

NOMEAR E CLASSIFICAR TRATAM O SUJEITO?

DIFERENTES MODOS DE ABORDAR O AUTISMO NO MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM

Maria da Gloria Vianna

O que há num nome que chamamos “rosa”
Terá fragrância igual, com outro nome;
Se Romeu já não fosse mais “Romeu”,
Teria, com um título distinto,
A mesma perfeição. [...]

William Shakespeare

INTRODUÇÃO

Visando a colaborar com o intuito maior de discutir as perdas e os ganhos das mudanças ocorridas na psicopatologia ao longo do tempo, meu objetivo, neste capítulo, é abordar as transformações nos modos de classificar uma “patologia”, salientando seus limites e seus alcances: o autismo, assunto a respeito do qual psicanalistas brasileiros começaram a escrever desde os anos 1970 (MARFINATI; ABRÃO, 2011).

Para tal fim, analisarei comparativamente o modo como o autismo foi descrito e nomeado nas três últimas publicações do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM* (doravante *DSM*), a saber, *DSM-III-R*

(1987); *DSM-IV* (1994) e *DSM-5* (2013). Em cada uma delas essa modalidade de sofrimento psíquico recebeu diferentes nomeações, respectivamente: Distúrbio Autista; Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista.

Estariam essas alterações, com relação à nomeação, significando uma maior aproximação com um possível trabalho feito em direção da cura em uma clínica psicanalítica? É fato que esta não tem recuado frente ao enigma colocado pelo autismo e, cada vez mais, tem enfatizado a construção particular de cada caso e dado às produções dos autistas um “estatuto de invenção” (FREIRE; BASTOS, 2004; BASTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2005, p.192).

Para responder a essa questão, duas interrogações prévias se impõem: cabe ao psicanalista classificar os pacientes que recebe? As nomeações incluídas nos *DSMs* lhe servem de algo ou são apenas “coisa de psiquiatra”?

Comentando o que ocorre a cada vez que um psicanalista recebe um novo paciente, Riolfi (2015) frisa que, idealmente, ele o acolhe como inclassificável, em sua singularidade, sem lhe comparar a ninguém. A autora destaca ainda que essa escolha não livra o psicanalista de ser estruturalista, ou seja, de apostar na possibilidade de objetivar algumas descrições.

Por esse motivo, entendo que o *DSM* pode ser um dos vários lugares onde as descrições dos sofrimentos humanos estão apresentadas e, assim sendo, sua interrogação é válida.

OS *DSMs* E SUA HISTÓRIA

Durante toda a história da medicina, sentiu-se a necessidade de uma classificação dos transtornos mentais que incluísse um consenso clínico a respeito do assunto. Além disso, houve a necessidade de uma unificação das nomenclaturas, posto que, ao longo do tempo, vários sistemas para a categorização dos transtornos mentais surgiram, mas eram diferentes com relação a seu objetivo: ora visavam aos contextos clínicos de pesquisas, ora estatísticos. (BEZERRA JÚNIOR, 2014).

A primeira edição do *DSM* foi publicada em 1952, nos Estados Unidos, pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Apresentava um glossário de descrições de categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a focalizar a utilidade clínica. A segunda edição data de 1968.

O *DSM III* começou a ser elaborado em 1974 e foi publicado em 1980. A APA avaliou que a publicação apresentava inconsistências e obscuridades. Por

esse motivo, convocou um grupo de trabalho para revê-lo. O resultado dessa revisão foi a publicação do *DSM-III-R*, em 1987.

Anos depois, a APA formou três grupos de trabalho para: 1) revisar sistematicamente a literatura já publicada; 2) reanalisar os conjuntos de dados empíricos; e 3) testar temas específicos. O resultado foi a publicação, em 1994, do *DSM IV* cujo objetivo era o de criar uma nomenclatura oficial e ser um guia prático para diferentes profissionais.

O *DSM-5* foi publicado em 2013. Apresenta uma reorganização dos transtornos mentais a partir do esforço de 13 grupos de trabalho. Críticos têm afirmado que o volume “[...] é um livro muito amplo, em parte porque contém conjuntos de critérios diagnósticos muito detalhados para definir cada diagnóstico” (FRANCES, 2015, p.3).

O SOFRIMENTO MENTAL DO TIPO AUTISTA: O QUE MUDOU EM SUA DESCRIÇÃO?

Para dar a ver as transformações nos modos de classificar e descrever o autismo nos três últimos DSMs, o Quadro 1 foi construído

Quadro 1: Comparação dos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais			
Documento	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Data do original	1987	1994	2013
Tradução Brasileira	1989	1995	2014
Nº do CID	299.00	299.00	299.00 (F 8484.0)
Páginas que compreende	41-43	66-70	50-59
Grande parte que compreende	Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na infância ou adolescência	Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência	Transtornos do neurodesenvolvimento
Título da seção	Distúrbio Autista	Transtorno Autista	Transtorno do Espectro Autista
Abordagem	Classifica o “distúrbio” como sendo um dos “distúrbios globais de desenvolvimento”, apresentando uma conceituação deste último.	Abandona a tentativa de classificação do “transtorno”. A abordagem é descritiva.	Abandona a tentativa de classificação do “transtorno”. A abordagem é descritiva.

Fonte: elaboração da autora

Para iniciar o comentário do o quadro 1, iniciarei pelo título da seção, salientando suas mudanças: Distúrbio Autista; Transtorno Autista e Transtorno do Espectro Autista. No *Dicionário Houaiss* (2003), encontramos as seguintes definições:

Distúrbio (p. 245):

- 1- **Agitação:** alvoroço, confusão, rebuliço, tropelia, tumulto.
- 2- **Defeito:** desajuste
- 3- **Doença:** achaque, disfunção, enfermidade, indisposição, moléstia
- 4- **Perturbação:** alteração, atrapalhão, transtorno.

Transtorno (p. 668):

- 1) **Contrariedade:** aborrecimento, adversidade, decepção, descontentamento, desengano, desgosto, infelicidade
- 2) **Contratempo:** dificuldade, embaraço, estorvo, incômodo, maçada,
- 3) **Obstrução:** atravancamento, bloqueio, impedimento, obstáculo, perturbação,
- 4) **Perturbação:** disfunção, distúrbio.

Se cotejarmos os três *DSMs* que tomei por universo de pesquisa, vê-se algo que chamou minha atenção: No *DSM III-R*, o título é *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais*; no *DSM IV*, *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, e no *DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. O que aconteceu para a mudança de distúrbio para transtorno? Distúrbio é mais grave que transtorno ou o contrário? Foi um caso de mero preciosismo linguístico?

Com a ajuda do Dicionário *Houaiss* buscamos as definições de distúrbio e de transtorno com o intuito de perceber as diferenças linguísticas. Com o vocábulo distúrbio encontramos agitação, defeito, perturbação; com transtorno encontramos, contrariedade, contratempo, obstrução, perturbação. Interessante notar que tanto com relação ao distúrbio quanto ao transtorno, um sinônimo se repete, *perturbação*. Sendo assim, como entender a mudança de distúrbio para transtorno em um manual tão reconhecido internacionalmente como é o *DSM*? Se o *DSM* foi construído a partir de dados observáveis, sem recorrer a sistemas teóricos (DUNKER, 2014), David Goldberg (2009), um dos integrantes da comissão dos novos *DSMs*, afirma, em entrevista à *Folha de São Paulo*, que as mudanças quanto aos sintomas promoveriam, na classificação das doenças mentais, “variações pequenas que distinguem um do outro”. Goldberg continua sua argumentação propondo que, no tocante às avaliações diagnósticas, a pessoa só poderia fazer diagnósticos ignorando alguns sintomas, “então será melhor se os médicos apenas descrevessem os sintomas gerais que as pessoas têm nesse grupo de transtornos (emocionais)”.

Nos três *DSMs*, notou-se o cuidado dos autores em diferenciar distúrbios ou transtornos físicos dos mentais. Ainda que usando formulações diferentes, ressaltam que um ou outro termo, no que se refere ao transtorno mental, não apresenta uma definição operacional consistente que cubra todas as situações. Frisam que ao classificar transtornos mentais não se está classificando as pessoas, mas sim os transtornos que as pessoas apresentam. Como, então, os *DSMs* definem os dois termos, distúrbio e transtorno? Montamos o quadro 2, para facilitar a comparação:

Quadro 2:		
Comparação dos DSMs quanto à definição de transtorno/distúrbio		
DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
<p>Distúrbio mental - “uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre com uma pessoa, e que está associado com a presença de mal-estar – um sintoma doloroso – ou incapacidade – comprometimento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento – ou com um significativo aumento de risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma importante perda de liberdade” (APA, 1989, p. 23, grifos nossos).</p>	<p>Transtorno mental - “uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por exemplo, sintoma doloroso) ou incapacitação (por exemplo, prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) – ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma importante perda de liberdade” (APA, 1994, p. xxi, grifos nossos).</p>	<p>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. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (APA, 2013, p. 20)</p>

Fonte: elaboração da autora

Como se pode notar, as definições de distúrbio e de transtorno apresentadas nos DSMs III-R e IV são bastante parecidas, apresentando pequenas alterações que são sinônimos, por exemplo, a troca de significativo para importante. Já no DSM-5, vemos que o volume apresenta a definição de síndrome como uma perturbação (que, como vimos, é um sinônimo para distúrbio) e sua definição de transtorno é mais ampla, ao contemplar um maior número de situações em que ele pode aparecer.

Assim sendo, para nós, independentemente de usar a palavra distúrbio ou transtorno, trata-se de dar maior peso às observações clínicas. Nesse ponto, lembramos o conselho de Lacan (1998 [1953]) para quem as recomendações técnicas dadas por Freud (1976 [1912]): “não prescrevem regras a torto e a direito, mas deixam espaço para que cada analista construa seu próprio laboratório de psicanálise no qual a clínica seja soberana e as ilusões do saber constituído encontrem espaço para serem pulverizadas toda vez que for necessário”. (JORGE, 2017, p. 175)

A proposta, portanto, não é de fazer uma tentativa maniqueísta da clínica, nem apenas um espelhamento da pura observação. Mas, de modular a observação

com a teoria que subjaz à experiência clínica. Se temos duas palavras que, como vimos, redundam no mesmo, por que então se alterou de distúrbio para transtornos mentais? Para Dunker (2009, p. 102), a justificativa de se utilizar o termo transtorno seria porque este expressa a “tentativa de se afastar da linguagem nosográfica em busca de um sistema idealmente ‘ateórico’, imune aos pressupostos das disciplinas que buscam a hegemonia no campo da psicopatologia”.

Como visto no quadro 1, a descrição do autismo passou de *Distúrbio Autista* (DSM-III-R), para *Transtorno Autista* (DSM-IV) e *Transtorno do Espectro Autista* (DSM-5). Já discutimos a alteração de distúrbio para transtorno. Inclusive, o autismo aparece na mesma grande seção nos primeiros volumes, a saber: distúrbios/transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Assim, cabe, neste momento, comparar a descrição dada no DSM-IV, *Transtorno Autista*, com a do DSM-5, *Transtorno do Espectro Autista*. Percebe-se, neste último volume, a inclusão do termo espectro autista. O que ele significa?

Para os organizadores do volume, o uso de termo justifica-se devido à “gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica” (APA, 2013, p. 53). São três níveis de gravidade: 1) exigindo apoio; 2) exigindo apoio substancial e 3) exigindo apoio muito substancial. Além disso, com a inserção do termo *espectro*, o DSM-5 englobou uma série de outros transtornos que, em volumes anteriores eram nomeados como: *autismo infantil precoce*, *autismo infantil*, *autismo de Kanner*, *autismo de alto funcionamento*, *autismo atípico*, *transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação*, *transtorno Desintegrativo da infância* e *transtorno de Asperger*.

O DIAGNÓSTICO AUTISTA NOS 3 DSMS

Segundo os 3 DSMS por mim selecionados, quais os critérios diagnósticos para o transtorno autista? No DSM-III-R, a patologia está dentro de uma parte maior chamada de *distúrbios globais de desenvolvimento*, em que se insere a “essência clínica da perturbação, na qual muitas áreas básicas do desenvolvimento psicológico são afetadas ao mesmo tempo e em níveis graves” (APA, 1987, p. 36). Nomeado como distúrbio autista (299.00) era, na época, também conhecido como autismo infantil e síndrome de Kanner. Nesse volume, para que o diagnóstico autista fosse dado, era preciso que o especialista incluísse pelo menos dois critérios diagnósticos do grupo A – referente à incapacidade qualitativa na interação social recíproca (subdividida em 5 itens); um do grupo B – referente à incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não verbal e na

atividade imaginativa (subdividida em 6 itens); e um do grupo C – relacionado ao repertório de atividades e interesses acentuadamente restritos (subdividida em 5 itens). Dos 16 itens elencados no documento, ao menos 8 precisariam ser observados para que o distúrbio autista fosse confirmado. Além disso, era preciso especificar se as características do distúrbio começavam a se manifestar na primeira ou na infância (após os 36 meses de vida).

No DSM IV, o autismo (299.00) aparece na parte *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. É caracterizado:

[...] pela presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicial na interação social e comunicação e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. Também é chamado, ocasionalmente, de *autismo infantil precoce*, *autismo da infância* ou *autismo de Kanner*. (APA, 1994, P. 66)

A publicação salienta que o transtorno autista: a) geralmente manifesta-se nos primeiros anos de vida e está frequentemente associado a um grau de retardo mental; b) ocorre antes dos 3 anos de idade, sendo que pais de crianças autistas relatam que desde o nascimento a criança demonstrava falta de interesse pela interação social; e c) a criança pode ocasionalmente ter-se desenvolvido normalmente durante o primeiro ano. Tal qual no volume anterior, apresentam-se, em forma de tabela, três grandes critérios para o diagnóstico: A – prejuízo qualitativo na interação social; prejuízos qualitativos na comunicação; e padrões restritos e repetitivos de comportamento e interesses (os quais são subdivididos em 16 itens, sendo que ao menos 6 deles devem estar presentes para o diagnóstico); B – atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas: 1) interação social; 2) linguagem para fins de comunicação social ou 3) jogos imaginativos ou simbólicos; e C) A perturbação não é melhor explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância. (APA, 1994, p. 70)

No DSM-5, como colocado na seção anterior, ao Transtorno Autista foi acrescido o termo espectro, por meio do qual foram englobados outros transtornos. Definem-se como características diagnósticas: “prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (critério B)”. (APA, 2013, p. 53). O critério A é subdividido em três itens e o B em quatro itens. Os critérios C e D referem-se à presença desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário. Diferentemente dos outros DSMs em que se colocava um número mínimo de itens para o diagnóstico, o

DSM-5 não especifica. A novidade que apresenta é a necessidade de se especificar os níveis de gravidade para os critérios A e B.

Ao comparar os três DSMs, vê-se que enquanto os dois primeiros descreviam minuciosamente cada critério diagnóstico, apresentando exemplos de suas manifestações, o DSM-5, ao incluir o termo espectro, não estabelece diferenciações com relação ao transtorno. Para Frances Allen (2017), o DSM-5 tem critérios “frouxos” para o Transtorno do Espectro Autista. Para ele, essa é uma das razões pelas quais o diagnóstico do Transtorno tenha aumentando 20 vezes nos últimos anos e explicaria o fato de que metade das crianças que foram diagnosticadas como autista está “superando o problema” (FRANCES, 2017, p. 27).

PARA CONCLUIR, QUESTÕES DE CLASSIFICAÇÃO

Para concluir, perguntamos: será que um novo nome traz algo de diferente ou é mais uma tentativa de se aprisionar o sujeito em um diagnóstico? Seria a profusão de nomes modos de evitar as dificuldades de classificação? Lacan (2009 [1971], p. 27) não deixa dúvida de sua posição: “Se há alguma coisa que eu sou, está claro, é que não sou nominalista”. Essa afirmação ensina, a quem lê a psicopatologia atual com o olhar da psicanálise, que não se trata apenas de ficar alargando os limites de uma classificação, mas sim, de abrir-se para a singularidade.

Um nome em psicanálise é uma das coisas mais difíceis de o sujeito lidar, visto que, durante toda sua vida, vai tentar corresponder a ele. Talvez isso explique tantas trocas e acréscimos feitos ao longo das edições dos DSMs. Pelo viés da psicanálise, toda nomeação vem do Outro, sendo algo que o sujeito vai ter de dar conta ao longo da vida. Assim, terá duas opções: aprisionar-se no nome recebido ou apropriar-se de um lugar e fazer dele o “seu nome”. Ledo engano, portanto, achar que o autismo deixou de ser um enigma apenas porque se acrescentou a ele a palavra “espectro”.

Ao retomar a epígrafe deste capítulo, entendemos, tal qual Julieta, de Shakespeare, que para o desejo humano, é indiferente ser Capuleto ou Montequio. Um nome é só um nome e não recobre a singularidade do sujeito. Assim, mais importante do que mudar ou renegar um nome é manter sempre uma fresta pela qual o sujeito possa escapar mais além de uma classificação que o antecede. O que fazer então? Não se classifica mais? A nosso ver, é preciso que o classificar não seja um grilhão, para que o psicanalista receba o paciente isolando suas diferenças e não por meio de uma chave de leitura previamente estabelecida.

Portanto, a psicanálise não tem grandes preocupações classificatórias: o agir do analista vai na contramão de uma objetivação apriorística e aparece como resultado de um *a posteriori*, de uma implicação. Caso apegue-se a uma baliza externa para enquadrar o paciente, o analista pode perder a oportunidade de ouvi-lo e descobrir qual é a sua parte nesse sintoma, na sua história, no seu sofrimento. Sendo assim: “dar relevância à posição de sujeito, fazendo que ele próprio seja responsável pelo que fala, se opõe aqui a considerar o paciente como objeto de observação, de asilo ou de cuidados”. (DUNKER, 2009, p. 101-102).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento... et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Tradução Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). **Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais: DSM-III-R**. Tradução Lúcia Helena Siqueira. 3.ed. São Paulo: Manole, 1989.

BASTOS, A.; MONTEIRO, K. A. C.; RIBEIRO, M. M. C. O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. **Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas**, 10(19), p. 183-193, 2005.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Introdução – A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: ZORZANELLI, Rafaela; BEZERRA JÚNIOR, Benilton; COSTA, Jurandir Freire. **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**, 47(87), p. 79-107, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FRANCES, Allen. **Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico**: respondendo às mudanças do DSM-5. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREIRE, A. B., BASTOS, A. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a “prática entre vários”. **Estilos da Clínica**: Revista sobre a Infância com Problemas, 9(17), p. 84-93, 2004.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise (1912). In: _____. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII).

GOLDBERG, David. Criar doenças mentais só atrapalha tratamento. **Folha de São Paulo**. Caderno Equilíbrio, 4 de dezembro de 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u661693.shtml>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos**. Rio de Janeiro: Objetiva: 2003.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol 3**: a prática analítica. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

LACAN, Jacques. Variantes do tratamento padrão (1953). In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 323-364

MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRAO, Jorge Luís Ferreira. O pensamento psicanalítico sobre o autismo a partir da análise da Revista Estilos da Clínica. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 14-31, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2018.

RIOLFI, Claudia Rosa. **A língua espriada**. Campinas (SP): Mercado de Letras, 2015.

SHAKESPEARE, William. **Romeu e Julieta**. Tradução e Notas de José Francisco Botelho. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p. 96-98.

SOBRE A AUTORA

Maria da Glória Vianna: é psicanalista lacaniana, membro da AMP e membro aderente da EBP-SP. É mestre em Linguística pela PUC-SP e autora do Livro *Psicanálise e Linguística: encontros e desencontros* (Scriptum, 2016). Contatos: gloriavianna@terra.com.br; www.gloriavianna.com.br.