no Outro, no que o primeiro significativo, o significativo unário, surge no campo do outro, e no que ele representa o sujeito, para um outro significativo tem por efeito a afânise do sujeito. Donde — divisão do sujeito — quando

o sujeito aparece em algum lugar como sentido, em outro lugar ele se manifesta como *fading*, como desaparecimento. (LACAN, 1964/1998, p. 207).

Quando se diz que no FPS ocorre ausência da afânise do sujeito, significa dizer que não houve intervalo entre S1 e S2 — primeiro par de significantes — sendo assim, esse primeiro par significante, fundamental ao sujeito, encontra-se holofraseado. A respeito do termo “holófrase”, Fonseca (2007) nos coloca que é decorrente da linguística e que estaria relacionado ao enunciado que condensa uma sentença que carrega determinado sentido ou intenção ao emissor. Já em psicanálise, refere-se à condensação do primeiro par da cadeia de significantes (S1 e S2). De acordo com Nicolau (2008), Lacan refere-se à holófrase como emassamento, gelificação, cristalização e colagem. Logo, quando se diz que houve uma holófrase, implica que o significante materno (S1) não pode ser substituído pelo significante da metáfora paterna (S2), e ambos os significantes permanecem colocados, aderidos.

A respeito da razão pela qual a holófrase ocorre, Nicolau (2008) esclarece: “Esse fenômeno sucede do fracasso do recalamento primordial, ou seja, da marcação do Nome-do-Pai. Não há barra que incida e faça separação entre eles, ficando o sujeito impossibilitado de deslizamento e representação significante.” (NICOLAU, 2008, p. 971-972). Tentaremos esclarecer um pouco mais aprofundadamente o que se sucede e, para tanto, é preciso retroceder ao momento lógico da constituição do sujeito.

Nesse momento, a criança renuncia à posição de ser o objeto de amor da mãe, na busca de ter o objeto. Todavia, só é possível ter o objeto através da intermediação da função paterna simbólica, isto é, da metáfora paterna. Esta, por sua vez, constitui-se a partir do reconhecimento da palavra do pai por parte da mãe. Como resultado dessa operação, a mãe demonstra para a criança que ela deseja para além dela. Isso significa dizer que a mãe é desejante e faltosa, assim como a criança também o é, uma vez que jamais conseguirá suprir a falta da mãe.

Esse seria o momento da substituição da metáfora, ou seja, o S1, desejo da mãe, é substituído pelo S2, Nome-do-Pai. A castração é a operação que separa esses dois significantes. Com efeito, a criança passa a ingressar na rede simbólica, dirigindo-se a objetos substitutos do falo. Na mesma sequência lógica funda-se o recalque originário, isto é, o recalque do significante fálico. Nessa toada, o significante mestre (S1) dá lugar a um novo significante (S2), que é ordenado por toda a rede ulterior de significantes. Diante disso o **objeto a** cai, fica perdido, ao passo que o sujeito busca em sua fantasia o reencontro, a causa de seu desejo (NICOLAU, 2008).

Quando ocorre a solidificação do primeiro par de significantes, e tampouco há intervalo, ambos ficam holofrasiados. O **objeto a** não cai, e o desejo não pode ser inaugurado como ocorre no caso da neurose, ao que concluiu Nicolau (2008):

Se um significante é o que representa o sujeito para outro significante, pode ser que nos fenômenos psicossomáticos o sujeito seja representado por um significante, mas talvez não para um outro significante. O deslizamento do sujeito na cadeia não se cumprindo, algo para, é gelificado, paralisado, faltando espaço para a emergência do sujeito. (NICOLAU, 2008, p. 972).

Como consequência, além de o sujeito não ser representado por um significante para outro significante, não haverá abertura dialética em relação ao desejo do Outro e a operação de separação não pode produzir-se. Tal falha é semelhante à que ocorre na psicose, em que também há a presença da holófrase, porém dessa vez em razão de uma falha na metáfora do Nome-do-pai. Como consequência, o ser do sujeito fica submetido ao discurso do Outro pois não pode esquivar-se na operação de desaparecer (afânise), como é viável ao sujeito dividido pelo significante. Nesse sentido, Lacan (1964/1998) expressa que quando há uma falha que impede a emergência do objeto causa do desejo, e por conseguinte quando o **objeto a** não cai, vamos para o caminho da estrutura da psicose. No entanto, ele ratifica que quando ocorre a gelificação da cadeia significante, pode-se produzir tanto a psicossomática quanto a psicose (NICOLAU; GUERRA, 2007).

Lacan (1964/1998) inclui a psicose, a debilidade mental e a psicossomática como resultantes da holófrase, ao que nos afirma: “Eu formularia até que, quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar.” (LACAN, 1964/1998, p. 215).

Diante do exposto pode-se compreender o motivo pelo qual diversos autores aproximaram a psicossomática da psicose, todavia, Nicolau (2008) nos apresenta um esclarecimento relevante:

Entretanto, é preciso lembrar, para não confundir, que ao apresentar a série de casos que seriam consequência da ausência de intervalo entre S1 e S2, Lacan diz: “[...] temos o modelo de toda uma série de casos — **ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar**” (LACAN, 1964/1998, p. 225, grifo nosso). Na psicose, a ausência de metáfora paterna torna o corpo submetido ao gozo do Outro, não permitindo a emergência do sujeito. No fenômeno psicossomático, embora a localização do sujeito seja problemática, na medida em que os significantes primordiais estão holofroseados, esta falha incide apenas sobre uma parte do corpo, sobre um ponto específico do discurso do sujeito. Desta forma, apenas um ponto da realidade obedece à lógica foraclusiva. Isto retira o sujeito do campo das psicoses, conforme observou Dunker (2002). (NICOLAU, 2008, p. 973).

Guir (1988) *apud* Nicolau (2008) pontua que para o autor o FPS não se refere à forclusão do Nome-do-Pai, no fenômeno psicossomático a metáfora paterna funcionaria apenas em certos sítios do discurso e não em outros, sendo assim, somente alguns momentos específicos do discurso provocariam um desencadeamento no corpo. Concluindo, o significante S1 não é nem foracluído nem recalcado, mas é comprometido na montagem significativa. Nasio (1993), de modo semelhante, nos afirma que no FPS a lesão do órgão trata-se de uma “forclusão local”, parcial.

4.3.4 Conferência de Genebra sobre o sintoma

A respeito da Conferência sobre o Sintoma, ministrada em Genebra em 1975, Dimitriadis (2016) nos apresenta o resumo de como transcorreu essa teorização:

Em resposta a uma questão colocada pelo auditório sobre a natureza dos fenômenos psicossomáticos, ele respondeu: “É certo que este é um domínio muito pouco explorado. Enfim, é algo da ordem do escrito. Em muitos casos não sabemos lê-lo. Precisaria dizer aqui alguma coisa que introduza a função do escrito. Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, como coisa que se oferece como enigma. Não é surpreendente que tenhamos este sentimento como analistas.” (LACAN, 1975/1985, p. 10). Em seguida, à questão da mesma pessoa: “Mas como fazê-los falar daquilo que está escrito? Aqui, me parece que há um corte”, ele respondeu: “É verdade. Existe isto que os místicos chamam de assinatura das coisas, o que existe nas coisas que se pode ler. Signatura não quer dizer signum, não é mesmo? Existe algo para se ler, diante do qual, muitas vezes, boiamos”. (DIMITRIADIS, 2016, p. 40).

Ainda na mesma conferência, Lacan responde a uma questão explicitada pelo Doutor Nicos Nicolaides, membro do Instituto de Psicossomática de Paris, que interroga:

[...] se a psicossomática se exprime com uma linguagem de hieróglifo, enquanto o neurótico se exprime com uma linguagem alfabética, Lacan respondeu que “sim, o corpo considerado como um cartucho liberando o nome próprio”, precisando mais adiante que este hieróglifo “não seria provavelmente um grito”. Ele precisa que é em torno do traço unário, termo com o qual ele havia traduzido o *einzigster Zug* de Freud, que gira toda a questão do escrito. “E o corpo no significante faz traço, traço que é um UM”. Por fim, ele interroga a questão do gozo presente na psicossomática. Ele retoma a metáfora do “congelado”, dizendo que se ele a escolheu, é porque existe certamente uma espécie de fixação: “Não é à toa também que Freud emprega o termo *Fixierung* — é porque o corpo se deixa escrever algo da ordem do número”. E mais adiante, na mesma conferência, ele propõe uma modalidade de aproximação do fenômeno psicossomático na cura: “[...] é pela revelação do gozo específico que há na sua fixação, que sempre é preciso abordar o psicossomático [...]. É na medida em que, o que se espera, é dar-lhe o sentido do que se trata. O psicossomático é algo que é, ainda assim, em seu fundamento, profundamente arraigado no imaginário”. (DIMITRIADIS, 2016, p. 40).

Nessa altura Lacan passa a aproximar o FPS a uma escrita enigmática, atribuindo como um traço, uma assinatura, um hieróglifo, uma escrita imaginária que fixa um gozo específico (DIMITRIADIS, 2016).

Nicolau (2008) expressa que nesse momento²² são acrescentadas novas compreensões ao fenômeno psicossomático, indicando que as lesões seriam traços escritos no corpo, portanto, não seriam da ordem do signo, e sim da da assinatura, não teriam valor de significante. O que se passaria seria um traço sobre um corpo que é pré-significante, logo, ele não é passível de uma cifração de sentido, assim como no sintoma. A autora, nos esclarece que a partir do momento que as lesões são definidas como traços, assinaturas, Lacan estaria colocando a psicossomática na dimensão do enigma. Posto que:

Os traços são verdadeiros hieróglifos que ainda não se sabe ler, ou seja, traços escritos concebidos como “não-a-ler”, porque é um escrito indecifrável. Aí o corpo se deixa levar a escrever qualquer coisa da ordem do número. É questão, portanto, de um ciframento que não passa pela significação da letra, pela subjetivação do desejo, mas que está do lado do número, como uma contagem absoluta do gozo. Diferente do sintoma, que é uma formação do inconsciente, como uma cifração de sentido, não se trata, na clínica, de lidar com o equívoco significante jogando com sua parte de *non sense* para reduzi-lo. (NICOLAU, 2008, p. 982).

Teríamos muito mais a explorar sobre esse tema, porém, como dito anteriormente, por se tratar de um salto teórico muito grande não o faremos por ora. Mas, diante do exposto depreendemos que a essa altura Lacan passa a abordar o FPS como um hieróglifo, isto é, algo da ordem de um enigma de uma escrita no corpo. Finalizamos com uma de citação de Nicolau (2008) que é necessária para fecharmos este tópico:

O trabalho analítico nos dá esperança de realizar esta leitura, mesmo com seus limites, pois a palavra significante pode operar. Propondo situar o fenômeno psicossomático na esfera do hieróglifo, Lacan retira radicalmente este do campo do sintoma neurótico, uma vez que se apresenta a partir de uma linguagem alfabética, enquanto aquele evocaria a linguagem hieroglífica. A psicossomática pode ser considerada uma solução encontrada para um defeito de filiação simbólica, uma falha do Nome-do-Pai, constituindo-se como signos bizarros sobre o corpo, uma vez que as lesões são traços inscritos, mas pré-significantes. Este sem sentido do fenômeno psicossomático está marcado por um certo sofrimento, um gozo específico. É um sofrimento preso ao corpo, em que sobressaem as diversas formas de somatização. (NICOLAU, 2008, p. 982).

²² Vale o esclarecimento de que nesse momento de suas teorizações, Lacan já havia formulado a noção de letra enquanto o que cai no campo do real, ao lado do significante que se inscreve no campo do simbólico. (NICOLAU; GUERRA, 2012, p. 231).

4.4 Últimas colocações sobre o panorama psicossomático — de Freud a Lacan

Notamos que apesar de Freud não ter abordado a psicossomática propriamente dita, suas contribuições seguiram como grande legado para a compreensão do FPS. Nesse seguimento, Freud e Lacan compartilham certas compreensões a respeito da temática. Nas duas primeiras passagens (Seminário 2 e Seminário 3) em que encontramos referências ao FPS em Lacan, essas nos remetem ao exposto por Freud a respeito da neurose de angústia. Ou seja, há um entendimento consensual de que não devemos tomar tais fenômenos corporais do mesmo modo que o sintoma pois, como diz Freud, não há uma elaboração psíquica e sim uma invasão de angústia. Lacan, por sua vez, expressa que o FPS estaria fora da cadeia significante, portanto, não é possível desvelá-lo pela palavra, conduzindo ao caminho do real.

Tomando como referência as concepções lacanianas do real até o Seminário 11 é possível encontrar algumas definições: como aquilo que nos escapa (1953/2005), como aquilo que escapa ao simbólico (1955-1956/1988), e como inassimilável (1964/1998). Ao compreender o FPS na esteira do real, pode-se dizer que a ele é incluída uma dimensão de gozo no corpo, um gozo que escapa à linguagem e não pode ser simbolizado. Como pontuou Lacan (1966), corpo é feito para gozar.

É possível relacionar essa apresentação da angústia com o real, pois trata-se de algo que invade o sujeito e é inassimilável por ele. Do mesmo modo, Freud em seu texto “A interpretação dos sonhos”, em 1900, afere sobre um resto inassimilável no sonho, o “umbigo do sonho”. Sabemos que esse é um dos entendimentos que inspira Lacan no Seminário 11 a definir o trauma como aquilo que há de inassimilável no real da realidade sexual. Pode-se indagar se esse inassimilável é responsável por produzir no sujeito o afeto de angústia, que por seu efeito o desorienta, arrancando assim o simbólico da cena, bem como Freud (1984-1985/ 1996) se refere a uma angústia que não estaria ao lado do recalque, escapando à compreensão.

Ainda na temática da angústia, a partir das compreensões expostas no Seminário 10 (1976-1977/1978), Morais (2010) pontua que a angústia não deixa de ser uma face do real, por ser irrepresentável e inominável. Nesse seminário (1976-1977/1978), Lacan nos diz que a angústia é um afeto que não engana, portanto, não pode ser redutível ao recalque, à vista disso fica fora dos significantes e, no caso do FPS, pode-se dizer que eclode no corpo do sujeito. Nesse seguimento, Ribeiro (2009) nos expressa a respeito da angústia: “[...] ela se instala na iminência da falta vir a faltar, pela irrupção do **objeto a**, dimensão do real. O desejo seria o

antídoto para a angústia. Se ele não pode advir, o indivíduo é igualado a objeto de gozo ou de desejo do Outro.” (RIBEIRO, 2009, n.p) Como pode-se observar, no FPS o sujeito se encontraria então neste lugar, de objeto de gozo ou desejo do outro, uma vez que, pela ausência da afânise, há certa dificuldade no FPS em estabelecer o desejo no sujeito. Em outras palavras, em decorrência da ausência da afânise verifica-se uma impossibilidade de capturar o desejo do Outro, o que implica na impossibilidade de surgir como desejante.

Morais (2010) salienta que quando isso acontece, o caminho analítico se daria pela oferta da uma escuta para esse real inominável. Por diversas vezes afirmamos que o FPS não pode ser apreendido do mesmo modo que o sintoma, como uma metáfora a ser desvelada, entretanto, enquanto analistas, trabalhamos com a palavra, a escuta e a presença. Portanto, escutar a angústia seria justamente a possibilidade de escutar o real, tendo em vista que há algo do que se pode falar, pois a angústia é esse afeto que não engana o sujeito que se encontra aí, exposto em seu corpo. A aposta é que, ao falar do real de sua angústia, esse possa de algum modo começar a simbolizar a sua dor.

Dando continuidade a essas últimas colocações, depreende-se que de modo similar Freud e Lacan compreendem que tal fenômeno pode estar presente nas três estruturas, ou seja, não compõem uma nova estrutura. Quando Lacan aproxima o FPS da debilidade mental, indagamos se o FPS seria uma posição, assim como a debilidade mental o é na teoria lacaniana.

No Seminário 11 — conhecido como sendo o fim do retorno a Freud, bem como o fim do regime do significante, e o rumo ao regime do gozo — Lacan nos traz uma das mais significativas contribuições em relação ao FPS. Ele o coloca como sendo uma falha na afânise, que tem como decorrência a holófrase. Sucede-se então uma forclusão local em que alguns sítios do discurso ficam comprometidos. Tais compreensões nos ajudam avançar no entendimento da razão pela qual o sujeito é tomado pelo fenômeno psicossomático, o que nos conduz a possíveis direções na escuta de tal sofrimento.

Por fim, na Conferência sobre o Sintoma, Lacan explicita relevantes entendimentos, esclarecendo o FPS como hieróglifo que se dá-a-ler numa escritura desconhecida do simbólico, sendo uma escritura no real. Por essa razão ocorre certa dificuldade ao tentar decifrá-lo de forma habitual, como se faz com os significantes. Lacan faz uso de seu conceito de letra para compreender o que se passa no FPS, a letra que seria o significante deslocado de qualquer significando, o litoral entre saber e gozo — Seminário 20 — (FONSECA, 2007). Em conclusão, uma citação de Fonseca (2007) que, somada ao que já foi dito, parece penetrar no ponto exato do que se sucede no FPS:

Ao que parece, algo inscrito no psiquismo do ser falante, pela linguagem do Outro, num momento tão primitivo que se apaga; algo que tem representação psíquica, como nos dirá Freud, mas que risca, ficando ilegível, mas ainda assim inscrito em sulco, marcando e produzindo efeitos; inscrição que, de certa forma, traça uma borda, circunscrevendo o irrepresentável. (FONSECA, 2007, p. 4).

5 ENSINAMENTOS DO TRANSTORNO SOMATOFORME À PSIQUIATRIA

Como explicitado, a presente pesquisa é produto do trabalho da autora como analista no ambulatório SOMA, trabalho esse que teve início em 2017, ocasião em que a pesquisadora passou a integrar efetivamente a equipe do SOMA. Diversas questões foram suscitadas diante do experienciado no ambulatório, mas a que mais intrigava a pesquisadora estava diretamente imbricada à sua vivência institucional inserida em um complexo psiquiátrico — o Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP. A autora direcionou múltiplas indagações, com o intuito de compreender o cenário da psiquiatria na atualidade: O que teria ocorrido à psiquiatria? O que teria levado a psiquiatria contemporânea ao abandono da clínica?

Até o presente momento foi possível observar como se estabeleceu o manual padrão da psiquiatria moderna, bem como o que precipitou seu surgimento e a que interesses ele atende. Também abordamos as conceituações teóricas a respeito do FPS na teoria psicanalítica. Mesmo que não haja uma sobreposição entre FPS e TS no sentido de serem equivalentes nomeados de formas diferentes, esclareceu-se que as concepções de entendimento diagnóstico e clínico partem de paradigmas distintos. Dando continuidade, seguiremos para este último capítulo em que se pretende articular o exposto até então com a experiência da pesquisadora no ambulatório.

O esforço de pesquisa trata-se de demonstrar através da experiência no ambulatório que é possível encontrar exceções e brechas nesses processos totalizantes, mesmo em contextos de cuidado e tratamento inseridos no cerne da psiquiatria contemporânea — logo, no IPq. O TS e seus sintomas inexplicáveis do ponto de vista da medicina interrogam o saber médico dentro de sua própria morada. A pesquisa testemunha uma operação de resistência em relação ao silenciamento imposto pelo manual, isto é, o silenciamento da subjetividade em nome da ciência. Não há outro caminho senão a retomada dos pressupostos que sustentam a especificidade psiquiátrica: a clínica. O ambulatório vem comprovar que a clínica é insuperável, necessária e incontestável. Não à toa a equipe do SOMA é composta por psicanalistas, incluindo psiquiatras-psicanalistas. Ao longo dos anos de trabalho a pesquisadora testemunhou através de diversas vivências e de seu encontro com os residentes um caminho inverso ao que vem sendo o horizonte da psiquiatria, uma espécie de “furo”, um respiro ao imposto, e é isso o que se pretende engendrar a seguir através de relatos do ambulatório. Antes de adentrarmos nos testemunhos das experiências vivenciadas pela analista no SOMA, faz-se necessária uma breve introdução ao funcionamento do ambulatório.

5.1 Introdução ao Ambulatório SOMA

Como apresentado na Introdução, o ambulatório integra o programa de formação e residência em psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), sendo assim, o SOMA seria um ambulatório-escola, ou seja, para além dos atendimentos aos pacientes, o ambulatório tem como intuito compor a formação dos futuros psiquiatras. À vista disso, diversas discussões e problematizações em relação à formação dos residentes fazem parte do cotidiano da equipe. Discutiremos algumas delas adiante, ao passo que essa é uma das questões centrais da pesquisa: os ensinamentos e aprendizagens dos jovens residentes em seu caminho para tornar-se psiquiatras. A experiência da analista no ambulatório e os aprendizados dela procedentes estão alinhados à possibilidade ímpar de presenciar um momento de formação, pois em tal momento esses jovens estão mais propensos a atravessar outros discursos em direção à construção de seu saber. Provavelmente o cenário não seria o mesmo se se tratasse de psiquiatras já formados exercendo sua profissão.

O programa de residência em psiquiatria tem duração de três anos, ao longo dos quais os residentes passam por diversos serviços, ambulatórios, enfermarias, atendimento em psicoterapia e plantões psiquiátricos. O SOMA integra o programa de formação no primeiro ano de residência, desse modo os residentes são divididos em duas equipes e cada uma delas atua quinzenalmente às quartas-feiras, dia de funcionamento do ambulatório (até o momento de conclusão desta dissertação). Nesse dia toda a equipe reúne-se presencialmente para as atividades do ambulatório, que consistem em: reunião de equipe (clínica e administrativa), atendimentos psicanalíticos individuais ou em grupo, atendimentos clínicos dos residentes, supervisão de residentes e discussão com analistas, supervisão da equipe de psicanalistas, e apresentação de caso novo.

Para que um paciente seja admitido no SOMA é preciso que ocorra um encaminhamento interno. O Hospital das Clínicas integra a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) como um serviço terciário em saúde, portanto, um serviço de alta complexidade. Dessa forma, para ser atendido por algum dos serviços do complexo HC, é preciso que tenha havido encaminhamento da rede de saúde e então se sucede um reencaminhamento interno no próprio HC. Com frequência, os pacientes do SOMA vêm encaminhados da neurologia, da hematologia e dos grupos de dor do hospital. Pelo fato de o HC ser um extenso complexo médico há um dispositivo nomeado de “interconsultas”, em que uma especialidade pode solicitar à outra uma consulta e

acompanhamento para avaliação e definição diagnóstica, sendo assim, muitos pacientes do SOMA são procedentes do dispositivo interconsultas. Embora algumas vezes ocorra, não é comum que esses pacientes venham através de indicações dentro do próprio complexo psiquiátrico (IPq), isso porque geralmente se trata de queixas orgânicas e passam antes por outras especialidades médicas. À vista disso, muitas vezes o SOMA se configura como a primeira passagem dos pacientes na ala psiquiátrica.

Para que um paciente seja tratado pelo SOMA, é preciso primeiramente passar por algumas entrevistas de triagem que são realizadas pelos psiquiatras e residentes, assim como passam por uma avaliação do neurologista da equipe do SOMA. Essa triagem tem como intuito garantir que o ambulatório seja, de fato, o local adequado para o paciente. Quanto aos critérios para estabelecer tal diagnóstico, estes não são apenas provenientes do DSM. Quando se trata do transtorno somatoforme nem mesmo o manual tem critérios precisos, haja vista a mudança de nomenclatura do diagnóstico realizada na última versão do manual (DSM-V), em que se passa a nomear como “Sintomas Somáticos” e “Transtornos Relacionados”, pois a nomenclatura anterior gerava falta de fidedignidade nas avaliações de sintomas inexplicáveis por causas orgânicas, e dificuldades na estratégia de tratamento.

O ambulatório já tem mais de dez anos de existência, portanto, nesse percurso alguns critérios diagnósticos de admissão foram desenvolvidos, sendo que o critério central está relacionado aos efeitos que esse sintoma acarreta à vida do paciente: se ele deixou de trabalhar em função de seus sintomas, se precisa de cuidados diretos de algum familiar etc. Muitas vezes, em decorrência de seus sintomas inexplicáveis e incuráveis, os pacientes perdem o emprego, passam a ter que morar com outros familiares, ou necessitam de cuidados específicos. Assim sendo, recorrem a aposentadorias por invalidez, dentre outros benefícios, e suas rotinas passam a ser a de ir a médicos, consultas, realizar exames e procedimentos.

Nesse sentido, o critério de admissão inclui uma compreensão mais ampla das vivências de sofrimento do paciente diante de seu adoecimento, seu sintoma não é reduzido, portanto, apenas à ausência de uma epistemologia orgânica. Esse critério estabelecido pelo manual pode ser bastante controverso, pois não é possível afiançar com certeza que não haja causas orgânicas ou fisiológicas de qualquer natureza nesses pacientes. A experiência do ambulatório prova que isso seria impossível, assim como constituiria um reducionismo do sujeito, que continuaria sendo acometido por sintomas de origem orgânica ao longo de seu tratamento. É evidente que a queixa que traz tal paciente é investigada com cautela para que se possa realizar o diagnóstico de TS, pois em geral essa queixa específica não encontra explicação sob as bases da medicina

clássica, mas isso não é o mesmo que dizer que os pacientes não serão mais acometidos por sintomas orgânicos, nem que suas queixas orgânicas são inexistentes, elas apenas não encontram explicações pela vertente do discurso da medicina. Refletindo a respeito do critério central de admissão dos pacientes, nele há embutida uma aposta em que algo de suas próprias vidas possa ser retomado para além de sua doença.

No SOMA há a todo tempo um esforço de trabalho conjunto entre psiquiatras e psicanalistas. Embora as diferenças de cada especialidade estejam garantidas nos debates, busca-se acrescentar as diferentes compreensões sem sobrepor uma à outra pois, assim como esclarece Lacan (1966/2001), o lugar da psicanálise na medicina é extraterritorial. Atualmente tem sido discutida pela equipe a possibilidade de os psicanalistas participarem das entrevistas iniciais desde o processo de triagem, essa participação tem como intuito que os residentes possam ter outras experiências de entrevista acrescidas em seu repertório. Outra experiência que não apenas a do histórico médico completo da doença, e sim em que seja possível incluir desde o início os dizeres dos pacientes, bem como para que os residentes tenham a oportunidade de aprender a investigar sobre a história deles e sobre os entendimentos próprios dos pacientes em relação ao seu adoecimento. Essa mudança surge como perspectiva, pois a equipe de psicanalistas compreendeu que seria benéfica tal vivência aos residentes, uma vez que nos demais ambulatórios a eles já é exigido o uso rigoroso dos critérios psiquiátricos tradicionais — incluindo o manual —, de dados observáveis, dentre outros critérios específicos da medicina.

Depois da triagem, são realizadas as entrevistas de caso novo, onde os pacientes passam por uma segunda etapa de entrevistas. Dessa vez o paciente se apresenta para toda a equipe, incluindo psicanalistas. Após discussão, é definido se o paciente será atendido ou não pelo ambulatório, caso o não atendimento seja definido, encaminhamentos são realizados. Quando o paciente é admitido no ambulatório, ele deve consentir em ser atendido semanalmente por algum membro da equipe de psicanalistas. Os familiares também devem consentir em comparecer, há um grupo de atendimento psicanalítico direcionado a eles. Uma vez admitido o paciente já começa a ser atendido pelo residente, quinzenal ou mensalmente, assim como ingressa em um grupo de recepção conduzido por um analista da equipe e, posteriormente, será encaminhado ao atendimento psicanalítico individual ou em grupo.

Os atendimentos ofertados pelos residentes têm duração de uma hora, quando busca-se estabelecer algum vínculo entre paciente e futuro psiquiatra. Nesse momento, os residentes encontram-se quase que diante de uma oportunidade única em sua formação, o exercício da escuta e a tentativa de não responder à demanda de cura por parte dos pacientes, como

observaremos a seguir. Para além da escuta, os residentes devem ministrar a medicação de seus pacientes, o que não se resume a uma tarefa simples de balanceamento químico entre os efeitos dos psicofármacos. Quando se trata da terapêutica medicamentosa do SOMA pode-se dizer que alguns dos pacientes utilizam medicamentos psiquiátricos e que em alguns casos a estes são acrescidos outros fármacos, como analgésicos e até mesmo opióides. Há também os pacientes que usam apenas os medicamentos analgésicos.

A terapêutica medicamentosa se configura como um dilema pois não há medicação específica para o TS, uma vez que as lesões, principal queixa referida, encontram-se no corpo. Portanto não é tarefa simples ministrar os psicofármacos de modo adequado, pois não há necessariamente uma queixa precisa nesse sentido. Para além disso, os pacientes em geral ainda seguem frequentando outros serviços de saúde, por causa da especificidade de seus sintomas orgânicos, sendo assim, ingerem uma quantidade significativa de medicamentos advindos de diversos serviços e de distintas prescrições, como por exemplo o uso de opióides, que em hipótese nenhuma são ministrados pelo SOMA. Distante do ideal, nem sempre há um diálogo entre os demais serviços, o que faz com que uma das funções do residente também seja a regulação da medicação em uma única conduta.

Após a realização dos atendimentos, os residentes são supervisionados semanalmente pelos psiquiatras. Essas discussões de caso costumam ser bem mais longas do que as que presenciam ao longo do programa de formação, e nessa ocasião eles também têm a oportunidade de discutir o caso com os analistas. Em linhas gerais, é assim que se estabelece a rotina dentro do ambulatório SOMA.

Neste momento serão discutidas algumas das experiências vivenciadas pela pesquisadora no ambulatório, pretende-se articular tais relatos ao exposto até aqui, incluindo os aprendizados obtidos nos capítulos anteriores. A exposição tem como intuito elaborar as preleções propiciadas por essa clínica tão específica e as contribuições delas para os futuros psiquiatras. Os relatos foram divididos em três temas: articulação de vinhetas clínicas do ambulatório com o manejo do FPS a partir da teorização freudo-lacanianiana, apresentação de caso novo, e articulação a partir do contato com os residentes. Através das vinhetas clínicas pretende-se elaborar o manejo do real psicanalítico, distinto do real da ciência que supõe dar conta do sujeito a partir de seus discursos universais. Com as apresentações de caso pretende-se demonstrar como essa prática, tão comum à psiquiatria clássica, pode propiciar uma oportunidade de ensino e um resgate da prática clínica psiquiátrica. E, por fim, a partir das articulações do contato com os residentes pretende-se ilustrar os ensinamentos e

questionamentos que permanecem desse percurso, bem como a possibilidade de retorno à clínica psiquiátrica.

Antes de adentrarmos em cada um destes temas, faz-se importante esclarecer que os relatos a seguir são fruto da experiência da pesquisadora no ambulatório SOMA, portanto são narrativas recolhidas pela pesquisadora ao longo de cinco anos de atuação, contendo descrições de casos, relatos de situações vividas no ambulatório, relatos de reuniões, narrativas de conversas informais, dentre outros.

5.2 Articulações entre o FPS e o Ambulatório SOMA

No ambulatório podemos encontrar o fenômeno psicossomático manifestado nas três estruturas referidas pela psicanálise: neurose, perversão e psicose. Na medida em que se busca transpor o transtorno somatoforme às compreensões psicanalíticas a respeito do FPS em relação ao diagnóstico, tratamento e alta, é plausível que haja certo desencontro, pois não é possível que sejam sobrepostos. Nem todo paciente que apresenta um sintoma fisiológico persistente e sem causa orgânica pode ser diagnosticado como TS, da mesma forma que nem sempre haverá um equivalente em relação às compreensões psicanalíticas no que tange ao fenômeno psicossomático. Pretende-se descortinar a temática a partir de vinhetas clínicas, partindo das compreensões psicanalíticas até aqui expostas acerca do FPS. Apresentaremos de maneira breve alguns relatos clínicos com o intuito de articular o exposto teórico à prática.

Podemos observar questões a respeito da hipocondria em uma paciente psicótica, que a todo tempo precisa medir sua pressão, ou mesmo se pesar na balança com certa frequência. Esta seria para ela uma garantia de que seu corpo ainda se encontra lá, de que não irá morrer, pois a ideia lhe apavora, há um medo constante que a cerca em relação à morte. Esse medo se presentifica na aflição de estar doente, no pavor de ser acometida por uma alergia fatal a determinado produto, dentre outros pavores. Ou ainda, por exemplo, acredita que irá morrer de alguma doença cardíaca, logo, se praticar atividade física leve, como caminhada, poderá perder o excesso de peso e não morrer de um ataque fulminante no coração. Ao mesmo passo que, se essa atividade física extrapolar, ela pode ficar muito cansada e ainda assim morrer pelo excesso. Não há, portanto, uma medida possível, alguma dosagem de gozo que possa fazer frente a essa

invasão do real. Esse controle segue de modo delirante e paranóico, ao mesmo tempo em que há uma grande invasão de angústia no corpo.

A morte a persegue desde seu nascimento. Sua mãe prosseguiu com uma gravidez indesejada sem o pai da criança — que não quis assumir a filha —, demorou a realizar os exames pré-natais, e por essa razão relatou posteriormente à filha que por vezes, durante a gestação, não sabia se ela estava viva ou morta. A filha, no que lhe toca, permanece nessa dúvida, se está viva ou morta, e precisa assegurar-se dela a todo tempo. A paciente direciona à analista perguntas como: “Você acha que se eu usar tal produto irei morrer?” e muitas outras nesse sentido, precisando assim que o outro lhe garanta que segue viva, pois à medida que angústia lhe invade, lhe avassala, resta-lhe apenas a dúvida entre estar morta ou viva.

Nota-se que a paciente poderia integrar qualquer outro serviço de saúde mental para seus cuidados — Hospital-Dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)... —, entretanto, ela é tratada no ambulatório SOMA pois o seu diagnóstico de hipocondria é compatível com os critérios do TS no manual. Não há aqui o intuito de expressar que o diagnóstico foi realizado de modo inadequado, apenas expõe a complexidade e a diversidade dos casos presentes no ambulatório SOMA, assim como mostra o quão complexo é o FPS, que pode manifestar-se em qualquer estrutura psíquica, e a hipocondria é bastante comum na estrutura psicótica, como nos esclareceu Freud (1894-1895/1996).

Outra paciente também psicótica e com o diagnóstico de síndrome de Crohn²³, traz como queixa diversos sintomas referentes à doença, tais como: diarreias, dores na região anal, no canal do reto, dentre outras queixas. A paciente teve uma infância muito sofrida, marcada por diversos abandonos e violências de todos os tipos. Ela relata em análise que por vezes tem medo de transbordar, de cometer um excesso e, em suas palavras, diz: “tenho medo de passar ao ato”. A construção dessa frase é fidedigna ao dizer da paciente, o que é curioso pois nos remete justamente às formulações psicanalíticas da passagem ao ato. Quando se refere a esse ato, diz temer ser invadida por uma força maior de ódio, diz que ficaria “orzigada” — palavra que profere quando se sente invadida, perseguida —, que algo maior que ela faria com que fizesse coisas que não deseja fazer, como por exemplo, certa vez em que feriu de modo grave a sua filha e não se recorda. Como uma possível interpretação para essa lesão — síndrome de Crohn —, para invasão do fenômeno em seu corpo, compreende-se que ele pode de algum

²³ Síndrome de Crohn: doença intestinal inflamatória e crônica que afeta o revestimento do trato digestivo, podendo causar dor abdominal, diarreia, perda de peso, anemia e fadiga. Causas psicossomáticas se apresentam como fatores significativos de sua etiologia.

modo organizá-la, visto que a invasão da diarreia se apresenta localizada em um órgão específico. Posto isso, infere-se que a diarreia seria uma possível suplência, uma invasão recortada em um órgão, ao invés da invasão “do ato” que seria total. Podemos encontrar reflexão similar em Fonseca (2007):

Mediante um encontro traumático, contingente, com o real, ocorre um retorno de gozo no corpo que é circunscrito pelas lesões que provocam, assim, o 'enlouquecimento' do organismo. Com isso, acredito que o FPS Promova um enlaçamento com a realidade, permitindo uma nomeação, ou melhor, um apelido para o sujeito por meio da doença (já que tal nomeação não se faz por meio da lei), mediante essa vivência impossível do não-ser, do “estar sem chão”, trazida pelo trauma. Isso pode ser percebido em caso de psicose, no qual o indivíduo alterna surtos de delírio ou alucinações com lesões psicossomáticas. (FONSECA, 2007, p. 6).

Ou seja, essas lesões podem promover algum apelido, ou até mesmo alguma mediação para sujeito. Essa compreensão traz como particularidade que na psicose a invasão no corpo pode ser justamente o contorno, como uma suplência, com efeito, uma alternância entre delírios e lesões psicossomáticas. O desenvolvimento minucioso dessa compreensão, infelizmente ficará para um trabalho futuro.

Encerraremos com um último relato. Trata-se de uma mulher de trinta e poucos anos que traz como queixa dores extremas na região lombar, que chegaram a causar paralisia parcial por cerca de um ano, e declara fortes dores de cabeça. Ela conta que essas dores ocorreram de modo repentino após um episódio que nomeia como “abraço de urso”. Na ocasião da ocorrência ela trabalhava como garçonete em um restaurante. Foi quando um cliente que se dizia massoterapeuta se propôs a estralar suas costas, alegando que sua postura estaria incorreta. Então, ele a levou para um local mais reservado do restaurante e a abraçou por trás duas vezes, em um movimento que a puxava contra ele. Depois disso, ela diz que a sua vida mudou, que nada mais foi o mesmo, esse “abraço” acabou com sua vida e lhe levou a uma dor profunda no corpo, bem como um sofrimento psíquico incessante. Ela relata ainda que antes disso a sua vida era boa e que não tinha nenhum problema fora do comum, mas que depois nunca mais seria a mesma.

Dado o modo como a paralisia ocorre, em decorrência do “abraço de urso”, pode-se ponderar que se trata de uma conversão histérica, entretanto nota-se que nessa paciente há algo que escapa à simbolização, não seria como no sintoma, uma metáfora a ser decifrada. Como aclarado no capítulo anterior, a conversão histérica se trata de uma descarga de tensão sexual na esfera somática. Há no corpo um objeto carregado de uma representação psíquica fruto de um conflito inconsciente, e em decorrência dessa descarga somática ocorre a presença de uma anatomia fantasmática. Sendo assim, há também uma espécie de desconexão com o que é

produzido no corpo, mas se trata de um sintoma produzido por um conflito inconsciente. Em contrapartida, assim como expôs Freud, quando se trata das neuroses atuais não seria uma anatomia fantasmática, o que ocorre seria uma ausência de trabalho psíquico e, assim, uma excitação somática que é descarregada no corpo sem mediação simbólica seria como a energia física que não consegue penetrar no âmbito psíquico. É essa a aposta do que se passa com tal paciente. A angústia que lhe invade não é sem consequência, por várias vezes a paciente tentou o suicídio, pois a angústia no corpo a conduzia a uma tentativa de passagem ao ato como uma possibilidade de alívio.

Ao longo de três anos de acompanhamento com a psicanalista o modo como a paciente relata suas queixas foi se transformando. Anteriormente eram sempre queixas que se referiam diretamente ao corpo: “minha cabeça dói”, “minhas costas doem”, “não é possível, tem algo de errado comigo, não pode ser que alguém mais tenha isso também”, “não consigo acreditar que o mal pelo qual eu sofra não tenha nenhuma causa orgânica”. Aos poucos, ela foi alcançando momentos de maior abstração, em que contou que é como se o seu corpo estivesse em uma constante sensação de ressaca: nem sabia mais se doía ou o que doía. Até o atual momento, em que diz que o corpo não dói mais, e profere: “viver dói”, “algo me invade, sem que eu possa perceber ou controlar”, “é uma sensação de morte em vida”, “é como se meus pés não estivessem no chão”, “às vezes digo que consigo pensar, mas é um pensamento superficial junto com um medo de enlouquecer”.

Chegamos então a uma sessão recente, quando a paciente diz que aquele abraço a violentou, assim como o acidente que sofreu quando criança. Quando tinha três anos ela sofreu um acidente de carro, o pai dirigia, a mãe estava no banco da frente, ela e as irmãs no banco de trás. Sua mãe faleceu e ela sofreu graves ferimentos, sendo logo depois separada das irmãs, quando passou a morar com uma tia na região nordeste do Brasil. Repentinamente interrompendo suas repetições habituais que giram em torno de se vitimizar, ela segue com a sessão afirmando em uma sequência: “aquele abraço me violentou, o acidente me violentou”. Ao que conclui que antes do acidente era feliz, assim como antes do abraço, mas é como se este, invasivo e sem permissão, a tivesse conduzido a uma ruptura, tal qual ocorreu com o acidente que marca sua entrada na vida, isto é, uma invasão, e novamente ela nada pôde fazer.

Nesse caso, compreende-se que o FPS esteja relacionado à estrutura neurótica, posto que o fenômeno psicossomático pode se apresentar em qualquer estrutura. Apesar de que, com o passar dos anos em seu processo analítico, a paciente tenha se tornado de certo modo capaz de simbolizar o que se passa com ela, e até mesmo de nomear um significante da violência e

fazer associações a partir dele, não se aposta se tratar de um sintoma da ordem do recalque. Se se tratasse de uma conversão histérica, por exemplo, estaria referida a um conflito inconsciente de origem sexual. Entende-se que mesmo que o “abraço de urso” remeta a uma cena íntima, de um possível desejo recalcado, trata-se de algo anterior que marca sua constituição, do trauma da perda da mãe, em outras palavras, uma escrita que não se faz ler.

Soler (2018) elucida que cabe ao sujeito carregar as marcas deixadas por um trauma ao qual não pôde reagir e contra o qual não teve como lutar. Em seu ponto de vista, Fonseca (2007) expressa que, de modo distinto do sintoma, o FPS encontra-se fora da subjetivação, ou seja, a lesão é uma construção não simbólica escrita no corpo, da qual o sujeito não pode se apropriar e dela permanecendo alheio. Usando as palavras de Fonseca (2007):

[...] por outro lado, esse inassimilável pode produzir efeitos e afetos, plenos de angústia, que desorientam o sujeito, arrancando-o da cena simbólica ao tirar-lhe as palavras da boca. Resta ao sujeito criar, construir um saber possível que, ao mesmo tempo que bordeja o horror dessa vivência, dando alguma vazão ao afeto aprisionado [...]. (FONSECA, 2007, p. 4).

Embora, a paciente expresse que foi depois do “abraço de urso” que tudo mudou, em sua análise testemunha que muito antes disso já apresentava dores em seu corpo, mas que não eram tão intensas. A hipótese é que o “abraço” a tenha invadido assim como o acidente, que também a deixara paralisada, mas, de outro modo, naquele momento de sua vida e morando distante da família, separada das irmãs e do pai, não foi possível simbolizar o trauma que marcou sua vida, como uma escrita que não pode ser lida, um hieróglifo, isto é, uma escrita distinta do simbólico, escrita no real do corpo. Não à toa o episódio do “abraço de urso” ocorre logo quando ela vem morar em São Paulo novamente e retoma o contato com a família.

Essa apresentação de vinheta clínica ilustra como o tema do FPS é árido, mesmo dentro da própria psicanálise. Devido a sua sobreposição nas três estruturas nem sempre é simples compreender como se manifesta o FPS em cada uma delas, se trata-se de uma posição do sujeito, assim como de sua debilidade. Pode-se concluir que mesmo que o FPS não seja da ordem do significante, a psicanálise é capaz de ofertar ao sujeito a possibilidade de mediar o gozo do corpo que é invadido, a partir da aposta na cura pela fala e através da mediação com a palavra. Rinaldi, Nicolau e Pitanga (2013) expressam que quando o sujeito se encontra petrificado por sua doença seu corpo se torna fonte ilimitada de gozo, em outras palavras seria um corpo do qual a palavra desertou, não havendo assim uma escrita legível.

No entanto, quando o sujeito começa a falar, há uma aposta em que afânise possa ocorrer de algum modo, como se houvesse um caminho possível do fenômeno ao sintoma, a ideia é de

que se possa estruturar um sintoma analítico, um sintoma/queixa e que assim o sujeito pode falar para além da doença. Pois, mesmo que os significantes primordiais estejam holófraseados no FPS, não significa de modo algum que não haja um sujeito ali, como explicitado. Alguns sítios do discurso ficam comprometidos, porém outros não. A aposta encontra-se aí, na possibilidade de o sujeito circular fora desse sítio que não foi acometido pela holófrase.

Sendo assim, a direção da fala do sujeito em análise pode conduzi-lo para o desejo e para se avir com a sua própria história, saindo do gozo no corpo, rumo a uma invenção. De acordo com Rinaldi, Nicolau e Pitanga (2013), o processo de análise seria o trabalho de sair dessa fixação para escrever a própria história, e pontuam: “O que se espera na direção da cura é um tratamento do gozo que possa bordejar o real, dar-lhe um sentido, sentido esse que aponta para um gozo específico, sustentado por um significante indutor, ao qual o sujeito está aprisionado.” (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013, p. 103). Isso é o que podemos observar no relato do caso, o entendimento exposto aqui é que, nesse caso, não se tratava desde o início de um sintoma, entretanto, diante da oferta da palavra e da escuta em análise, algo que pôde se deslocar. Esse é um caminho tortuoso e lento, repleto de idas e vindas, até hoje em alguns momentos a busca por explicações orgânicas para seu acometimento retorna, mas pode-se dizer que já há um caminho possível simbolizável para a invasão de gozo da qual é acometida, uma redução e assim uma via para o desejo.

Diante da particularidade do FPS, uma das possíveis direções seria a tentativa da passagem do gozo ao inconsciente, no entanto, a essa direção é acrescida um obstáculo diante do discurso da medicina, que tem como efeito justamente obturar o gozo do corpo a partir da falha epistemo-somática, como denuncia Lacan. Não há outro modo senão, a partir das concepções psicanalíticas, novamente sustentar o lugar do sujeito, impondo assim alguma possibilidade de barreira ao discurso médico (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013). Miller (1997) explicita que há na ética médica uma estreita ligação com a norma, a ética médica, portanto, seria aquela que dita as normas de bom comportamento, as normas de conduta, as normas de harmonia do corpo e as normas de boa saúde. Ao que observamos que, em contrapartida, a ética psicanalítica é aquela que sustenta o desejo e, portanto, sustenta aquilo que o sujeito tem a dizer, num sentido absolutamente distinto de qualquer norma, pois o inconsciente foge à normas.

Sabe-se que o desejo na concepção lacaniana é o que se opõe ao gozo, o desejo, portanto, seria aquilo que faz limite ao gozo pois, de modo distinto deste, o desejo pressupõe o Outro. Para que haja desejo é preciso que ocorra a operação de alienação e separação, isto é, a afânise.

Por outro lado, sabe-se que justamente o FPS decorre de uma falha na afânise. Seria o mesmo que dizer que no FPS o sujeito não tem desejo? Essa pergunta soa como armadilha, pois mesmo diante da psicose compreende-se que é preciso se sustentar, enquanto posição ética psicanalítica, que há sujeito de desejo. Compreender que não há desejo equivaleria, por exemplo, à crítica postulada ao entendimento do funcionamento pré-operatório de P. Marty. Nos dizem Rinaldi, Nicolau e Pitanga (2013): “Os FPS atravessam o trabalho de análise de maneira peculiar, silenciosa e insidiosa, interrogando a psicanálise nas suas bases, exigindo um posicionamento ético do psicanalista.” (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013, p. 101).

Mesmo que o FPS resista à decifração, pois é uma escrita ilegível, o analista deve apostar na passagem do fenômeno para algo do alcance da interpretação, de modo que, como consequência, a perda de gozo seria inscrita no inconsciente, abrindo caminho para a aparição do desejo. Tal passagem só é possível sustentada pelo desejo do analista: “O desejo do analista é o único que sustenta o ato e torna possível uma mudança de posição do sujeito em relação ao saber.” (RINALDI; NICOLAU; PITANGA, 2013, p. 105). Por fim, pode-se dizer que esse é um dos ensinamentos primordiais ofertados a partir da leitura freudo-lacaniana do FPS: a sustentação de uma posição de desejo para manejar o gozo, desejo de que se instaure uma mudança de posição do sujeito em relação ao saber. Desejo este que só pode ser sustentado pela ética psicanalítica do inconsciente, dito de outra maneira, pelo não saber.

5.3 Apresentação de caso novo

A apresentação de caso novo trata-se da última etapa de triagem para o ingresso do paciente no SOMA. Quinet (2001) esclarece que a apresentação de pacientes é uma prática contemporânea ao nascimento da psiquiatria, sendo utilizada desde o final do século XIX pela psiquiatria clássica alemã, por grandes nomes do campo psiquiátrico como Griesinger, Kraepelin, Bleuler e Kalhbaum, também utilizada pela psiquiatria francesa com Esquirol, Sérieux, Capgras, Magnan, Lasègue, Clérambault, Séglas e Charcot.

O autor explana que a apresentação de casos em psiquiatria tem como propósito a realização diagnóstica, bem como configura uma oportunidade de transmissão e ensino. Nascimento e Vorcaro (2020) ressaltam que a função desse dispositivo em psiquiatria é a de submeter o paciente a um exame público conduzido por uma especialista, em que há a atribuição

de transmitir conhecimento, uma vez que a apresentação demonstra/ilustra determinadas patologias. Ao longo da história da psiquiatria, esse dispositivo se mostrou um relevante recurso para a apreensão minuciosa dos fenômenos, para busca da compreensão dos mecanismos subjetivos neles envolvidos, assim como para novas descobertas de categorias nosológicas (QUINET, 2001). Entretanto, a função clínica do diagnóstico, tão cara à psiquiatria, na atualidade tem sido apenas referenciada pelo uso dos manuais CID e DSM, e a tão estimada prática de apresentações de pacientes parece ter sido abandonada.

No caso do SOMA, que está inserido dentro de um complexo psiquiátrico clássico, o uso desse dispositivo ainda segue corrente, assim como também é utilizado em outros ambulatórios dentro do Instituto. Ao tomar essas apresentações apenas do ponto vista psiquiátrico, por vezes pode se colocar como uma experiência incômoda de ser assistida/presenciada, pois a depender de como essa apresentação seja conduzida trata-se apenas da exposição do sujeito para comprovação de fins científicos.

Tal constatação nos faz retomar as apresentações de paciente realizadas por Charcot (1825-1893) em Salpêtrière. Quinet (2001) esclarece que, embora muitos contemporâneos tenham aprendido diante das exposições proferidas pelo neurologista, *a posteriori* suas apresentações foram responsáveis por certa controvérsia e até mesmo incômodo dentro do campo da psiquiatria. Suas apresentações traziam particularidades: a maneira como conduzia as entrevistas levava a um verdadeiro espetáculo, e havia muitos questionamentos se durante a sua condução das históricas ele não as estaria sugestionando. Suas lições eram comparadas a peças de teatro, pois o público tinha papel central na aparição dos fenômenos históricos, ao que conclui Quinet (2001): “Com efeito, os pacientes apresentados por Charcot eram objetos de observação, objetos expostos para a verificação da ciência e para o interesse do público.” (QUINET, 2001, p. 85).

Ainda que as lições de Charcot tenham sido relevantes ao ensino da psiquiatria, a reprodução desse modelo de apresentação de caso deve ser tomada com ressalvas, pois parte de uma observação em que há inscrito de antemão um saber em que as respostas às perguntas do médico se encaixam em categorias diagnósticas preestabelecidas, que por sua vez têm como única função comprovar o saber psiquiátrico. Portanto, cabe ao médico exclusivamente, através de perguntas preestabelecidas, observar os signos que o conduzirão a um diagnóstico definido por ele próprio. Desse modo, a singularidade do paciente fica fora de cena, sua fala apenas é considerada para a validação de um saber prévio (NASCIMENTO; VORCARO, 2020).

À medida que a psicanálise avança são compreendidas outras maneiras de condução da apresentação de caso, em que se utiliza o referencial psicanalítico como suporte. Quinet (2001) expõe que, embora Freud tenha realizado apresentações de pacientes, estas ocorreram principalmente antes de 1900, ano de publicação da “Interpretação dos sonhos”, quando optou por construir a escrita de seus casos clínicos em análise, no lugar das apresentações de caso. Lacan, por sua vez, manteve durante toda a sua trajetória as apresentações de casos no hospital psiquiátrico de Sainte-Anne. Seu percurso de apresentações teve início com a paciente Aimée e como fruto gerou sua tese de doutorado. Mesmo que esse modelo de apresentação de pacientes tenha sido criticado por ser considerado um dispositivo de abuso do poder médico e de objetificação do paciente, Lacan seguiu com as apresentações, porém subverteu o seu propósito, colocando o sujeito do inconsciente como eixo central.

Nascimento e Vorcaro (2020) acentuam que ao longo de seu percurso de quase três décadas, suas apresentações de pacientes parecem ter funcionado como uma espécie de fio condutor de seu ensino. Sem deixar de lado a prática clássica oriunda da psiquiatria, Lacan transformou suas apresentações de caso em uma oportunidade de encontro com o analista, com uma função de ensino, partindo de uma clínica do sujeito do inconsciente, assim como expressa Quinet (2001):

Com Lacan, a apresentação adquiriu um novo significado, por ser de outro estilo: deixou de ser mostraçõ e ilustraçõ de quadros clínicos para se tornar entrevista, encontro, tiquê, em que o elemento surpresa, essencial na abertura do inconsciente, é fruto do acaso propiciado pelas circunstâncias. Nela, o analista não ensina, mas é ensinado, tal como quem assiste à apresentação, pelas formações do inconsciente do próprio paciente, que ocorrem durante a prática sempre como se fosse por acaso. (QUINET, 2001, p. 87).

Em seu estilo de apresentação de pacientes, a relevância estava colocada na singularidade de cada fala, tanto em relação ao enunciado quanto em relação à enunciação, sendo assim, em Lacan a apresentação de pacientes seria fundamentalmente um exercício de fala em que todos os poderes são dados à fala do sujeito, seria este a apresentar sua história, seus sintomas e sua questão (QUINET, 2001).

A apresentação de caso se configura também como uma aprendizagem que não parte de um saber suposto. Miller (1997) nos expressa que o que Lacan traz em suas apresentações seria uma lição de humildade, posto que é o sujeito que ensina e, sobretudo, aprende-se que não é possível saber tudo sobre determinado sujeito. Lacan (1973/2003) afirma: “[...] os sujeitos de um tipo, portanto, não têm utilidade para outros do mesmo tipo. E é concebível que um obsessivo não possa dar o menor sentido ao discurso de outro obsessivo.” (LACAN, 1973/2003, p. 554).

Nascimento e Vorcaro (2020) afirmam que Lacan adverte que o discurso analítico não franquia a clínica psiquiátrica, pois esta funciona de modo distinto: é prévia, e nos dizem:

Mesmo os sintomas apresentados por sujeitos que poderiam ser classificados como pertencentes ao mesmo tipo clínico não respondem à mesma lógica, não cumprem para o sujeito a mesma função, o que coloca para o analista a necessidade de trabalhar sempre renunciando ao “quadro clínico” para privilegiar a clínica do caso. (NASCIMENTO; VORCARO, 2020, p. 2).

A localização dos fenômenos elementares, fundamental à psiquiatria, não é o ponto central. Deve-se levar em consideração a localização daquilo que sustenta, ou que faz com que o sujeito rompa com o laço social. Assim como afirma Quinet (2001), a apresentação de pacientes tem como intuito apreender a relação do sujeito com o Outro, sua modalidade de gozo pulsional, a qualidade de sua relação com a transferência, a incidência do desejo do Outro, a importância de sua demanda, e sua relação com o saber.

A prática de apresentação de pacientes implica em uma interseção entre psiquiatria e psicanálise, através dela é possível estreitar laços entre psicanalistas e psiquiatras, e assim produzir uma discussão diagnóstica e uma orientação terapêutica a partir das subjetividades dos pacientes. De acordo com Quinet (2001), essa prática conjunta pode enriquecer a discussão diagnóstica e a construção do caso clínico a partir dos subsídios da teoria psicanalítica. Pode-se assim realizar um exercício conjunto que produza uma transmissão.

As apresentações de paciente situadas dentro dos complexos psiquiátricos seriam uma possibilidade para a equipe clínica produzir efeitos de suspensão de sentido, para refletir sobre o caso além do quadro psiquiátrico, desconstruindo o modelo de diagnóstico padrão. Nascimento e Vorcaro (2020) expõem que, dentro desse dispositivo, o diagnóstico psicanalítico seria: “[...] exercício de construção do caso e à subsequente decantação ou escrita do traço que o singulariza.” (NASCIMENTO; VORCARO, 2020, p. 10).

Articularemos as apresentações de caso novo do ambulatório SOMA com o exposto através da colocação de dois relatos. No SOMA há uma ressalva, pois essas entrevistas além de estabelecerem um diagnóstico psiquiátrico, configuram-se como critério de entrada do paciente no ambulatório. Em outras instituições psiquiátricas o dispositivo é utilizado não apenas como critério de admissão, mas serve também para a discussão diagnóstica e construção de caso para pacientes que já frequentam o serviço.

Na dinâmica do ambulatório um caso novo é apresentado semanalmente. Antes de darmos início à entrevista com o paciente, o caso é apresentado para toda a equipe de modo breve. Essa entrevista não tem tempo predeterminado de duração e é conduzida por um

residente, os demais participantes da equipe também podem fazer perguntas. Após a entrevista, o paciente aguarda na sala de espera um retorno da equipe, que mediante discussão irá deliberar os futuros encaminhamentos do caso. No SOMA, toda a equipe fixa é composta por psicanalistas, desse modo as apresentações de caso novo estão sempre atravessadas pelo viés psicanalítico. Nem todos os analistas são lacanianos, entretanto estão orientados pela ética psicanalítica freudiana, do sujeito do inconsciente.

Pelo fato de o IPq ser uma instituição psiquiátrica tradicional, essa prática de apresentação de pacientes é bastante corriqueira, mas, de modo geral, permanece bastante tradicional, com diversos resquícios das exposições psiquiátricas clássicas ao estilo de Charcot. Entretanto, no ambulatório busca-se criar a possibilidade de uma nova experiência de entrevista e, por consequência, uma outra possibilidade de transmissão e ensino. Isso não significa que por vezes esses resquícios não tornem a aparecer, mas aí dá-se novamente uma oportunidade de ensino, através do questionamento de tais traços. Vamos aos relatos e a suas articulações:

A paciente “V” tem 24 anos e chega ao Hospital das Clínicas encaminhada pelo serviço de saúde da cidade de Salvador, em que residia até a mudança para São Paulo em virtude do tratamento. O encaminhamento é realizado através de uma ordem judicial concedida pela Defensoria Pública do Estado da Bahia. A ordem judicial deveria garantir que a paciente fosse atendida pelo Hospital das Clínicas. “V” solicitou o atendimento à Defensoria Pública alegando que o serviço de saúde de sua cidade não teria recursos ou competência para realizar um diagnóstico e terapêutica com precisão diante da complexidade de seu adoecimento, assim, a Defensoria Pública valida o pedido de “V” e concede a ordem que garante que ela tenha acesso a atendimentos no Hospital das Clínicas.

Como fenômeno, “V” apresenta um sangramento espontâneo nas unhas e na boca, alega que de maneira involuntária, sem qualquer controle e com pouca previsão de quando esse episódio poderia ocorrer, sangrava pelas chagas. Como hipótese diagnóstica, em sua cidade natal, discutia-se a possibilidade de uma falha hepática, entretanto não havia comprovação específica através de exames para essa possível falha. Dentro do HC essa hipótese também foi investigada, mas, do mesmo modo, nenhum exame foi capaz de assegurar tal diagnóstico. Havia algo que escapava ao saber médico e que por ele não podia ser explicado. Sendo assim, após rigorosa investigação e diante de nenhuma resposta conhecida, aventa-se a possibilidade de um

quadro psiquiátrico, no caso o F45 — transtorno somatoforme. E, nesse caso específico, o transtorno factício²⁴. É neste momento que “V” é encaminhada ao SOMA.

Durante a entrevista de caso novo conduzida por um residente, “V” relata o modo como o sangramento ocorre. Os pacientes somatoforme, em geral, estão acostumados a realizar longas entrevistas e exposições de seu histórico de doença: onde o sintoma começou, como, quando etc. Sabem precisar termos médicos, nomes de exames, especialidades, procedimentos e medicamentos, operando como uma espécie de “dicionário da própria doença”. Já tiveram seus corpos esquadrihados e fotografados, passaram por, e foram o investimento de diversos médicos, de platéias curiosas e assíduas em busca de uma cura, ou mesmo de uma síndrome rara. Até que, à certa altura, diante da negativa de comprovação de uma síndrome rara ou de qualquer doença que seja, passam a ser desvestidos, e integram o “fim da linha”, isto é, o SOMA. De algum modo eles carregam consigo o fracasso de todos os outros que tentaram e investiram em vão e, como no caso de “V”, podemos acrescentar uma particularidade: os investimentos do campo jurídico.

Pode-se dizer que tal posição de destaque por parte dos pacientes que apresentam palestras de si mesmos acarreta certo prazer, sobretudo no diagnóstico do transtorno factício, em que essa seria uma das supostas vantagens diante da autopromoção de sintomas: receber atenção médica. No entanto, na experiência da pesquisadora e sem aferir generalizações, indaga-se se esse suposto prazer em ser centro das atenções carregaria consigo também o sofrimento do silenciamento ao qual são submetidos, pois há um único assunto sobre o qual são convocados a falar: seu acometimento orgânico, sua doença. Há um silenciamento de seus corpos como produtores de outros significados. Nesse sentido, as apresentações de caso novo normalmente são longas entrevistas pois, de modo geral, diante da oferta de outro lugar os pacientes se agarram a ela e podem então dizer além do corpo fisiológico e dos significados predeterminados.

No início da entrevista é perguntado à “V” como ela compreende o encaminhamento psiquiátrico, ao que ela responde que preferia a hipótese diagnóstica aventada em sua cidade

²⁴ DSM-V: Transtorno Factício — O paciente produz os sintomas, mas sem saber quais seriam as vantagens. Não se trata de algo consciente, portanto, não é uma simulação. É classificado de dois modos: transtorno factício autoimposto, ou transtorno factício imposto a outro. Em ambos há: a) falsificação de sintomas e sinais psicológicos e físicos ou indução de ferimentos ou doenças associados a um comportamento enganoso; b) o indivíduo apresenta-se a si mesmo e aos outros como doente, incapacitado ou machucado; c) o comportamento enganoso está presente mesmo quando é claro que a pessoa não está doente; d) o comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, tal como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico (CATANI, 2018, p. 111).

natal — a falha hepática —, alegando que seria melhor assim, visto que haveria uma razão para seu sangramento inexplicável. Nesse início de conversa, nota-se que há uma tentativa por parte da paciente de esquivar-se de alguma responsabilização pelo sangramento que a acomete, buscando através dos aparatos da ciência alguma causa ou explicação externa.

Aos poucos, ao longo da entrevista, perguntas de sua história de vida são realizadas e ela fala de suas relações familiares, mãe, pai, e de como tem sofrido, expressa diversas questões pessoais em seus relacionamentos com o outro, em sua posição frente ao outro, e quanto ao sangramento. Relata tentativas de suicídio e vontade de desistir da vida, mas, ainda assim, afirma que é melhor viver e que em todas as vezes em que esses episódios ocorreram, alguém percebeu a tempo e a salvou. Ela própria já salvou outras pessoas de tentativas de suicídio, assim como salvou seu pai de uma doença, em seu leito de morte, através de seus cuidados. Relata também sobre uma série de desenhos que faz para buscar aliviar seu sofrimento.

A entrevista conduzida pelo residente leva a outro rumo, as perguntas específicas em relação aos sintomas orgânicos ficam para trás, abre-se caminho para que sujeito possa emergir, para que sua história possa dar contorno ao corpo. Essa nova abordagem surpreende “V”, que de início diz haver muitas pessoas na sala, e que apesar da timidez essa não seria uma questão, pois estava acostumada a falar de sua doença para muitas pessoas. Aos poucos, é como se todos os olhares desaparecessem da sala, seu semblante de especialista em sua doença vai cedendo, pois, de algum modo, ela percebe que essa plateia não está sedenta pela cura ou pelo “raro”.

Parece ser uma das únicas vezes nessa empreitada, desde a mudança pela ordem judicial, em que alguém lhe perguntou sobre ela, não como um curioso diante do inédito, de uma descoberta, mas como alguém que não sabe sobre ela e que está disposto a ouvi-la. Abre-se caminho para que ela possa se emocionar, chorar e falar de sofrimentos íntimos. Embora seja apenas uma entrevista, esta tem valor distinto, pois quebra com a lógica que até então vinha sendo exposta: a do discurso médico, e, como possibilidade à angústia que lhe invade, é ofertada a mediação da palavra.

Ao fim da entrevista, repete-se a pergunta do início, ela é indagada sobre como foi sair de sua cidade natal e estar em um outro serviço, em outra cidade, em que, supostamente, lhe fora prometido que encontraria os melhores médicos e, mesmo assim, não obter um diagnóstico. Se não era frustrante não concordar com o que os supostos melhores médicos tinham a lhe dizer, que se trava de uma questão psiquiátrica. A essa altura da entrevista, uma resposta diferente da primeira ganha espaço: ao seu modo, ela expressa que terá que cuidar e incluir isso também, que talvez entenda por que foi encaminhada para um serviço psiquiátrico, e diz que precisa de

cuidados para o seu sofrimento, para seu ódio e solidão que são tão ruins quanto o seu sangramento.

Quando se trata de um diagnóstico factício, compreende-se que o paciente de algum modo causaria o próprio sintoma. O transtorno factício tem sua origem na síndrome de Münchhausen, assim como consta na versão do DSM-IV, e a origem de sua nomenclatura é proveniente de histórias contadas pelo Barão de Münchhausen²⁵. Nesse diagnóstico há um caráter fantasioso na produção de sintomas, além de, nessa versão, expressar-se que há uma simulação intencional dos sintomas. Na última edição do DSM (V), embora conste que a produção dos sintomas não se trate de algo consciente²⁶, segue-se usando o termo “falsificação” para abordar os sintomas produzidos pelo paciente. Os médicos afirmam que é um diagnóstico extremamente difícil de ser detectado, posto que há uma intenção de enganar a equipe médica com a falsificação dos sintomas. Além disso, expressam que, do ponto de vista médico, tal síndrome não possui nenhum tratamento eficaz. Com efeito, esse diagnóstico produz diversos estigmas: que o paciente seria dissimulado, mau-caráter, teria uma personalidade limítrofe, dentre outros.

Refletindo pelo viés psicanalítico, todo sintoma, fenômeno ou delírio, trata-se de uma produção subjetiva do sujeito, isso posto, de que importa se é o paciente que “forja” seu sangramento? Há aí, no sangramento, uma produção do sujeito que não se trata de verdade ou mentira, como é abordado pelos olhos da ciência. Portanto, o sangramento, do ponto de vista psicanalítico, trata-se de uma produção do sujeito que deve ser escutada, assim como outra qualquer, sem nenhum juízo de valor específico. Compreende-se que não há uma falsificação, há uma produção do sujeito em sofrimento. Esse é um dos resquícios do discurso médico tradicional que deve ser questionado, caso contrário, ao invés de clínicos, os futuros psiquiatras podem se tornar investigadores de polícia, praticando um exercício de poder e violência.

²⁵ O Barão de Münchhausen foi um militar e senhor rural alemão. Seus relatos serviram de base para a célebre série “As aventuras do Barão de Münchhausen”, publicada em Londres em 1785. Trata-se de uma série de histórias fantásticas bastante exageradas. Conduzidas por um personagem que se equilibra entre a realidade e a fantasia em seu mundo próprio, onde enfrenta os mais diversos perigos, perpetra fugas impossíveis (sendo a mais famosa delas a fuga do pântano no qual afundaria junto com seu cavalo, tendo conseguido escapar ao puxar a própria peruca).

²⁶ Trata-se de um aspecto curioso quando, no diagnóstico do transtorno factício, o DSM coloca que a falsificação do sintoma não se trata de uma produção consciente. Se não é uma produção consciente, o que seria? Partindo das concepções ateóricas do manual não sobram elementos para responder tal questionamento. Sendo assim, nota-se novamente que o abandono de qualquer referencial teórico deixa enormes lacunas. Além disso, é possível aludir que se trata, portanto, de uma produção inconsciente, assim, a origem psicanalítica ainda segue presente no manual.

Ao final da entrevista o caso é discutido pela equipe, que delibera se “V” ingressará ou não no ambulatório. Embora toda a equipe seja convidada a expressar suas opiniões e ponderações, em um momento inicial prioriza-se a escuta dos residentes diante do caso, uma vez que essa também é uma atividade de aprendizado para eles. Os residentes logo exprimem que se trata de um diagnóstico de um transtorno factício, portanto, nota-se que a identificação do diagnóstico de acordo com o DSM não pareceu causar qualquer dificuldade aos residentes. Uma vez que o manual serve justamente como guia classificatório, suas definições já foram fixadas por eles de cor e salteado. Entretanto, os próprios já sabem que a pura tarefa de classificação não é suficiente, pois, diante da escuta desse sujeito em sofrimento é preciso ir além. Em específico no caso de “V”, de nada valem comparações com casos anteriores, é necessária a invenção de uma clínica do caso e não de comparações de casos. Em um segundo momento da discussão os próprios residentes vão se afastando da tendência classificatória e se aproximando do sujeito, levantando questões sobre a história pessoal, trazendo indagações, e criando algumas hipóteses. Pode-se então incluir outros parâmetros ao diagnóstico, como posição de “V” no laço social e seus rompimentos com ele, a posição de “V” diante do Outro, dentre outros aspectos mencionados anteriormente.

Durante toda a entrevista “V” por várias vezes expressa que precisou ser “salva” de suas tentativas de tirar a vida, e relata que mesmo com essas repetidas tentativas não via sentido em morrer, que queria ajuda, que queria ser vista pelo outro. Indaga-se se, de algum modo, todas as vezes em que “V” procurara por ajuda, seja no serviço de saúde de sua cidade, seja na Defensoria Pública ou mesmo no complexo do HC, se se pôde ser, de fato, ouvida em seu sofrimento. Ou, se apenas ficaram tomados pela apresentação de seu sintoma inédito, pelo fascínio da descoberta, pelo exercício da garantia de direitos, pela demanda de um diagnóstico, por tendências à investigação de detetive. Aventa-se se no exercício de cada uma dessas especialidades, acabaram por abandonar o sujeito, se as burocracias das especialidades não operaram um silenciamento em “V”, isto é, o esvaziamento de seus próprios sentidos, de sua produção no corpo, do sangramento. Muitas “verdades” foram obturadas na tentativa de tamponar o próprio “furo” do não saber de cada especialidade, a que faltou questionamentos.

Ao final da entrevista, diante de uma nova possibilidade de encontro, “V” endereça à equipe um pedido de ajuda. Não se pode expressar que esse pedido de ajuda equivalha a uma demanda de tratamento psicanalítico, no entanto, o que se observa é um giro discursivo na posição da paciente mediante uma oferta de escuta, permeada pelo não saber. Ao incluir o dizer

do paciente sobre si há um rompimento com o silenciamento propiciado pela ciência e surge então ali um sujeito.

Não discutiremos aqui tratar-se de um FPS ou não, pois não temos elementos clínicos o suficiente para analisar tal hipótese, porém, do ponto de vista do ambulatório, trata-se de uma paciente com TS, e será admitida no SOMA. Portanto, o que se pode obter dessa experiência de apresentação de caso não é exatamente o diagnóstico do ponto de vista psicanalítico, mas o resultado de uma atividade de transmissão que possibilita o reencontro com a clínica psiquiátrica de fato, e não a mera atividade classificatória.

Diversas vezes, após as entrevistas, a pesquisadora testemunhou nos residentes certo fascínio, mas este não é mesmo de outrora, de ser o salvador, e sim o encantamento mediante o encontro com o sujeito, a curiosidade, o desejo de escutar mais. Como experiência de formação, o que se vê nessas ocasiões de entrevista é uma nova possibilidade de romper com a vivência que tinham até então, de decodificadores de sintomas. Pode-se dizer que nasce aí um desejo de prática clínica, isto é, de um verdadeiro encontro com o sujeito, sem os aparatos da nova psiquiatria — catálogos, pílulas e imagens.

Teremos outra entrevista de caso novo para dar continuidade à discussão. Vale colocar que pelo fato de o HC ser um hospital de alta complexidade é comum receber casos dos mais diversos estados do país, o que faz com que muitas vezes os pacientes investam tudo o que têm, seus recursos financeiros, contem com a ajuda de familiares, todo o possível para ser atendido no HC. Diante do significativo investimento, a expectativa do diagnóstico e do tratamento acaba sendo compativelmente alta. Em um hospital em que se recebe todo dia casos “raros”, há um certo fetiche por parte da equipe médica em torno de novas descobertas, bem como um investimento massivo em publicações de novas pesquisas, novos resultados e novos “*guidelines*”. Dentro desse contexto, os pacientes passam por vários exames específicos da mais alta tecnologia, novos procedimentos etc. Entretanto, quando todo esse processo se mostra infrutífero, o caminho é a psiquiatria, o SOMA.

Vamos ao próximo caso: “M” tem 40 anos e veio da região norte do Brasil em busca de atendimento no Hospital das Clínicas. Como queixa, ela apresenta uma paralisia na mão esquerda, que persiste há três anos, e uma atrofia no braço esquerdo. Nas entrevistas de triagem, “M” relata que essa paralisia decorre de um erro médico, alegando que se deu em virtude de uma cirurgia realizada na mão que não teria ocorrido como o planejado, deixando como seqüela o membro paralisado e muita dor. Durante toda a entrevista “M” usa um pano para cobrir sua mão e relata ser impossível tocá-la até mesmo para higienizar. Atualmente, com muito custo

consegue fazer a limpeza da mão, mas no passado nem isso conseguia e por essa razão sua mão foi acometida por uma necrose, que quase levou à amputação do membro.

No momento “M” também é atendida pelo serviço de neurologia do hospital, em virtude da forte dor que sente na mão e como tratamento possui um implante neuroestimulador medular²⁷. Mesmo diante de tal procedimento, não há alívio significativo de sua dor. Em avaliação preliminar, o neurologista da equipe do SOMA coloca que, do ponto de vista biológico ou neurológico, esse procedimento seria suficiente para sanar a dor. Entretanto, a dor de “M” persiste, como um real que não cessa de se escrever, nem mesmo a mais avançada tecnologia é capaz de aliviá-la. Em virtude de sua dor, ela possui uma densa prescrição medicamentosa, analgésicos em alta dosagem, psicofármacos e opióides, e, ainda assim, relata pouco conforto em relação à dor. Diante das tentativas infrutíferas de melhora do prognóstico, as hipóteses e possibilidades avaliadas em relação a alguma disfunção, ou até mesmo a erro médico após a cirurgia, vão sendo descartadas e, de certo modo por eliminação, a paciente chega ao SOMA.

Pouco antes da entrevista de introdução ao caso, a equipe se assusta com a quantidade de medicamentos ministrada pela paciente, quantidade tal que é equivalente à insistência da dor. Ou seja, já de entrada, como um primeiro ensinamento, compreende-se que é preciso escutar para além do corpo fisiológico pois, se o caso fosse tratado apenas por esse ponto de vista, não haveria nenhuma explicação para a persistência da dor, dado que esta é incompatível do ponto de vista científico.

Os questionamentos em relação à permanência da dor denunciam um ponto que muitas vezes se apresenta como pano de fundo aos pacientes do SOMA: estaria “M” mentindo? Tomando-se o sujeito apenas como uma máquina, talvez fosse possível aventar tratar-se de uma simulação. Entretanto, quando se escuta o sujeito para além de sua fisiologia, algo único, singular e intransponível se apresenta, assim como expressou Lacan (1966/2001) a respeito da falha epistemo-somática que encobriria o fato de que o corpo é feito para gozar, portanto, o corpo escapa ao controle dos aparatos da ciência.

Durante a entrevista, assim que lhe é perguntado sobre outras coisas além de sua mão e de sua doença, “M” se emociona, chora muito e relata que teve uma vida muito sofrida, marcada por diversos traumas e abusos. O relato que ela traz é esmiuçado pelo residente que

²⁷ Implante neuroestimulador medular: trata-se de um sistema implantado no paciente, em que se aplica sobre a medula um eletrodo que tem como função entregar estímulos leves, com o intuito de bloquear os impulsos de dor que seriam transmitidos ao cérebro.

conduz a entrevista, e ele mostra interesse por saber mais, por falar de outro tema que não o da doença. É então que “M” relata, sem relacionar sua doença a isto, que quando jovem sofreu uma tentativa de estupro por parte de um parente. Ela conseguiu fugir, mas foi atingida por uma arma de chumbo no mesmo braço que se tornou paralisado. O familiar que tentou abusá-la nunca foi preso ou condenado por seu ato, embora fosse sabido que ele era o responsável. No momento da fuga foi preciso correr, e a “paralisia” diante da violência a que foi submetida vem muito depois, como uma marca, um escrito em seu corpo, circunscrevendo o braço que foi atingido, esse braço que não pode ser tocado. Ressalta-se que nenhuma dessas ligações é feita por “M”. Ela relata o caso, mas não vê correlação alguma com a dor no braço. Há uma completa ausência de qualquer ligação, o que é comumente observado no fenômeno psicossomático.

Novamente, sob o prisma psicanalítico, há um questionamento se esse caso pode ser considerado como uma conversão histérica, ou um FPS. A essa altura e com apenas uma entrevista inicial não temos elementos o suficiente para discutir tal hipótese diagnóstica. Porém, como indicado *a posteriori*, em geral nota-se nesses pacientes — já de início — uma enorme invasão de angústia, como algo que de fato invade o corpo do sujeito e não se faz ler. Mesmo que não haja associação, não é possível afirmar que se trata da “*belle indifférence*”, clássica posição da conversão histérica, o que faz parecer que essa ausência de associação é anterior.

Do ponto de vista do transtorno somatoforme, essa também é uma paciente que se encaixa no ambulatório SOMA. Essa discussão nos esclarece, portanto, que não há uma sobreposição das duas compreensões, isto é, como isso não ocorre, quando se trata de um transtorno somatoforme, sempre equivalerá a um FPS. O que nos conduz a uma outra questão: os diagnósticos psiquiátricos e psicanalíticos têm tempos distintos de maturação, sendo assim, muitas vezes as compreensões diagnósticas psicanalíticas são esclarecidas posteriormente, quando o paciente já foi admitido no ambulatório.

Ao final da entrevista, “M” diz que não sabe o que se passa com ela, abre-se então uma possibilidade de indagação. Ela deixa vacilar a certeza de que havia sofrido um erro médico para dar espaço a um questionamento sobre si, até que, por fim, diz não saber por que ela merece isso, mas que precisa de ajuda. Mais uma vez não é possível precisar se esse pedido de ajuda é equivalente a uma demanda analítica, ou algo nesse sentido. A demanda clara endereçada por “M” é um pedido de ajuda, no entanto, até então não se pode saber de que “ajuda” se trata o seu pedido. O que se pode ratificar após a exposição das duas entrevistas é que a certeza do saber da ciência passa a vacilar, e isso só acontece a partir da possibilidade de escuta, que passa então a ser a aposta nos casos das duas pacientes.

Diante do exposto, nota-se que o grande desafio não reside na realização do diagnóstico pelas vias do manual. Embora o TS seja um diagnóstico complexo, haja vista o tempo percorrido para sua realização (e os diversos serviços por que os pacientes passam), uma vez que estabelecido, ele apenas nomeia o pertencimento do paciente a um local de cuidado específico: o ambulatório. O manual não orienta nem é capaz de guiar uma prática, apenas classifica. Quem dará nome à sua lesão será o paciente: cada um, um nome próprio. Com efeito, os jovens médicos podem, diante do aprendizado da escuta, interrogar-se em relação à promessa do real mensurável da ciência, compreendendo através da prática que este sempre escapa, não sendo possível apreender o sujeito através de aparatos científicos. Já nos primeiros contatos com os pacientes, através das entrevistas de caso novo, algo inédito se precipita: o sujeito, e é essa a aposta que fica como marca da experiência para o futuro manejo. Diante dessa vivência os futuros psiquiatras resgatam o sentido da escuta e, sobretudo, a possibilidade de aprendizagem diante do encontro único com cada sujeito.

5.4 Articulações do contato com os residentes

Neste subitem mostraremos como se desenrola a prática dos residentes no ambulatório, as questões que os atravessam e os novos ensinamentos que podem assimilar a partir da vivência no SOMA. Para tanto, traremos diversos relatos da experiência de contato com os residentes, mediada pela pesquisadora. O que se pretende demonstrar a partir dos relatos é que o exercício clínico praticado no ambulatório SOMA aponta para uma outra possibilidade de atuação, que não apenas a execução das classificações diagnósticas impostas pelos manuais.

Pelo fato de o ambulatório SOMA compor o programa de residência no primeiro ano de formação, assim que os estudantes ingressam no ambulatório sua bagagem pregressa basicamente se resume ao estudado na faculdade de medicina e a poucas e esparsas experiências em saúde mental, fruto de algum estágio ou plantão. As referências que trazem consigo são de outra vivência, que envolve uma diagnóstica precisa, assim como uma terapêutica o mais exata possível. Durante uma conversa informal, um dos residentes expôs que ao longo dos seis anos de faculdade não acompanhou, de fato, nenhum paciente ambulatorialmente, que durante a formação os estudantes passam no máximo um mês e meio em cada ambulatório e, em geral, acabam tendo apenas um encontro com os pacientes.

A experiência que eles vivenciam no primeiro ano de residência é bastante distinta da dos anos anteriores, do internato e da faculdade de medicina em si. Poder acompanhar um paciente ao longo de um ano torna-se uma experiência de aprendizagem enriquecedora, ao mesmo tempo que traz diversos desafios, angústias, frustrações e questões. O mesmo residente do relato anterior conta que, pelo fato de ao longo da faculdade não terem a oportunidade de acompanhar os pacientes, acabam por herdar certa tendência a uma pressa diagnóstica e terapêutica. Ao ingressar na residência, em especial no SOMA, essa tendência herdada de sua formação passa a ser um empecilho, e isso se aprende logo nos primeiros atendimentos.

A essa altura da sua formação como médicos, eles já possuem certa facilidade no manuseio dos manuais (CID e DSM), entretanto, quando experimentam a oportunidade de um acompanhamento contínuo, são surpreendidos pelos dizeres dos pacientes, por suas histórias de vida, pelas queixas repetidas, pela pouca melhora ou alívio dos sintomas. Diante de um único e restrito encontro como acontecia anteriormente, tais aspectos não apareciam e, nessas ocasiões pregressas, pelo pouco tempo de encontro que tinham como o paciente, era necessária certa pressa e urgência. Porém, a possibilidade de acompanhamento ensina sobre outro “tempo” que não o “tempo” da urgência ou da pressão. Eles aprendem sobre a escuta do tempo do sujeito, e ao longo desse percurso é preciso construir uma prática que eles ainda não possuem: a prática da escuta clínica.

Certa ocasião, em uma fala de abertura do programa de residência, um dos responsáveis pela coordenação do programa expressou que os futuros psiquiatras deveriam concentrar seus esforços nos avanços tecnológicos atuais na área da psiquiatria, assim sendo, os avanços que tangem às pesquisas experimentais e à neurociência. Logo, explicitando que a área clínica, ou seja, as psicoterapias, já tinha seu mercado saturado pelos psicólogos, de modo que seus investimentos deveriam caminhar em direções opostas. Diante de tal discurso, presenciado pela pesquisadora, nota-se um encorajamento a outros investimentos que não à prática clínica —a escuta do caso, a prática do caso a caso. Do mesmo modo, o SOMA acaba por configurar-se como uma das experiências de prática clínica mais intensas durante toda a residência. Os próprios alunos com frequência relatam que o SOMA é um dos ambulatórios mais difíceis e angustiantes pelos quais passam em sua formação.

Nota-se que o ambulatório SOMA possui uma outra fama, além de ser o “fim da linha” dos pacientes, a de ser uma das passagens mais difíceis ao longo da residência. Os residentes relatam ouvir a respeito da reputação do local desde a faculdade de medicina. Correm relatos de que o SOMA seria o pior ambulatório, que quarta-feira seria o pior dia da semana por conta

dele. Todos esses relatos que carregam a fama “do pior ambulatório” trazem em comum a frustração diante dos atendimentos. Os residentes dizem se sentir inseguros e impotentes, como se nada pudessem fazer diante de seus pacientes. De fato, contando com a experiência pregressa que possuem não teria como ser diferente, o encontro com os pacientes produz uma inevitável angústia, pois, como explicitado, o encontro com esses pacientes acaba por “furar” o discurso médico tão bem estabelecido até então. Diante da falta de experiência clínica, os residentes se veem sem ferramentas ou mesmo sem uma teoria que os possa auxiliar.

Vindos de uma formação médica, residentes de psiquiatria naturalmente esbarram em uma espécie de *furor curandis*, *furor sanandi*, que seria justamente o que Freud coloca como a preocupação do analista quanto ao desejo de curar, ou também o desejo de fazer o bem ao paciente expresso por Lacan (QUINET, 2006). Perante a tradição médica herdada, busca-se a eliminação dos sintomas, como se removê-los resolvesse a queixa e o sofrimento do paciente.

Nesse sentido, um dos residentes relata com surpresa que antes de realizar seu primeiro atendimento foi se atualizar com os residentes anteriores a respeito de sua paciente e, para seu espanto, ela está há cinco anos no ambulatório aparentemente sem conseguir ressignificar seus sintomas. O residente conta que ao longo dos atendimentos pretendia estudar mais e se inteirar melhor do caso, mas, já de início sentia-se frustrado por não saber bem o que poderia fazer pela paciente, como judá-la, pois, se depois de cinco anos ela ainda segue assim, o que poderia ele fazer? A farmacologia psiquiátrica é geralmente pouco eficaz no transtorno somatoforme, do ponto de vista médico/psiquiátrico os sintomas são resistentes e não cedem aos remédios, sendo o tratamento medicamentoso mais um apoio do que um protagonista. Novamente, os psiquiatras em formação esbarram em outra frustração, aquilo que teriam competência para ofertar com as habilidades que estão desenvolvendo, apresenta resultado pouco eficaz. O que fazer então com esses pacientes ao longo de um ano de residência?

Buscando “ajudar” os pacientes, os residentes acabam ficando ainda mais frustrados. Eles relatam que oferecem as mais diversas soluções e todo seu saber para as questões endereçadas a eles por parte de seus pacientes. E mesmo parecendo ser tudo que o paciente deseja — uma resposta à demanda —, ainda assim encontram-se insatisfeitos. Sobre isso, os residentes devem estar precavidos diante do engodo de tomar a demanda pelo desejo, como nos esclarece Lacan (1966/2001):

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem, às vezes nos pedir para autenticá-lo como

doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença. (LACAN, 1966/2001, n.p).

Ou ainda:

O desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva já em uma organização mundial. À medida que o registro da relação médica com a saúde se modifica, em que esta espécie de poder generalizador que é o poder da ciência, dá a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu ticket de benefício com um objetivo preciso imediato, vemos desenhar-se a originalidade de uma dimensão que denomino “demanda”. É no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica. (LACAN, 1966/2001, n.p).

Nestes trechos Lacan nos diz que, ao procurar o médico, nem sempre o doente procura a cura. Pelo contrário, por vezes quer apenas um atestado, um “ticket”, que lhe ofereça, por exemplo, benefícios ou mesmo algo que possa referendar sua posição diante desse saber e permanecer no mesmo lugar, mas dessa vez autorizado pelo saber do médico, e não quer, propriamente, traçar um deslocamento de sua condição. Ao que afirma Lacan (1966/2001):

A partir do momento em que se faz essa observação, parece que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que, no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja. (LACAN, 1966/2001, n.p).

Como pondera Lacan (1996/2001), o desejo existe, pois existe algo do inconsciente. Sempre há algo da linguagem que está para além da consciência e que escapa ao sujeito. Por essa razão há um hiato entre a demanda e o desejo, que faz com que não possam ser tomados pela mesma coisa. Embora os pacientes digam em seu discurso que o seu desejo é o da melhora ou de livrar-se do sintoma, não se pode tomá-los de maneira simplista, pois, muitas vezes, o sujeito não tem a menor ideia de qual o desejo que determina a sua demanda. Assim que começam os atendimentos esse ensinamento fica claro, pois os próprios pacientes, mesmo que não de modo proposital à serviço do ensino como os demais profissionais, demonstram que não se deve ir por esse caminho, pois, paradoxalmente, ao atender de pronto a demanda se distanciam ainda mais do sujeito, que demonstra na prática que o que se demanda não é o mesmo que se deseja.

Logo que começam os atendimentos, descobre-se que o caminho da remissão do sintoma e da cura não será possível, que a resposta à demanda tampouco e que a psicofarmacologia também não oferecerá muito alento. Qual será então o caminho?

Lacan (1998), a partir de seu texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, expressa: “Que seja para além do discurso que se acomoda nossa escuta, sei disso

melhor do que ninguém, quando simplesmente tomo o caminho de ouvir, e não auscultar.” (LACAN, 1966-1967/1998d, p. 62). Nessa sequência, a pontuação de Lacan é precisa, pois justamente faz alusão ao ato de auscultar do médico. A prática médica de auscultar envolve a mediação do aparelho estetoscópio para a escuta do corpo, sendo assim, um aparato científico para mediar a escuta. O ensinamento ao jovem psiquiatra ao longo dessa experiência de atendimento é o de deixar de lado os aparatos (medicamentos, equipamentos e manual) para, de fato, poder escutar o sujeito. São encorajados a percorrer outro caminho: o caminho da escuta e os desdobramentos desta, percurso distinto da cura e da reversão do sintoma ao qual estão acostumados.

No ambulatório de modo algum postula-se que os residentes devam se converter em psicanalistas, tampouco que devem estudar psicanálise. Que o façam se for de seu desejo, como por vezes ocorre, mas longe de ser uma imposição. Não se trata, portanto, de uma transmissão teórica da psicanálise, trata-se de uma transmissão de ensino atravessada pela ética psicanalítica, isto é, do sujeito inconsciente e do sujeito de desejo. Para essa transmissão de ensino são utilizados os conhecimentos ofertados por Freud desde a criação da psicanálise a partir da escuta das históricas, ou seja, os preciosos ensinamentos de que o sujeito não deve ser silenciado em nome de qualquer discurso, pois ele e somente ele tem algo singular e intransponível a dizer sobre si e sobre o seu sintoma ou fenômeno (como no PFS).

No acompanhamento ao longo de um ano são estimulados a uma prática distinta das que experimentaram até então, um novo aprendizado, que sem dúvida será essencial e deverá fazer parte de seu exercício enquanto psiquiatras: a construção do caso clínico para a realização diagnóstica. Para tanto, ao invés da classificação pelos critérios do manual, eles exercem a prática clínica, que envolve a escuta da história do paciente, a escuta do modo como o próprio relata seu sintoma, quais as hipóteses formuladas por ele em relação ao seu sintoma, qual o sentido do sintoma para o paciente. Apenas mediante todos esses elementos será possível compreendê-lo como um todo e não de modo segmentado ou decodificado para fins de classificação.

É preciso outro “tempo”, um trabalho na contramão da pressa e da urgência, pois em uma prática não classificatória todo e qualquer dizer do paciente tem efeito. Assim como a compreensão de caso, um a um, leva mais tempo, pois não se trata apenas de encaixar o paciente em determinada categoria, é preciso compreender a particularidade daquele sofrimento, o que nos remete ao expressado Miller (1997):

A partir do momento em que as pessoas passam a se interessar pela psicanálise, a dimensão particular da experiência psicanalítica sensibiliza-os e a psicanálise acaba por ter um efeito dissolvente sobre o diagnóstico psiquiátrico: leva os próprios psiquiatras a evitar cada vez mais o diagnóstico, que passa ser visto como uma responsabilidade muito pesada, um risco de objetivação, um colocar de etiquetas. (MILLER, 1997, p. 125).

Sendo assim, não é preciso tornar-se um analista, a transmissão da experiência psicanalítica no ambulatório é capaz de contagiar os residentes, que passam a incluir outras possibilidades em sua atuação e sua diagnóstica. De modo geral, os residentes topam o novo desafio e surge uma nova sensação, que vem ocupar o lugar da certeza que alicerçava seu saber até então, relatam que se sentem angustiados, frustrados e insuficientes. À vista disso, é comum escutar falas por parte dos estudantes como: “já faz várias vezes que eu escuto tal paciente e mesmo assim não consigo ter nenhuma informação pessoal ou de sua história”, “o paciente só quer falar de sua queixa em relação ao sintoma orgânico”, “o paciente não é capaz de associar”. Ou ainda relatam que por vezes o paciente faz várias associações interessantes e no encontro seguinte é como se nada tivesse acontecido, os residentes tentam retomar, mas tudo que o paciente quer falar é de sua dor, aferem então que eles podem ser muito resistentes, expressam que manter o vínculo com os pacientes é um desafio, em resumo, a sensação de impotência e frustração são uma constante.

Relatarei uma breve vinheta que ilustra um pouco como esse conflito se dá. Em uma discussão sobre o caso relatado anteriormente da paciente que precisa de confirmação se está viva ou não, a residente relata que a paciente passou toda a consulta perguntando a respeito da mudança de uma prescrição médica. O remédio receitado a ela, Ácido Valpróico, é obtido através da farmácia do hospital, entretanto, a dosagem ministrada estava em falta. A medicação estava disponível, mas em outra dosagem, ela precisaria tomar quatro comprimidos ao invés de dois. Essa mudança a havia deixado apavorada, pois mesmo sendo a mesma dosagem, a quantidade de comprimidos era maior, o que do ponto de vista dela poderia ser perigoso, uma vez que a deixava com a impressão que seria mais remédio e que isso poderia desregulá-la e lavá-la à morte, e tal pensamento era incontrolável. Durante a consulta, precisava de garantias por parte da residente de que essa mudança não iria matá-la, indagava isso repetidas vezes, chegando a cogitar não tomar mais a medicação. Não podia falar de nenhum outro assunto além desse.

Em conversa posterior entre a residente e a analista, a estudante relata que não sabia como responder a esses questionamentos. Depois de algum tempo de consulta, esgotando todas as suas explicações médicas no sentido de assegurar que do ponto de vista científico/médico a

mudança não afetaria sua saúde, acaba por dizer “um dia todos iremos morrer”. Ao final da consulta a residente encontra-se angustiada, coloca que não há nenhum problema em a paciente ser assim, que ela não pode nem quer “consertá-la” ou algo do gênero, mas a preocupação está com ela que, como psiquiatra, sente-se impotente e em falta. Afirma que diante do sofrimento que reconhece na paciente sente que não tem nada que ela possa fazer.

De modo semelhante a paciente endereça as mesmas questões à analista, que por vezes já respondeu a tais questionamentos de modo similar, expressando que temos a morte como uma certeza, que um dia todos iremos morrer. No entanto, quando a analista endereça tais dizeres à paciente, compreende o motivo pelo qual realiza tal intervenção. Diante da psicose, propõe um dizer que remete à castração, castração tal a que estamos todos submetidos, e a colocando em jogo busca apaziguar o gozo pelo qual a paciente encontra-se invadida.

Mesmo que as intervenções da analista e da residente diante da demanda de garantia de seguir viva tenham sido similares, a residente não sabe a razão por que disse isso, nem pensa que haja alguma hipótese em seu dizer, e posteriormente sente-se insegura, impotente, e com a sensação de que fez pouco ou de que se equivocou e cometeu um erro.

A experiência de conversa entre a residente e a analista se trata de uma troca/discussão de caso, ou seja, não se trata de uma supervisão. Sendo assim, a analista compreende que nesse momento não seria o caso de abordar teoricamente a intervenção realizada pela residente, opta-se então por abrir a possibilidade de um diálogo. Na conversa, a analista acolhe as questões, as inquietações e angústias da residente, que pode falar para além dessa paciente, mas também de como tem atravessado seu processo de ser uma aluna do primeiro ano de residência, ao que diz que está sendo intenso, sem qualquer possibilidade de decantar aquilo que vem aprendendo e que por vezes sente-se um peixe fora d'água.

Nessa conversa, por parte da analista, não são oferecidos manejos, apontamentos teóricos ou respostas para lidar com os casos. Trata-se apenas de uma escuta que inclui a sua angústia. Ao final da longa conversa a residente diz que se sente mais aliviada e agradece a escuta. A estratégia de oferecer lugar à angústia, por parte da analista, parte da compreensão de que é preciso sustentar uma posição de não saber, e as angústias provenientes dela, sendo assim, em lugar de uma resposta que direcione sua prática, oferta a escuta e a possibilidade de atravessarem em parceria esse percurso.

O exposto não aborda apenas uma situação em específico, pode servir como uma síntese de uma rotina no ambulatório. Diante disso, indaga-se sobre as amplas consequências a partir

das mudanças no cenário da psiquiatria ao longo dos anos. Como esclarecido, a partir de 1980 o DSM abandona todas as epistemologias que o sustentam, ao que passa a ser atóricico, e, além disso, passa a ser hegemônico na prática psiquiátrica.

Interroga-se então sobre as consequências desses processos, indubitavelmente assistimos muitas dessas consequências diretas no tratamento ofertado aos pacientes e exploramos várias delas nesta pesquisa. No entanto, também observamos efeitos na própria conduta dos psiquiatras, as angústias dos residentes provenientes do encontro com a prática clínica não são sem razão, como é possível sustentar tal prática diante de uma psiquiatria atóricica? Que referências eles teriam? Se o horizonte almejado é o da psiquiatria neurológica, como é possível sustentar o encontro com o dizer do paciente que é imensurável pelas tecnologias de imagem? Não temos respostas a tais questões, e nem é preciso que tenhamos: as deixemos em aberto. As indagações são suscitadas a partir da experiência no ambulatório conjuntamente com as considerações teóricas e histórias aventadas nesta pesquisa e são expostas aqui como questões relevantes ao campo da psiquiatria, posto que as mudanças estruturais na psiquiatria contemporânea não são isentas de consequências.

Na experiência no ambulatório não são apenas os residentes que assimilam novos ensinamentos. Paralelamente à vivência no SOMA, a pesquisadora teve oportunidades de aprendizagem em diversos sentidos, muitos deles já explicitados até aqui. Em relação ao encontro com os futuros psiquiatras, uma dessas aprendizagens foi a construção de uma aproximação e uma possível parceria com os residentes, o que nem sempre é possível com os psiquiatras já atuantes.

Observa-se que de início alguns dos residentes sustentam com bastante apreço seu semblante médico, alicerçado pelo discurso da medicina, e por vezes podem se apresentar com uma postura arrogante. Em alguns casos é possível que se trate de arrogância mesmo, porém, na maior parte das vezes esse semblante é uma tentativa de mascarar a insegurança e impotência pelas quais se sentem acometidos. Logo, é preciso ir além dessa máscara na tentativa da construção de um vínculo, posto que nas instituições de saúde mental há uma importância fulcral no diálogo entre psicanalistas e psiquiatras. Para que esse diálogo seja possível é preciso incluir o que foi dito anteriormente sobre os efeitos da própria formação médica e psiquiátrica nos residentes, dito que outro modo, também deve haver um esforço e um aprendizado por parte do psicanalista nessa aproximação. É necessário que se construa uma empatia em relação às angústias atravessadas pelos alunos. Essa atitude empática pode por vezes desconstruir parte desse seu semblante, o que é extremamente importante ao futuro psiquiatra pois abre-se a

possibilidade de diálogo com outras especialidades, e é também oportuno que o psicanalista possa dialogar com outros campos do saber.

Nesse sentido, muitos estudantes relatam que uma das experiências mais interessantes e frutíferas do ambulatório são as trocas realizadas com os analistas a respeito dos casos. Eles contam que essa é sempre uma oportunidade de conhecer mais sobre o paciente, de compartilhar suas impressões, sensações e hipóteses. Embora, novamente, essa não seja uma atividade de transmissão teórica psicanalítica, muitos dizem que têm aí o acesso a compreensões e conceitos psicanalíticos relevantes para sua prática, e essa oportunidade configura uma possibilidade de construção clínica conjunta.

Ao final do ano no ambulatório, os residentes podem declarar outras sensações além da impotência. Em conversas informais com os residentes ao final de cada ano, eles contam que no ambulatório puderam vivenciar experiências distintas da prática médica, que foram capazes de observar em si mesmos uma mudança de postura perante os pacientes, que aprenderam a ter uma postura menos intervencionista e de mais escuta, ponderando qual seria o melhor momento de intervir e qual seria o momento de não intervir. Um dos residentes conta que ao final do ambulatório pôde questionar a sua posição de médico, de teoricamente responsável pela garantia da saúde, passando a compreender que o paciente também faz parte dessa função. Em outro relato, um residente expressa que o encontro com os pacientes o ensinou a manter uma postura reflexiva sobre os motivos e direcionamentos ocultos da consulta, evitando atuações na prática médica.

Não se pretende realizar qualquer generalização afirmando que todos os residentes, ao fim do período no ambulatório SOMA, saem transformados, ou algo do gênero. Contudo, o que se testemunha é que os futuros psiquiatras são atravessados pela possibilidade de experimentar a prática clínica e que esta traz uma nova perspectiva no caminho de sua formação.

Neste capítulo foram expostos diversos relatos que, ao mesmo tempo que sintetizam a experiência da pesquisadora no ambulatório, articulam-se com o conteúdo dos capítulos anteriores, como veremos a seguir nas Considerações Finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do percurso desta pesquisa foi investigada a hipótese de que o diagnóstico do transtorno somatoforme produziria um “furo” no manual DSM e, como consequência, essa brecha possibilitaria uma reinvenção dentro da prática psiquiátrica contemporânea, ou mesmo um retorno aos primórdios da psiquiatria a partir do resgate da prática clínica. Com o propósito de circundar as indagações aventadas, foi necessário um retorno ao início: percorrer o caminho que fez com que a psiquiatria contemporânea rompesse com o sujeito, aproximando-se cada vez mais do biológico em detrimento da clínica e da escuta, e retirando assim da doença do sujeito a sua história e subjetividade. No caminho de retorno realizado por esta pesquisa observou-se que é concomitante ao uso do manual como universal pela psiquiatria, o abandono da experiência clínica perpetrado por ela, mais que isso, a psiquiatria passa a evitar de todo modo o encontro com o sujeito para além do biológico.

Conhecendo a história do DSM, seu surgimento, percurso e estabelecimento, nota-se que, de modo crescente, o manual foi abandonando as compreensões epistemológicas que o sustentavam, rumo aos discursos universais e antiteóricos. Só interessava aquilo que pudesse ser experimentalmente comprovado. Sendo assim, a partir das atualizações das versões do DSM viu-se que para que o manual fosse considerado científico era necessário que o sujeito ficasse de fora de sua prática. Também foi possível perceber que há um claro interesse que movimenta a empreitada da psiquiatria para se tornar mais científica e assim pertencer de vez ao seletivo campo da medicina. Esse movimento trata-se da aliança entre a indústria farmacêutica e a psiquiatria, ou seja, o que movimenta a subtração do sujeito da prática psiquiátrica encontra-se intimamente imbricado aos interesses do mercado e do capital.

O que se passa no contexto da psiquiatria não é apenas um movimento ingênuo. Evidentemente essa incidência de medicamentos possui um efeito dissolvente sobre o interesse clínico, uma vez que o interesse que impera é o do lucro, o que faz surgir diversas violências, cometidas e justificadas pelo aparato psiquiátrico, como o excesso diagnóstico. O manual psiquiátrico que surge a partir da demanda de sofrimento advinda da Segunda Guerra, na atualidade torna-se a razão de novo sofrimento, e em nome de se tornar científica a psiquiatria acaba por trair sua própria origem, a prática clínica psiquiátrica.

O novo horizonte almejado pela psiquiatria, a aproximação com a neurologia, também coaduna com os interesses do capital, mas dessa vez através do investimento em aparatos

científicos para a realização do *brain mapping*. Chega a ser irônica essa retomada, pela psiquiatria, de paradigmas já superados. A impossibilidade da precisão de um mapeamento das doenças mentais há décadas já é tida como suplantada, contudo, ainda assim o saber científico segue incansável na tentativa de dominar totalmente o corpo humano. O horizonte exposto nos leva à postulação aventada nesta pesquisa de que o que se passa então seria um retrocesso disfarçado de avanço, há uma clara manobra que envolve mídias, investimentos em marketing, investimentos em pesquisa e em aparatos científicos para forjar um suposto avanço em nome da mitigação do sofrimento humano, porém, muito pelo contrário, o que essa manobra diversionista tenta é obter seus reais interesses: o lucro e o controle dos corpos.

A psicanálise, há mais de dez décadas, desde as primeiras postulações freudianas, segue se mantendo sobre os mesmos alicerces. A psicanálise postulada desde Freud até Lacan não se rendeu ou se iludiu no meio desse percurso, ela segue sólida até hoje, sustentada pela mesma ética que operava quando de sua invenção, isto é, o ato subversivo da escuta do sujeito em detrimento da ausculta do corpo fisiológico, o encontro com o sujeito em detrimento do encontro com as imagens geradas por aparatos científicos. Mesmo que o DSM e a corrente psiquiátrica hegemônica tenham abolido de sua prática as postulações psicanalíticas, tais postulações teóricas ainda seguem ensinando, é o que se explicita a partir da prática de formação de residentes do ambulatório SOMA.

As contribuições teóricas acerca da psicossomática a partir das compreensões freudianas de neurose de angústia e das de Lacan a respeito do fenômeno psicossomático nos ensinam uma outra possibilidade de compreensão do que se passa com o sujeito no TS, que não a mera classificação. Nos oferecendo uma outra possibilidade de entendimento para os enigmas produzidos pelo sujeito mediante as lesões provocadas em seu corpo, ambas as postulações teóricas são essenciais, pois nos ofertam uma perspectiva de como manejar a escuta desses sujeitos. E, na contramão do percurso do fetiche à descredibilidade total que os pacientes com diagnóstico de TS atravessam, a partir das valiosas postulações de Freud, Lacan, e outros psicanalistas presentes nesta pesquisa, nos é ensinada uma outra maneira de encontro com o sujeito. Maneira tal mantida pelo desejo do analista, para que assim, mesmo diante da especificidade do FPS, seja viável o sustento de uma mudança de posição do sujeito em relação ao saber. A psicanálise segue ensinando outro caminho, que não o do encaixotamento propiciado pelo DSM e pela psiquiatria neurológica.

Em conclusão, o propósito desta pesquisa não se trata de comprovar que o SOMA seria uma espécie de ilha dentro do panorama da psiquiatria contemporânea, em que tudo funciona e

vai bem, a despeito do tenebroso cenário exposto. Provavelmente, muitos aspectos dentro do ambulatório seguem sendo operados de modo tradicional e, possivelmente, produzindo discursos de silenciamento dos sujeitos em nome da ciência. Todavia, a investigação a partir da experiência da pesquisadora se movimentou pela crença — e aposta — de que um outro cenário é possível, mesmo inserido em um complexo psiquiátrico clássico.

Para além do desafio de delinear uma denúncia concreta à vertente contemporânea da psiquiatria, paradoxalmente a pesquisa se configurou como uma forma de deixar contribuição, o que se operacionalizou através dos testemunhos e do desejo da pesquisadora. Apostou-se que o ambulatório produziria em sua prática uma possibilidade de escape a essa lógica de encaixotamento. Não se trata de uma saída mágica ou utópica, e sim da possibilidade de ensino que o ambulatório proporciona a partir do encontro e acompanhamento de pacientes. Para que esta pesquisa pudesse se transformar em uma dissertação, foi necessário alimentar-se de determinado otimismo, sacudir as perspectivas e empenhar-se em um exercício de diálogo e empatia sem, no entanto, em momento algum, perder de vista a ética psicanalítica e um posicionamento político e crítico.

Na experiência com os futuros psiquiatras em formação foi necessário um reencontro, uma conciliação e, de certo modo, um “fazer as pazes”, reconciliação, para não incorrer no possível equívoco de tomá-los apenas pelo discurso médico que os alicerça, sem escutá-los. Diante desse desafio pôde-se construir um diálogo em que se apostou que eles seriam também contagiados pelo desejo da prática psicanalítica que atravessa a pesquisadora. Perante o encontro com os pacientes, foi preciso engendrar uma possibilidade de invenção diante do real do FPS, foi preciso desta vez apostar no sujeito, uma aposta constante, movimentada por um desejo de analista de que seria viável ao sujeito com FPS construir uma oportunidade frente ao gozo que o invade e poder, quem sabe, passar ao desejo.

A realização desta pesquisa configura uma forma de seguir investindo, de não sucumbir ou desistir diante dos percalços do meio do caminho, dos desânimos que essa prática silenciadora produz, tanto nos sujeitos em sofrimento quanto nos próprios residentes. Estabeleceu-se como uma forma de dar continuidade e fazer valer a ética psicanalítica do sujeito de desejo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriano. O corpo e o risco: A atualidade de “O lugar da psicanálise na medicina”. **Opção Lacaniana online nova série**, n. 13, mar. 2014. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero13/texto9.html>. Acesso em: 27 out. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-I**. Washington, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR** (texto revisado). Tradução de Claudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANZATO, Cláudio Eduardo Muller; PEREIRA, Mario Eduardo Costa. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. *In*: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 35-54.
- BARRETO, Francisco Paes. Os efeitos da ciência sobre o corpo: O corpo-máquina da medicina, o corpo neuronal da psiquiatria biológica, o corpo remodelado da medicina plástica. **Opção Lacaniana online nova série**, n. 13, mar. 2014. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Os_efeitos_da_ciencia_sobre_corpo.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.
- BASSOLS, Miquel. As neurociências e o sujeito do inconsciente. **Opção Lacaniana online nova série**, n. 17, jul. 2015. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero17/index.html>. Acesso em: 27 out. 2020.
- BENIA, Raquel Ghetti Macedo; CELES, Luiz Augusto Monnerat; CHATELARD, Daniela Scheinkman. O afeto “angústia” em Freud e em Lacan: Discussões para a clínica psicanalítica atual. **Cadernos de Psicanálise**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 34, p. 47-59, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952016000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.
- BEZERRA JR., Benilton. Introdução: A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-30.
- BIRMAN, Joel. Desposseção, saber e loucura: Sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. *In*: QUINET, Antonio (Org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambisós, 2001.

- CAMPOS, Érico Bruno Viana. A primeira concepção freudiana de angústia: Uma revisão crítica. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 87-107, jan. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.
- CAMPOS NETO, Milton Nuevo de. **A medicina entre o concreto e o abstrato: Consequências da exclusão do sujeito como exigência metodológica da medicina científica**. 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, jul./set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>. Acesso em: 27 out. 2020.
- CATANI, Júlia. **O que tratar quer dizer: Construções da psicanálise diante dos transtornos somatoformes, sintomas somáticos e sofrimentos psíquicos e corporais**. 2018. Tese (Doutorado) – Instituto de psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- CATANI, Júlia. **Sofrimentos psíquicos: As lutas científicas da psicanálise e da psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Zagodoni, 2016.
- CONDE, Helena. **Sintoma em Lacan**. São Paulo: Escuta, jun. 2008.
- COSTA, Jurandir Freire. As fronteiras disputadas entre normalidade, diferença, patologia. *In*: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- COSTA, Rodrigo César. A neurose de angústia ainda existe? Uma leitura psicanalítica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 4, v. 2, n. 6, p. 98-116, jun. 2019.
- DARRIBA, Vinícius Anciães *et al.* Algumas evidências da fundação ética da psicanálise em “A psicoterapia da histeria”. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 32, nov. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372009000100020. Acesso em: 27 out. 2020.
- DIMITRIADIS, Yorgos. Pesquisa psicanalítica sobre os fenômenos psicossomáticos. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-52, abril 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982016000100035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSMI-V: Breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011a. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2015.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: Estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2020.

FONSECA, Maria Carolina Bellico. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS): Lidar com o sem-sentido? **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 229-244, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.

FRANCES, Allen. *Am I a Dangerous Man?* **Psychiatric Times**, mar. 2012. Disponível em: <https://www.psychiatrictimes.com/view/am-i-dangerous-man>. Acesso em: 27 out. 2020.

FRANCES, Allen. ***Saving Normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life***. Nova Iorque: Harper Collins Publisher, 2013.

FREUD, Sigmund. À guisa de introdução ao narcisismo (1914). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Tradução de Luiz Alberto Hanns. v. 1. Coleção Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, Sigmund. A psicoterapia da histeria (1893-1895). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. As resistências à psicanálise (1925). In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, Sigmund. Histeria (1888). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

FREUD, Sigmund. Histeria: Introdução do editor inglês. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. v. 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 13-123.

FREUD, Sigmund. Conferências introdutórias sobre psicanálise: Introdução do editor inglês. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 15. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Fragmentos da análise de um caso de histeria (1901-1905). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. O projeto para uma psicologia científica (1895-1950). *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, Sigmund. Psicanálise e Psiquiatria (1916-1917). *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Psicoterapia (1905). *In: Obras Completas de Sigmund Freud*. v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, Sigmund. Rascunho B – A etiologia das neuroses (1893b). *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Rascunho E – Como se origina a angústia (1894). *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia” (1894-1895). *In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GINESTET, Daniel *et al.* Em torno do DSM-III. *In: LACAN, Jacques et al. A querela dos diagnósticos*. Tradução de Luiz Forbes. Coleção O Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 70-78.

HUGUENIN, Ana Carolina de Faria; BRITO, Lavínia Carvalho. Um percurso pela angústia na obra de Freud. **Doxa - Revista Brasileira de Psicologia e Educação**. Araraquara, v. 22, n. 1, ed. especial, p. 271-283, 2020. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/14133>. Acesso em: 21 abril 2021.

IANNINI, Gilson; TEIXEIRA, Antonio. Reflexões sobre o DSM 100. **Opção Lacaniana online nova série**, n. 14, jul. 2014. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero14/texto8.html>. Acesso em: 27 out. 2020.

INSEL, Thomas. *Transforming Diagnosis*. **NIMH Director's Blog**, National Institute of Mental Health, abril 2013. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Acesso em: 20 out. 2020.

KAMMERER, Théophile; WARTEL, Roger. Diálogo sobre os diagnósticos. *In: LACAN, Jacques et al. A querela dos diagnósticos*. Tradução de Luiz Forbes. Coleção O Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 27-44.

KLEIN, Thais *et al.* A angústia nas neuroses atuais: Uma questão para a clínica contemporânea? **Cadernos de psicanálise**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 35, p. 49-64, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

LACAN, Jacques. A ciência e verdade (1965-1966). *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c. p. 896-893.

LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998e. p. 591-653.

LACAN, Jacques. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 496-590.

LACAN, Jacques. Do sujeito enfim em questão (1966-1967). *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 229-237.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 238-324.

LACAN, Jacques. (2003). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. (Trabalho original publicado em 1973.) *In: Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p.550-556.

LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina (1966). **Opção lacaniana**, v. 32, n. 10, 2001. Disponível em: https://www.academia.edu/34382843/Lacan_o_lugar_da_psicanalise_na_medicina. Acesso em: 27 out. 2020.

LACAN, Jacques. **O Seminário - Livro 2: O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954-1955). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. **O Seminário - Livro 3: As psicoses**. Tradução de Aluísio Menezes. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, Jacques. **O Seminário - Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAURENT, Éric. **A batalha do autismo: Da clínica à política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014.

LAURENT, Éric. Fim de uma época. **A diretoria na rede - Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise**, maio 2013. Disponível em: https://www.ebp.org.br/dr/ebp_deb/ebP_deb001/laurent.html. Acesso em: 27 out. 2020.

LIMA, Rossano Cabral. O DSM entre a novilíngua e a língua tertii imperii. *In: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 253-269.

MACHADO, Letícia Vier; FERREIRA, Rodrigo Ramires. A indústria farmacêutica e psicanálise diante da “epidemia de depressão”: Respostas possíveis. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 135-144, jan./mar. 2014.

MILLER, Alain. **Lacan elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MORAIS, Jamile Luz. **A proliferação do transtorno bipolar como paradigma do discurso capitalista**. 2017. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

MORAIS, Jamile Luz. **Corpo, feminino e subjetivação**: Uma análise a partir de sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2010.

MORETTO, Maria Livia Tourinho: **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

NASCIMENTO, Cecília Lana; VORCARO, Angela. Desmontagem do diagnóstico e orientação para o singular: Apresentações de pacientes de Jacques Lacan. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 31, set. 2020. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642020000100226&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abril 2021.

NASIO, Juan-David. **Psicossomática**: As formações do *objeto a*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

NICOLAU, Roseane Freitas. A psicossomática e a escrita do real. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, dez. 2008. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 abril 2021.

NICOLAU, Roseane Freitas; GUERRA, Andréa Máris Campos. O fenômeno psicossomático no rastro da letra. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 226-241, abril 2012. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 abril 2021.

PARRY, Vince. *The art of branding a condition*. **Medical Marketing and Media, ABI/INFORM Global**, v. 38, n. 5, p. 43, maio 2003.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A paixão nos tempos do DSM: Sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. *In*: PACHECO FILHO, Raul Albino; COELHO JR., Nelson; ROSA, Miriam Debieux (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 119-152.

QUINET, Antonio. A apresentação de pacientes de Charcot a Lacan. *In*: QUINET, Antonio (Org.). **Psicanálise e psiquiatria**: Controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 83-90.

QUINET, Antonio. **A descoberta do inconsciente**: Do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

RAMOS, Fernando. Do DSM-III ao DSM-5: Traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. *In*: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 211-229.

RAMOS, Gustavo Adolfo. **Histeria e psicanálise depois de Freud**. Campinas: Editora da Unicamp, 2008.

RIBEIRO, Maria Mazzarello Cotta. Neurose de angústia e transtorno de pânico. **Reverso**. Belo Horizonte, v. 31, n. 58, set. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 abril 2021.

RINALDI, Doris; NICOLAU, Roseane Freitas; PITANGA, Claudia Escórcio Gurgel do Amaral. Do fenômeno psicossomático ao sintoma: A aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 16, n. especial, abril 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300007. Acesso em: Acesso em: 17 abril 2021.

ROCHA, Ana Maria; CAVALCANTI, Ana Elizabeth. Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância. In: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 233-251.

ROUDINESCO, Elisabeth. **O paciente, o terapeuta e o estado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SAUVAGNAT, François. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. Tradução de Maurício D'Escragnolle. Transcrição de Rodrigo Afonso Nogueira Santos. **Analytica: Revista de Psicanálise**, São João Del Rei, v. 1, n. 1, p. 13-27, 2012.

SOLER, Colette. **A querela dos diagnósticos**. São Paulo: Blucher, 2018.

SZASZ, Thomas Stephen. **Ideologia e doença mental**: Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar Editores (Jorge Zahar), 1977.

VERAS, Marcelo Frederico Augusto dos Santos. **A loucura entre nós**: A teoria psicanalítica das psicoses e a saúde mental. 2009. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ZARIFIAN, Édouard. Um diagnóstico em psiquiatria: Para quê? In: LACAN, Jacques *et al.* **A querela dos diagnósticos**. Tradução de Luiz Forbes. Coleção O Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 45-51.

ZORZANELLI, Rafaela; VERZTMAN, Julio. Transtorno de ansiedade social no DSM-5: O paradoxo da ansiedade sem sujeito. In: ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; BEZERRA JR., Benilton; COSTA, Jurandir Freire (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 131-149.

ANEXO I

O Transtorno Somatoforme nos manuais de classificação (CID/DSM)

O intuito deste subitem é aclarar o modo como o transtorno somatoforme é apresentado no DSM, levando em consideração as alterações que a classificação sofreu ao longo das reedições. Posto que estamos trabalhando com as consequências das mudanças produzidas nos manuais ao longo dos anos, o modo como o transtorno somatoforme é nomeado sofre alterações, no entanto, essas modificações nem sempre acompanham uma alteração conceitual equivalente, é o que se intenta expor ao longo do percurso da pesquisa. O recorte da pesquisa se dedica de modo mais minucioso às classificações do DSM, pelo fato de esse manual se configurar como a referência central da psiquiatria contemporânea. Mas, vale ressaltar que a CID (Classificação Internacional de Doenças) também é uma classificação utilizada para a determinação diagnóstica, uma vez que possui categorias específicas para os transtornos mentais. Na prática, a CID serve como referência estatística mundial para o registro de morbidade e mortalidade, bem como aborda as relações saúde/doença referentes ao trabalho (questões de licenças, seguros, afastamentos etc.). Sendo assim, a CID é utilizada no ambulatório SOMA, assim como nos demais serviços de saúde e seguros saúde, para a garantia de questões burocráticas. Posto que o interesse da pesquisa discorre a partir das reflexões críticas acerca do DSM, a CID será abordada menos detalhadamente.

Para esse percurso usamos como referência o material produzido por Catani (2015, 2018), fruto de sua dissertação de mestrado e de sua tese de doutorado publicadas na Universidade de São Paulo. Além de pesquisadora, Catani também é psicanalista integrante do ambulatório SOMA, e tanto em seu mestrado quanto em seu doutorado ela se dedicou às temáticas do transtorno somatoforme, razão pela qual elegemos como fonte os dados produzidos pela autora.

Em relação à CID, será exposto apenas a última classificação (CID-10), que serve como referência ao ambulatório SOMA, pois como explicitado é a partir da CID que se obtém os códigos necessários para a aquisição de benefícios (licenças, afastamentos, aposentadorias). O DSM é utilizado no ambulatório na medida em que se configura como o guia da psiquiatria contemporânea.

CID-10 (1993)

Trata-se da última publicação até o momento, nesta edição consta um volume específico para os transtornos mentais.

Transtorno Somatoforme (F45)

Para este diagnóstico o fundamental é a presença de sintomas físicos associados aos incessantes pedidos de investigações médicas, mesmo antes dos exames negativos. A instalação dos sintomas físicos não justifica sua origem ou sua extensão, tampouco a angústia e as preocupações despertadas no paciente.

Abrange casos físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico no desencadeamento ou agravamento do transtorno. Embora se tenha conhecimento de que as manifestações físicas tenham forte relação com conflitos e eventos angustiantes, o paciente resiste em reconhecer tal conexão.

F45.0 - Transtorno de somatização

Caracteriza-se pela presença de diversas manifestações físicas recorrentes e dinâmicas que, de um modo geral, já estão presentes muito antes de o sujeito iniciar um tratamento psiquiátrico. É comum que esses pacientes tenham problemas com serviços especializados ou de atenção primária, pois diante do seu quadro os profissionais os submetem a diversos exames e procedimentos sem sucesso. Acerca da sintomatologia, esta pode ser desencadeada em qualquer parte do corpo, mas as mais frequentes são sensações gastrointestinais (dor, eructação, regurgitação, vômito, náusea etc.), sensações cutâneas anormais (coceira, queimação, formigamento, dormência, sensibilidade etc.) e erupções ou manchas. As interferências sexuais e menstruais também fazem parte das queixas. O transtorno de somatização apresenta um curso crônico e variabilidade ao longo do processo — o que ocasiona rompimentos sociais, familiares e interpessoais. A prevalência demonstra que é mais comum em mulheres e que os sintomas tendem a se desenvolver no início da vida adulta, não raro os pacientes tornam-se dependentes de sedativos e analgésicos.

Para o diagnóstico, devem constar os seguintes critérios:

- Ao menos dois anos de sintomas físicos diversos e variados sem explicações ou justificativas médicas.
- Recusa do paciente em aceitar que os seus sintomas não apresentam justificativas físicas plausíveis.
- Comprometimento social e familiar em decorrência dos sintomas. Inclui transtorno psicossomático múltiplo e síndromes de queixas múltiplas.

F45.1 - Transtorno somatoforme indiferenciado

As queixas dos sintomas físicos são inúmeras e persistentes, mas o diagnóstico de somatização não pode ser preenchido. Existem os sintomas necessários, mas há alguma característica que não está presente e impede a confirmação do transtorno, como por exemplo, falta de dramaticidade no quadro, ou não se constata prejuízo no funcionamento social e familiar. Essas razões impedem a determinação do diagnóstico específico de somatização, de modo que os casos são classificados sob a rubrica de transtorno somatoforme indiferenciado.

F45.2 - Transtorno hipocondríaco

A principal característica é uma preocupação persistente em vir a ter um transtorno físico sério e progressivo, manifestando a todo momento uma preocupação significativa com a aparência física. Características que para outras pessoas passariam despercebidas, para esses pacientes transformam-se em transtornos. Inclui transtorno dismórfico corporal, dismorfia (não delirante), neurose hipocondríaca, hipocondria e nosofobia.

Para o diagnóstico devem constar os seguintes critérios:

- Crença persistente em ter uma doença física grave, sendo que essa convicção não cessa nem com o resultado dos exames sendo negativos.
- Recusa, dificuldade em acreditar nos médicos e em aceitar que não há qualquer tipo de doença ou anormalidade.

F45.3 - Disfunção autonômica somatoforme

Os sintomas apresentados interferem na inversão e no controle autonômico que alude a um transtorno físico ou a um órgão. Os sistemas atingidos são o cardiovascular e o respiratório. As manifestações mais comuns são neurose cardíaca, hiperventilação, soluço psicogênico, neurose gástrica e diarreia nervosa. Os sintomas se dividem em dois tipos: queixas de sinais evidentes de excitação autonômica, como palpitações, sudorese, rubor e tremor; e com sinais menos explícitos, porém específicos e subjetivos, como sensações de peso, de aperto, de inchaço ou distensão, ou dores repentinas. São complicações desses dois tipos que garantem o diagnóstico deste quadro clínico.

Para o diagnóstico devem constar os seguintes critérios:

- Sintoma de excitação autonômica, isto é, palpitação, sudorese, tremor, rubor, incômodos.
- Sintomas psicológicos associados a algum órgão ou a um determinado sistema. Inquietação e medo quanto à possibilidade de um transtorno sério, que não são sanados pelas explicações médicas.
- Nenhuma justificativa para uma perturbação significativa de estrutura ou do funcionamento do órgão referido.

Para o estabelecimento do diagnóstico deve-se considerar o local de origem do sintoma. As classificações a seguir ilustram a localização do sintoma.

F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente

Como o próprio nome indica, este transtorno se caracteriza por uma dor predominante que não pode ser explicada por qualquer componente fisiológico, despertando no paciente muita angústia. As dores apresentadas decorrem de um conflito emocional ou de problemas psicossociais. Tendo em vista esses fatores, os pacientes procuram nos médicos suporte e atenção de modo constante.

F45.8 - Outros transtornos somatoformes

Aqui estão presentes queixas distintas daquelas classificadas no sistema nervoso autônomo e que se referem a uma parte específica do corpo. Estes transtornos diferem de queixas múltiplas imutáveis, frequentes nos transtornos de somatização e nos transtornos somatoformes indiferenciados. Lesões no tecido não estão envolvidas. Devem ser contempladas, aqui, as interferências psicológicas que afetam o somático. Sensações de inchaço, parestesias, formigamento e dormência são comuns. É possível observar também transtornos como: *globus hystericus* (sensação de caroço na garganta que ocasiona dificuldades na deglutição); torcicolo psicogênico ou outros transtornos de movimentos espasmódicos (exclui a síndrome de Gilles de la Tourette); prurido psicogênico (excluem-se aqui lesões cutâneas tais como alopecia, dermatite, eczema ou urticária de origem psicogênica).

F45.9 - Transtorno somatoforme não especificado

Inclui: transtorno psicofisiológico ou psicossomático não especificado.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

DSM-I (1952)

Contempla a categoria de *transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais*, que remetem aos distúrbios psicossomáticos nos quais um estado emocional crônico precisou ser reprimido. Contempla também a classe dos *transtornos psiconeuróticos*, que se caracterizam por intensos sentimentos de angústia acompanhados de forma direta, ou expressos por defesas. As defesas são também nomeadas de *reações psiconeuróticas*, nas quais se estabelecem lutas internas ou externas como tentativa de lidar com a sua ansiedade. De acordo com esta versão do DSM, os possíveis mecanismos que desencadeiam tal sintomatologia seriam: conversão, depressão, dissociação, deslocamento, formação fóbica, pensamentos e/ou atos repetitivos. O nível de prejuízo no cotidiano do paciente depende da intensidade e do grau com que os sintomas se manifestam.

DSM-II (1968)

Os *transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais*, constantes no DSM-I, aparecem agora como *transtornos psicofisiológicos*. Eles representam os distúrbios físicos de possível origem psicogênica, neste caso, um órgão é eleito como alvo para a manifestação corporal e a sua causa é decorrente de fatores emocionais. A expressão “*neurose histérica*” na segunda edição substitui o que antes era chamado de “*reação conversiva*” e “*reação dissociativa*”. De qualquer forma, a explicação continua a ser a mesma para referir-se à irrupção das manifestações frente a conflitos emocionais. Uma alteração quanto à terminologia “*personalidade emocionalmente instável*” também se deu, pois agora ela aparece como “*personalidade histérica*”. Na neurose histérica tipo conversão, mundialmente conhecida como “*la belle indifférence*”, não são verificadas implicações por parte do paciente quanto à cegueira, surdez, anestésias, parestesias, paralisias e discinesias.

DSM-III (1980)

A perturbação mental produzida por conflitos psíquicos, de acordo com a terceira edição, pode ser encontrada nas seguintes classes: *ansiedade afetiva*, *transtornos somatoformes*, *transtornos dissociativos* e *transtornos psicosssexuais*. No que tange aos *transtornos somatoformes*, a edição os define pela referência a sintomas físicos sugestivos de alterações fisiopatológicas, para que não há qualquer tipo de causa orgânica que possa justificar ou fazer entender a disfunção, ainda que esta se mantenha presente. Vale ressaltar que a produção da alteração não é em hipótese alguma proposital, ao contrário, o paciente sente-se bastante frustrado e inquieto com a sua presença, mostrando-se indignado, e resiste a aceitar que seu mal-estar tenha qualquer tipo de causalidade psíquica. Compõem este diagnóstico os seguintes transtornos: *conversão*, *somatização*, *somatização sem outra especificação*, *hipocondria*, *dismórfico corporal*, *doloroso e somatoforme indiferenciado*. Uma outra classe a ser destacada é a dos *fatores psicológicos que afetam a condição física*, ou seja, de novo uma situação na qual as questões psicológicas interferem e prejudicam a saúde do paciente de modo a fazer emergir um sintoma físico.

DSM-IV (1994)

Os *transtornos somatoformes* mantêm-se como classe essencial para descrever sofrimentos de fronteira entre o orgânico e o psíquico. São acrescentados os *transtornos factícios* para aludir aos conflitos psicológicos e inconscientes, nos quais os pacientes produzem os sintomas em si mesmo sem saber quais são as vantagens obtidas além de algum tipo de cuidado, o que seria um efeito secundário de tal diagnóstico. Também é conferido o *transtorno de personalidade histriônica*, este se configura por excitabilidade emocional, instabilidade, formação reativa e autodramatização. Partimos para uma breve descrição de cada uma das categorias do *transtorno somatoforme*:

Transtorno de somatização: diversos sintomas somáticos compostos por queixas de dores gastrointestinais, sexuais e pseudoneurológicas recorrentes. São pessoas dramáticas, com extenso histórico médico e que, ao invés das investigações tornarem-se esclarecedoras, geram nos profissionais mais dúvidas, produzindo dificuldades na determinação da patologia. Cabe destacar que, mesmo após a estabilidade do quadro e o tratamento adequado, dificilmente os sintomas desaparecem por completo.

Transtorno conversivo: fruto de um conflito psicológico inconsciente, produz déficit motor ou sensorial e em decorrência disso também são denominados “*sintomas pseudoneurológicos*” que surgem a partir de algum evento estressor, mesmo que o paciente não seja capaz de correlacionar.

Transtorno doloroso: presença de dores constantes que não cessam mesmo com uso das medicações mais fortes, e exigem que os pacientes recorram a hospitais e prontos-socorros na tentativa de alívio. Trata-se de um quadro que pode ser agudo (inferior a seis meses) ou crônico (superior a seis meses), a depender da instalação do sintoma. Tem novamente a origem em questões psíquicas. São comuns o abuso de medicações e a dependência em busca de tratamento — também por isso tais aspectos merecem atenção.

Hipocondria: preocupação ou ideia de ter uma doença grave. Essa sensação de modo geral advém de uma interpretação errônea, mas que apesar disso mantém-se presente. Geralmente, na prática clínica o termo “hipocondria” é evitado por sua conotação pejorativa entre os profissionais, que tendem a minimizar os cuidados necessários.

Transtorno dismórfico corporal: preocupação excessiva com a aparência levando o sujeito a recorrer a diversas plásticas e cirurgias para corrigir o que ele acredita ser um defeito.

DSM-V (2013)

Optou-se por substituir o *transtorno somatoforme* por *sintomas somáticos e transtornos relacionados*. A alteração, de acordo com os autores, decorre de uma tentativa de sanar a terminologia confusa decorrente do dualismo entre corpo e mente, pois tal como admitem os responsáveis, o diagnóstico de TS, quando empregado, gerava falta de fidedignidade nas avaliações de sintomas inexplicáveis por causas orgânicas e dificuldades na estratégia de tratamento. Vale ressaltar também que a partir desse momento estão presentes casos nos quais a origem é de cunho orgânico, mas que sofrem interferência de questões psíquicas, como os *quadros psicossomáticos*, que até então não poderiam ser classificados como *transtorno somatoforme*, uma vez que nesses era possível verificar lesões orgânicas.

As definições atualizadas dos *sintomas somáticos*:

Transtorno de sintomas somáticos: sofrimento e alteração significativa que produza prejuízo no cenário psicossocial: a) um ou mais sintomas somáticos que comprometam as atividades diárias; b) pensamentos, sentimentos ou comportamentos associados a problemas de saúde — medo excessivo de ter um problema ou sintoma grav, elevado grau de ansiedade, tempo ou energia dirigidos aos sintomas; c) predominância de dor manifestada por um período superior a seis meses. Há uma busca excessiva por cuidados e por diagnóstico, que não é suficiente. Esta classificação inclui as classes anteriores de somatização, somatoforme indiferenciado, hipocondria e doloroso.

Transtorno de ansiedade de doença: fortes sentimentos de ansiedade quanto à própria saúde, sem uma explicação ou possibilidade de melhor classificação, como seria o caso no transtorno de ansiedade generalizada. Para a confirmação é necessário: a) preocupação por ter ou adquirir uma doença grave; b) sintomas somáticos não presentes ou apresentando leve intensidade; c) grau elevado de ansiedade em relação à saúde, sendo o indivíduo incomodado por este estado; d) indivíduos que realizam comportamentos excessivos relacionados à saúde (por exemplo, diversos auto-exames no corpo em busca de alguma doença) ou exibem prevenções inadequadas (por exemplo, evitam sugestões dos médicos ou dos hospitais); e) as preocupações com a doença devem existir por pelo menos 6 meses — mesmo com oscilações; f) a preocupação não é melhor explicada por transtorno do sintoma somático, transtorno dismórfico corporal, transtorno delirante, transtorno de tipo somático, transtorno de ansiedade generalizada, ou transtorno do pânico. Os pacientes podem ser de dois tipos: aquele que busca

cuidados médicos, incluindo consultas ou realizações constantes de exames; e aquele que mostra hesitação com relação aos cuidados médicos, reclama muito, mas não busca cuidados.

Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais): os sintomas médicos inexplicáveis continuam sendo característica essencial para o diagnóstico. Neste transtorno há um aumento no risco de morte, sofrimento e perda da capacidade funcional, e seu estabelecimento é definido pelos seguintes critérios: a) alteração, em uma ou mais características, que envolva o sistema motor ou a função sensorial; b) os sintomas e os aspectos neurológicos da condição médica demonstram incompatibilidade; c) o acometimento não é melhor explicado por outra condição médica ou outro transtorno mental; d) significativo comprometimento nos setores ocupacional e relacional, ou em outras áreas importantes. Essa classe é nomeada como “psicogênica” (falta de etiologia esclarecida) ou “funcional” (alterações anormais do sistema nervoso central) para descrever o quadro conversivo. No transtorno localizam-se fraquezas, paralisias, distonia, tremores, marcha e posturas anormais. Do ponto de vista sensorial, incluem-se: alterações, redução ou insensibilidade tátil, visual ou auditiva. Episódios de tremor generalizado nos membros com prejuízo aparente ou perda da consciência, podem apresentar convulsões epiléticas psicogênicas ou pseudoconversões epiléticas. A depender do grau de manifestação é possível desenvolver uma síncope ou um coma. Podem ainda ocorrer a afecção da fala, apraxias, alterações das articulações, sensação de nó na garganta e diplopia. Os traumas remetem a questões temporais e o quadro pode desenvolver-se na sequência de um fato delicado ou levar anos. Em geral, pessoas com personalidade mal adaptada, histórico de abuso sexual ou negligência na infância, presença de eventos estressantes, presença de doenças neurológicas com comprometimentos orgânicos, potencializam o aparecimento de transtornos conversivos.

Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas (PFAMC): interface entre a psiquiatria e a medicina geral. Os pacientes que possuem alguma condição orgânica associada a um traço de personalidade ou que apresentam questões psicológicas que interferem no agravamento da doença em questão, são agora tratados e recebem os cuidados médicos necessários quando: a) desenvolvem um sintoma médico ou condição que não um transtorno mental; b) apresentam fatores comportamentais e psicológicos que afetam as condições médicas de algum modo no curso da doença, uma associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento ou exacerbação; c) constitui um risco para a saúde; d) há agravamento da questão fisiopatológica, precipitação ou exacerbação do sintoma, aumento da necessidade de atenção médica (CATANI, 2018, p. 111).

Transtorno factício: o paciente produz os sintomas, mas sem saber quais seriam as vantagens, não se trata de algo consciente, portanto, não é uma simulação. É classificado de dois modos: *transtorno factício autoimposto* ou *transtorno factício imposto a outro*. Em ambos os casos há: a) falsificação de sintomas e sinais psicológicos, físicos, ou a indução de ferimentos ou doenças associada a um comportamento enganoso; b) o indivíduo se apresenta, aos outros e a si mesmo, como doente, incapacitado ou machucado; c) o comportamento enganoso está presente mesmo quando é claro que a pessoa não está doente; d) o comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, tal como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico (CATANI, 2018, p. 111).