

# CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DSM-IV SEU LUGAR NA HISTÓRIA DA PSICOPATOLOGIA E OS LIMITES DO CONCEITO DE TRANSTORNO

*Roberto Calazans  
Pedro Sobrino Laureano  
Fuad Kyrillos Neto*

Será que podemos dizer que o DSM-IV é, propriamente dito, um Manual de Psicopatologia? Se sim, será que podemos dizer que ele contempla todos os aspectos de psicopatologia? Ou será que podemos dizer que ele fica a meio caminho entre um manual de psicopatologia ou um manual de diagnóstico?

Se os nomes e os conceitos designam um campo de ação e de pesquisas em função de um problema, a história da psicopatologia como parte da clínica deve ser remontada ao que Foucault (1977) chamou de Nascimento da Clínica: esta só tem lugar no final do século XVIII com o método anatomoclínico de Xavier Bichat. Não se trata mais aqui do sentido da clínica do mundo antigo em que o médico se inclinava sobre o paciente para fazê-lo viver ou morrer de acordo com a noção de Cosmos. É uma clínica que irá se amparar no olhar, na observação do caso singular. O olhar que pretende enunciar algo somente após a observação. Mudança de método, mudança de discurso.

Curiosamente Pinel era contrário ao método anatomoclínico no que tange à loucura. Este método só será eficaz nesta seara - e com muitas reservas - na década de 1820 do século XIX com o estudo de Bayle sobre a paralisia geral. Foi fundamental para dar consistência ao que Bercherie (1985) chama de fundamentos da nosologia clássica. No entanto, é graças à sistematização da

clínica por Pinel que foram criadas condições para que o método anatomoclínico surgisse:

Michel Foucault, que apresenta um quadro notável da evolução dos conhecimentos e das doutrinas médicas durante esse período, opõe sucessivamente duas etapas: uma saiu da outra; Bichat se valeu de Pinel, e somente a organização clínica forneceu as bases necessária do método anatomoclínico (BERCHERIE,1985, p.34).

O trabalho de Pinel foi estabelecer critérios objetivos para uma reforma do atendimento e da designação do que era até então chamado de modo genérico de loucura. Para tal, temos aí a necessidade de uma disciplina de identificação e diferenciação das entidades mórbidas que afetam um sujeito. É neste mesmo movimento que vemos surgir as denominações de Neurose, no século XVIII e de Psicose, no século XIX, que serão alvo de críticas dos autores do sistema DSM desde a década 1980. O lançamento do DSM III, neste ano, foi considerado um marco na história da psiquiatria pelo fato de ser a primeira classificação baseada em critérios diagnósticos explícitos e o primeiro sistema multiaxial adotado oficialmente. (BANZATO et al, 2007)

Voltando ao fio histórico, podemos dizer que é dessa conjunção de fatores - método clínico formado a partir de Xavier Bichat e a instauração de uma nova disciplina com Phillipe Pinel – que surge, no final do século XIX a palavra Psicopatologia. No entanto, ela só surge como designação de um Manual próprio com Karl Jaspers: o famoso texto fenomenológico *Psicopatologia Geral* de 1913. Nesta configuração, a Psicopatologia, como lembra George Lantéri-Laura (1989), nasce diretamente do método clínico: “não há nada na psicopatologia que não tenha estado antes na clínica”. (p.18) E os modelos psicopatológicos ganham frescor disso que ele chama de politeísmo: um diálogo constante com a clínica e com as outras abordagens em psicopatologia.

Apesar de o texto de Jaspers ter sido criticado devido à pouca experiência do autor no campo psiquiátrico, é inegável seu valor inaugural de uma disciplina e de uma prática. Mas o ponto forte de seu texto é a afirmação do método clínico em psicopatologia. No método clínico, temos sempre de estar abertos a ensinamentos que a prática possa nos dar. Não se trata de agir com um saber constituído, mas de um saber em constituição em função do que é chamado de caso - a singularidade que, em dialética com o saber já constituído, pode fazer avançar o campo da clínica. Como diz o lema de Corvirsat: todo saber do médico se esfuma no leito do paciente. É uma tensão profícua entre o singular e o geral.

Já vimos que a psicopatologia nasce da clínica e esta se ampara na questão da tensão entre singularidade e generalidade que obtém por meio do método

clínico. A psicopatologia, como prática, pretende estabelecer a distinção diagnóstica e explicá-la. Deste modo, podemos considerar o DSM-IV como parte da história da psicopatologia. Por outro lado, vimos que há uma questão de método em jogo também. O método anatomoclínico que revolucionou a clínica se compõe de três etapas: designação dos sinais e sintomas (semiologia) a partir da queixa do paciente; busca de uma referência anatômica - chamada hoje de marcador biológico (nosografia); estabelecimento da etiologia e, conseqüentemente da nosologia que explica aquela doença. Vemos que neste movimento não se trata de uma questão epidemiológica, pois não estão em jogo os condicionantes sociais e aspectos de incidência populacional. Assim, no que tange ao uso da estatística, temos um apelo a métodos de outras áreas de atuação da medicina.

Ainda no tocante a essa questão, vemos pela circunscrição histórica do problema – surgimento com Pinel e desenvolvida até a definição de Jaspers em 1913 – e pela afirmação do método que é necessário para determinar seus modos de investigação – o método clínico – que temos alguns problemas na colocação do DSM-IV na linha direta da psicopatologia. Afinal, como diz Maleval (2003), não se pode confundir método clínico com método experimental, probabilístico ou estatístico.

É aqui que começam os problemas. Se o DSM-IV pretende ser estatístico, ele deixa em segundo plano a dimensão do método clínico. Deste modo, podemos dizer que aí temos certa limitação do poder de alcance deste manual e isto por duas razões: a primeira, já enunciada, por deixar de lado o método clínico em função do estatístico; o segundo, como diz Barata (1996), por se amparar em um pressuposto de que a probabilidade é a ferramenta por excelência do conhecimento científico e de que o avanço de uma técnica é sempre saudável para a pesquisa. É uma proposição positivista. Neste aspecto, não podemos dizer que o DSM-IV seja um manual propriamente dito de psicopatologia, mas de estabelecimento de pesquisas.

Mas temos que avançar alguns outros elementos para continuar com a questão de saber se se trata de um manual de psicopatologia ou não. Se remontarmos à letra do texto do DSM-IV, veremos que a questão principal é, segundo o próprio, estabelecer critérios diagnósticos claros, e a consequência disto seria a reduzir a falta de uniformidade de conceitos diagnósticos na prática clínica. Isso por que “as muitas nomenclaturas desenvolvidas durante os últimos dois mil anos diferem quanto à ênfase que dão à fenomenologia, à etiologia e ao curso como características definitórias” (APA, 2013, p. 22).

Nesta passagem que destacamos vemos como se afasta da psicopatologia: em primeiro lugar por indefinição do recorte histórico – podíamos falar em loucura antes, mas não podíamos falar nem em clínica e muito menos em psicopatologia; em segundo lugar por ignorar que a questão da etiologia não é, tanto em psicopatologia quanto na clínica médica geral, questão de ênfase a ser dada ou não, mas de etapa a ser alcançada no processo diagnóstico, como lembra Ey (1994). Em terceiro por acreditar que não havia comunicação entre as partes discordantes da psicopatologia; o campo psicopatológico se caracteriza pelo debate entre as diversas posições e não pela idiotia de posições. Podemos ver então que, diante do problema que o DSM-IV se coloca, ele se aproxima da psicopatologia; diante do método que assume, ele se afasta.

Continuando com a análise, tomemos as palavras de um psiquiatra. René Olivier-Martin, médico psiquiatra e, na época em que pronunciou as palavras abaixo Chefe de Serviço no Centre de *Traitement de La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale*, tem uma delimitação do problema bastante precisa:

O caráter ateuórico do manual, quer dizer, tudo que se pode apresentar como hipótese etiopatogênica não demonstrada fica ausente ou suprimido do livro. Um livro de psiquiatria não poderia pretender deixar de lado uma teoria; um manual diagnóstico pode tentar isso (OLIVIER-MARTIN, 1989, p.73).

Posição interessante por afirmar que em psiquiatria – e, diríamos nós, em psicopatologia também – não se pode prescindir de um aspecto importante: a questão da etiologia, que abordaremos na segunda seção deste manuscrito. Isso desemboca em como pensar, na tradição psicopatológica, a pesquisa.

De acordo com Leguil (1989), temos duas maneiras de pensar o movimento de pesquisa em psicopatologia: o que faz um retardo sobre a questão da causa e o que afirma necessariamente seu ordenamento em função da causalidade. O primeiro irá valorizar, de modo decidido, a observação tomando como parâmetro clínico o método anatomoclínico da medicina moderna. Neste processo, o fator etiológico é o último estágio a ser alcançado, precedido pela descrição e pelo encontro do substrato anatômico (marcador biológico).

Ey (1994) é um partidário deste modelo. Ele faz distinção entre estrutura clínica e estrutura etiológica. A ideia de afastamento fica clara por sua orientação – afirmação do fator orgânico das doenças mentais – e sua honestidade – não a afirma, deixando claro o aspecto eminentemente clínico e psíquico do que ele chama de doença mental. Citando-o textualmente: “Naturalmente, ela (a estrutura clínica) não exclui esta fase essencial (estrutura etiológica) e terminal do diagnóstico médico: ela a prepara.” (EY, 1994, p. 222).

Deste modo, alguns dirão que a clínica psiquiátrica é ora nosográfica, ora sindrômica, mas nunca seria nosológica. Para Aguiar (2005), isso é tributário do fato de que, ao contrário da medicina, na clínica do psíquico falta o marcador biológico. Na ausência deste, falta também a possibilidade de detecção do agente etiológico e, assim, configurar as síndromes que permitam estabelecer a nosologia: não somente descrever a doença, em separado das outras – nosografia – mas também explicá-la – nosologia. De todo modo, esse retardo não é o mesmo de afirmar que não tratará da etiologia. É a introdução de outra modalidade que, declaradamente, deixa de lado a questão da etiologia:

O DSM-III introduziu várias inovações metodológicas importantes, incluindo critérios explícitos de diagnósticos, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas (APA, 2004, p. 23).

No caso específico da psicanálise, podemos dizer que ela chega a uma nosologia das perturbações do sujeito. Ela faz isso a partir de sua hipótese etiológica: a sexualidade infantil é a causa das perturbações do psiquismo. E a partir daí ela explica e diferencia em entidades autônomas as diversas patologias em função de um modelo explicativo que reúne os diversos fenômenos: recalque, que explica a neurose; foracclusão, que explica a psicose; desmentido; que explica a perversão. Como diz Soler a propósito da psicose: “o termo condição implica que a foracclusão não é um fenômeno. Não faz parte do observado: é uma hipótese causal. Se a foracclusão não faz parte dos fenômenos da psicose, é pela foracclusão que se diagnostica a psicose” (SOLER, 2007, p.12). Não cabe aqui fazer a precisão dos termos psicanalíticos, mas apontar que existe outro modo de pensar a questão da etiologia a partir da clínica, como veremos mais adiante. Mas cabe destacar que se não houvesse outra maneira de pensar, de acordo com o método clínico, é preciso dizer, a questão da etiologia para o DSM-IV não se colocaria.

Se pela via do debate podemos novamente aproximar o DSM-IV da questão psicopatológica, por outro lado, pela via do que são propriamente os elementos do método clínico não podemos mais aproximar tanto assim. Falta um elemento essencial a um manual de psicopatologia: a seção de semiologia. Importante para caracterizar os problemas relativos às funções psicológicas - percepção, pensamento, linguagem, memória, própriocepção...– que, reunidos, podem estabelecer orientações valiosas no processo diagnóstico – por exemplo, a importância dos transtornos de linguagem (neologismos, ritornelos, etc.) para o diagnóstico de psicose; ou a importância da distinção dos diversos tipos de alucinação e das diversas modalidades de delírios e suas etapas. Sem etiologia e sem semiologia, ficando restrito à ordenação sindrômica de saída é pouco para

poder caracterizá-lo como manual de psicopatologia. Deste modo, não se trata mais somente de uma questão de método, mas de ordenação do campo. Assim, podemos considerar que o DSM-IV fica a meio caminho entre um manual de psicopatologia e um manual experimental amparado na estatística.

Se retomarmos a fala de Olivier Martin (1989), podemos delimitar o lugar do DSM-IV dentro do campo da psiquiatria:

1. Em primeiro lugar, ele é um fato político que não pode ser ignorado, mas que deve ser debatido devido ao seu caráter de pretender impor-se a todas as orientações;
2. Em segundo lugar, por sua autodeclaração de ateuíco, é uma precipitação considerá-lo como um manual de psicopatologia, uma vez que deixa duas dimensões importantes de lado: a semiologia e a etiologia.
3. Em terceiro lugar, o seu ateorismo pretende suprimir qualquer debate que não se dê nas bases de seu pragmatismo, o que retira todo padrão tradicional da psicopatologia: o fato de partir de princípios distintos não incorre em impossibilidade de debate e de contribuições. Como podemos demonstrar tomando, por exemplo, a psicanálise: do debate com Bleuler surge, na psicopatologia, a noção de autismo como sintoma primário da esquizofrenia e depois como entidade nosográfica autônoma; no caminho oposto, no debate de Lacan com a psiquiatria organicista a psicanálise importa para seu campo de trabalho a noção de automatismo mental.
4. Em quarto lugar: como o DSM-IV coloca transtorno no lugar de doença, podemos ver que ele parte já dos diagnósticos elaborados. A sua preocupação é em descrevê-los o mais precisamente possível. Ao fazer isso, ele já toma como sabida uma parte importante da psicopatologia: a semiologia, em que é importante delimitar a os sinais e sintomas de acordo com as funções psíquicas. Deste modo, temos apenas um manual diagnóstico e não um manual psicopatológico por deixar de lado a etiologia, deixar de lado a semiologia, não pretender desenvolver uma nosologia, ficando atrelado tão somente a uma taxonomia.

Se vamos pensar propriamente a psicopatologia, não podemos ignorar o fenômeno DSM-IV. Mas também não podemos ignorar que sua unanimidade é questionável. Geralmente diz-se que ele teria unanimidade por ser mundialmente reconhecido, o que é muito pouco para especificá-lo como único. Podemos dizer que ainda hoje o trabalho de Kraepelin é mundialmente reconhecido, assim como a *Psicopatologia Geral* de Jaspers, o *Manual de Psiquiatria* de

Henry Ey e os *Estudos sobre a Histeria* de Freud e Breuer o são. Não podemos confundir o reconhecimento de uma Organização Mundial (a de Saúde) com reconhecimento mundial. A OMS é uma organização política destinada a gerir recursos de saúde e estabelecer metas. Um manual estatístico lhe serve principalmente para estabelecimento de estudos epidemiológicos. Mas, como sabemos, a epidemiologia não é a clínica e confundir uma com outra é justapor metodologias sem a criação de um novo campo. Desse modo, temos com o DSM-IV um manual estatístico que se ampara mais em procedimentos epidemiológicos do que clínicos (ou em uma confusão entre os procedimentos). Por essa razão não podemos situar a clínica como epidemiológica, nem a psicopatologia como tema de estudo do DSM-IV.

## A PSICANÁLISE COMO PSICOPATOLOGIA NÃO HUMANISTA

Um exemplo de clínica que não repousa no humanismo e na ideia de compreensão para se distanciar do positivismo é aquele da psicanálise. Confrontados com a ausência de etiologia orgânica para a explicação da histeria, Freud & Breuer, (1895/1990) também não recorrem à dimensão da compreensão. Certamente, a linguagem será fundamental para a leitura do sintoma como mensagem na psicanálise. Entretanto, ao propor a ideia de inconsciente, Freud desaloja a correspondência entre linguagem e consciência.

A teoria do simbolismo inconsciente não é hermenêutica, não busca trazer à consciência o sentido oculto do sintoma, possibilitando ao eu se reapropriar do conteúdo recalçado. Pelo contrário, trata-se de apontar a dependência da consciência e do ego em relação às leis do processo primário, dependência que não pode ser curada por clínica da alienação mental concebida como processo de recuperação da autonomia do eu.

E, a respeito da hipótese etiológica, Freud não se contenta apenas em deslocar para o psiquismo a causa dos distúrbios. Ele confere valor etiológico ao fracasso mesmo de representação da causa. Trata-se da hipótese de que a etiologia do sofrimento se relaciona à falha de inscrição psíquica do evento traumático.

Se a psiquiatria e a medicina não conseguiam encontrar uma etiologia neurológica para a histeria, o passo inicial de Freud foi, de fato, transpor tal dificuldade etiológica para o psiquismo do doente. Daí a ideia de que “as hísticas sofrem de reminiscência” (FREUD & BREUER, 1895/1990, p. 217): há ruptura, hiato, no elo causal, na memória. Já em um segundo passo, entretanto, Freud (1900/1990) radicaliza tal hipótese, afirmando que a ruptura na teia causal

é parte constituinte do sistema psíquico, e não apenas um distúrbio em seu funcionamento ótimo, que seria encontrado apenas no doente.

Ora, tanto pela proposição do inconsciente, que recusa a identificação entre pensamento e consciência, quanto pela hipótese etiológica, que relaciona a constituição psiquismo a uma falha de inscrição, a psicanálise se situa fora das críticas humanistas da ciência.

Restaria muito a falar sobre essas leituras em psicopatologia. O que nos interessa apontar, entretanto, é que o problema da construção de uma clínica e de uma psicopatologia não é aquele da oposição entre humanismo e positivismo. Isso porque, como veremos agora, os pressupostos do DSM parecem-nos encontrar, em pontos fundamentais, a crítica humanista da ciência.

## TRANSTORNO COMO RUPTURA

Ao realizar o catálogo de sinais e sintomas conforme o conceito de transtorno, o pressuposto do DSM é humanista, pois ele realiza uma exclusão da subjetividade do ato de conhecimento que, desde que Descartes enunciou o *Cogito*, fundamenta o caráter constituinte do homem como suporte de representações científicas.<sup>1</sup>

Daí a insuficiência, que apontamos acima, da crítica humanista ao DSM que o pensa como descrição abstrata que “rotula” o sujeito. Meramente contentando-se em se opor à razão instrumental do Manual à dimensão do humano, seja esta remetida ao indivíduo ou ao “social”, tal perspectiva termina secretamente por referendar os limites apresentados pelo DSM.

Para compreendermos tal ideia, é preciso analisar a categoria fundamental utilizada pelo manual, aquela de transtorno. De fato, tal categoria representa um limite claro à recusa do DSM em apresentar-se como ateu, como subtraído à questão da etiologia psicopatológica. Pois o que é um transtorno, na concepção do DSM? Ora, se trata da ruptura das faculdades psicológicas, ruptura que aponta para um desequilíbrio do poder unificante, sintético do eu, uma “disfunção dos processos psicológicos”, como coloca o DSM-V. O transtorno representa

---

<sup>1</sup> Este lugar de onde opera o poder de decisão sobre a normalidade e patologia é excluído do campo que ele próprio funda, tornando-se, portanto, impossível de ser criticado. Como coloca o filósofo Giorgio Agamben (2010) em suas análises do poder moderno, o poder que decide sobre a exceção é, ele mesmo, excessivo; habitando o lugar a-tópico aonde se cria a decisão constituinte pela repartição entre a norma e a transgressão, ele mesmo torna-se ao mesmo tempo normativo e transgressor.

uma negatividade puramente exterior à organização que o eu deve realizar dos processos mentais.<sup>2</sup>

A problematização realizada por Canguilhem (1995) da oposição entre doença e saúde, na medicina moderna, pode nos ser de interesse aqui. Quando Canguilhem afirma que o normal e o patológico têm a mesma natureza, ele repete, para o campo da medicina, uma das afirmações fundamentais que Freud havia realizado no campo da doença psíquica. A ideia de que a saúde e a doença possuem a mesma natureza é a de que ambas se complementam, isto é, a normalidade não é autoexplicativa, já que ela depende, de forma fundamental, da patologia.

Em relação à psicopatologia, podemos pensar a tese de Canguilhem a partir da afirmação de que o fenômeno patológico não constitui o rompimento puramente negativo de um funcionamento ótimo do psiquismo, mas que ele é parte inerente a este funcionamento. De forma que apenas podemos compreender a normalidade a partir de seu “desfuncionamento” psicopatológico, como duas faces de um mesmo fenômeno bifronte. É nesse sentido que, para a psicopatologia, a descrição de fenômenos não basta. O sintoma não é um mero transtorno, já que ele não pode ser excluído da normalidade a respeito da qual ele constituiria, supostamente, uma determinação meramente deficitária.

Tomemos o exemplo das compulsões. A compulsão constitui, hoje, uma enfermidade epidemiológica, descrita no DSM dentro da grade dos transtornos obsessivos compulsivos (TOC). Ora, não há como compreender a compulsão como desequilíbrio sem compreendermos a respeito de que ela representa um desfuncionamento. A psicanálise, por exemplo, a entende não apenas como disfunção em relação à norma, mas como disfunção inerente à própria norma. Trata-se daquilo que Freud (1923/1990) chamou de superego.

De fato, se uma das formas de imperativo social, hoje, constitui-se como demanda por consumo, como poderíamos decidir sobre o indivíduo normal, que

---

<sup>2</sup> E aqui não interessa tanto se este “eu” constitui-se como eu psicológico ou neurológico. O problema, de fato, não é aquele da oposição entre o psíquico e o corporal, *res extensa* ou *res cogitans*, mas sim aquele do normal e do anormal, e do questionamento de sua fronteira. Alain Ehrenberg (2002) mostrou, neste sentido, que algumas correntes da neurociência, aparentemente assentadas no empirismo dos neurotransmissores, constituem-se como herdeiras da frenologia, de Gauss, que buscava no formato do crânio as causas do caráter, da moralidade e da inteligência. De fato, seja cerebral ou psicológico, o problema continua sendo o de pensar o caráter ideal desde “sujeito” transtornado. O idealismo, como dissemos acima, não nos parece se opor ao empirismo radical, mas sim completá-lo. Que o eu seja um eu psicológico, como unidade sintética do diverso sensível, ou que ele seja um eu “materialista”, como função cerebral localizada, o problema ainda é o da compreensão da natureza do fenômeno psicopatológico.

possui acesso ao consumo de forma “moderada”, e o anormal, que excede a moderação? Como coloca Gondar (2001), para a psicanálise o distúrbio constitui-se pela identificação plena do sujeito com o imperativo, e não por sua tentativa de transgredi-lo. Pois é tal identificação que termina por gerar, à revelia da intenção consciente, a transgressão da mesma norma à qual se busca obedecer:

O psicanalista que trabalha com compulsivos não demora a notar o quão fortemente se apresenta, nesses pacientes, a aliança entre o supereu e a pulsão de morte, redundando numa forma cruel de injunção superegóica: ao invés de funcionar como barreira a um gozo mortífero, o supereu o exigiria, desprezando por completo a esfera das inclinações subjetivas singulares. (...). (Gondar, 2001, p. 28)

O argumento de Gondar é o de que a compulsão se constitui, ao mesmo tempo como obediência e denúncia ao caráter superegóico da norma social. Pois é justamente ao obedecer fielmente à norma que o compulsivo termina por transgredi-la. Seu sintoma expõe, assim, a inconsistência interna do imperativo, a passagem imperceptível entre equilíbrio e desequilíbrio, funcionamento e disfunção, como partes de uma mesma injunção. Dessa forma, caracterizar o sintoma apenas como privação de normalidade, como fracasso na síntese psíquica, é referendar a mesma norma que a compulsão termina, pela via indireta do sintoma, por questionar.

De fato, quando o DSM apresenta a doença mental através da categoria de transtorno, ele atém-se à idéia de raiz teológica de que “o mal é a privação do bem”, de que o negativo, o patológico, não tem nada a dizer sobre a normalidade. Ora, tomando a psicanálise como exemplo de psicopatologia crítica, fenômenos negativos como a angústia ou os sintomas são fundamentais na determinação mesma da cura.

Ao retirar qualquer reflexão etiológica na descrição dos transtornos, o DSM assume a hipótese *etiológica*, aparentemente insofismável e autoevidente, de que o transtorno é a privação de índices ótimos de saúde e normalidade. É neste sentido, então, que as críticas aos DSM's não nos parecem poder ser realizadas através da ideia humanista da compreensão, fundamentada no solo antropológico da significação, seja esta individual, cultural ou social. Pois a significação cultural ou histórica de um transtorno não altera sua caracterização etiológica como ruptura do equilíbrio, desarmonia, perda de ordem ou de informação.

Como vemos na introdução a sua quinta versão, o Manual, talvez buscando justificar-se perante seus críticos, busca reconhecer a dimensão cultural do adoecimento:

Os limites entre normalidade e patologia variam em diferentes culturas com relação a tipos específicos de comportamentos. Os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família. Portanto, o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente. (APA, 2013, p. 14).

Certamente “o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente” de acordo com cada cultura, mas não a própria relação entre patologia e saúde; esta, para o DSM, permanece inquestionada. Mas o problema não é o de reintegrar o aspecto cultural, humanizando uma descrição abstrata, mas sim o do pressuposto etiológico. E este continua sendo aquele do transtorno como desequilíbrio, desarmonia; é o que vemos adiante:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (...). (APA, 2013, p. 20)

Ora, a definição é recorrente: um transtorno é uma “perturbação”, uma “disfunção” nos “processos psicológicos subjacentes ao funcionamento mental”. Nada se definiu sobre qual seria a natureza dos processos psicológicos subjacentes e, pior, definiu-se um transtorno como uma “perturbação”, ou uma “disfunção”, isto é, como... um transtorno! Não podemos deixar de lembrar, aqui, da piada de Molière (2008) em *O doente imaginário* acerca do médico que, perguntado por que o ópio faz dormir, afirma que este possui uma “virtude dormitiva”.

Mas podemos ler em tal fracasso na definição de transtorno o ponto cego estrutural em todo o empreendimento de classificação exaustiva que anima o DSM, não um déficit, um “transtorno” na racionalidade diagnóstica, mas sim o sintoma de uma impossibilidade intrínseca à definição normativa dos critérios de saúde e doença. Impossibilidade que diz respeito a uma subversão possível daquilo que é considerado como normalidade. Esta não seria, então, ausência de transtorno, já que a própria anormalidade poderia ser relacionada à tentativa de excluir o “transtorno” como pura anomalia, como singularidade insubmissa à norma.

Certamente, o patológico possui uma mensagem, como pensava Freud a respeito dos sintomas. Mas tal mensagem, longe de se referir a um indivíduo psicológico ou à generalidade das “normais culturais”, pode ser apreendida em seu potencial questionador da pretensa unidade de si, do sujeito ou da cultura. De forma a revelar o conflito, o antagonismo entre saúde e doença, entre a singularidade do caso empírico e a universalidade da teoria, como constituinte da clínica. De fato, já não é este o motor da própria pesquisa científica?

## CONCLUSÃO

Na primeira parte de nosso manuscrito, buscamos questionar a pertinência do DSM como manual psicopatológico, já que na recusa da etiologia e da semiologia, ele torna-se um inventário de sintomas, agrupados segundo critérios não explicitados de identidade e diferença. É que, como vimos em nossa segunda e terceira seção, tal ausência de reflexão teórica é impossível. O próprio termo “transtorno”, utilizado como conceito principal para descrever o adoecimento psíquico, supõe uma avaliação teórica da natureza etiológica da doença; esta é compreendida como perturbação da ordem, desequilíbrio.

Vimos como o problema não é aquele da substituição da abstração científica pela compreensão humanista, mas sim da relação tensa entre universalidade e singularidade, entre norma e caso. Ora, é tal relação tensa que caracteriza a ciência moderna, e que irá se refletir, na clínica médica, na dialética entre a singularidade da experiência e a universalidade do saber. Dialética que, no caso da psicopatologia e da clínica das doenças mentais, pode tomar a forma de uma estranha hipótese etiológica, aquela que alia saúde e doença como processos cuja racionalidade não pode ser compreendida como separada.

No conto *O alienista*, Machado de Assis (1882/1979) descreve a figura de um psiquiatra que, incluindo todos os habitantes de Itaguaí no hospício, descobre para sua perplexidade que, segundo seu próprio critério de inclusão, o da loucura como desvio da normalidade, ele deve incluir a si mesmo e libertar aqueles que são supostamente loucos. Ora, poderíamos dizer que, incluindo cada vez mais categorias psicopatológicas à medida que suas sucessivas edições são lançadas, uma edição crítica do DSM deveria, coerentemente, trazer uma única categoria: o transtorno de classificar transtornos. Pois a relação tensa entre universalidade e singularidade nos parece parte constituinte não apenas da clínica, como também da ciência. Não devendo ser, portanto, negligenciada pela psicopatologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEM, G. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

ASSIS, M. O Alienista. In: **Obra Completa**. Vol. II, Conto e Teatro. Rio de Janeiro, Editora Nova Aguilar, 1979. p. 253-288.

BANZATO, C. E. M. et al . O que os psiquiatras brasileiros esperam das classificações diagnósticas? **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 88-93, 2007.

BARATA, R. B. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(4):555-560, out-dez, 1996

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

EHRENBERG, A. Le sujet cerebral. **Esprit**, n. 309, p. 130-155, 2002

EY, H. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREUD, S; BREUER, J (1895). Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 15-297.

FREUD, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v. 4, 5.

\_\_\_\_\_ (1923). O Ego e o Id. In: \_\_\_\_ **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-83.

GONDAR, J. Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. **Ágora – estudos em teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. IV, n. 2, p. 25-35, 2001.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

LANTÉRI-LAURA, G. Prefácio. In: BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989.

LEGUIL, F. Mais-além dos fenômenos. In: LACAN, J. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 60-69.

MALEVAL, J-C. **La forclusión del nombre del padre**: el concepto y su clínica. Buenos Aires: Paidós, 2003.

MOLIÈRE. **O doente imaginário**. Belo Horizonte: Crisálida, 2008

OLIVIER-MARTIN, R. Em torno do DSM III. LACAN, J. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 70-83

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto na psicose**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.

## **SOBRE OS AUTORES**

**Roberto Calazans:** Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. Bolsista de Produtividade nível 2 do CNPq.

E-mail: calazans@ufs.edu.br

**Pedro Sobrino Laureano:** Doutor em psicologia clínica pela PUC-RJ. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

E-mail: [pedro@laureanopsi.com.br](mailto:pedro@laureanopsi.com.br)

**Fuad Kyrillos Neto:** Doutor em Psicologia Social pela PUC/SP. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

E-mail: [fuadneto@ufs.edu.br](mailto:fuadneto@ufs.edu.br)

