

CONDIÇÃO HUMANA E SOFRIMENTO PSÍQUICO PARA ALÉM DO DSM

*Ediel Azevêdo Guerra
Heloína Araujo de Langlais
Leda Maria de Almeida Guerra*

INTRODUÇÃO

Era o ano de 2008. Estava na cidade de São Paulo onde, durante algum tempo, atendi na Vila Madalena. Numa fria manhã de abril recebo um paciente, a quem chamarei Luis, que me chega pela indicação de seu psiquiatra. Apesar de relativamente jovem, Luis é um profissional muito bem-sucedido. Empresário, trabalha com a esposa com quem está casado há dezessete anos e tem uma filha, Andreia, pré-adolescente.

Tudo parecia andar muito bem em sua vida, mas há oito meses sintomas estranhos começaram a incomodá-lo: queimação nos lábios, no céu da boca, na língua, na gengiva, no interior das bochechas. Percorreu vários consultórios médicos de distintas especialidades à cata de solução para sua queixa. Dessa busca logrou um diagnóstico: “síndrome da boca ardente”. Sem causas de ordem fisiológica, Luis vai ao psiquiatra, que passa a tratá-lo com antidepressivos e ansiolíticos. Meses se passaram, mas o paciente não responde bem ao tratamento medicamentoso, persistindo, assim, os sintomas. Foi então, a partir dessa constatação, que o psiquiatra lhe sugere que além do tratamento com psicofármacos fossem associadas sessões de análise.

E, assim, iniciou o processo psicanalítico: entrevistas preliminares, sessões semanais... Ao perguntar sobre qual teria sido o momento fundante dessa ardência, Luis se nega a falar. Era preciso ainda se estabelecer o campo transferencial para que fosse possível minimizar as resistências. Muitas sessões aconteceram até que Luis falasse:

— *Sinto a boca queimar desde que Andreia completou 13 anos de idade.*

Da pontuação dessa afirmação, colho a sua história a qual sinaliza os possíveis porquês dessa boca ardente.

Ele fala, com dificuldade, do seu enorme pavor que a filha viesse a ser homossexual.

De onde teria retirado essa ideia?

Ele diz: — *ela tem jeito de homem.*

A analista pergunta: — *como é jeito de homem?*

Embaraços aqui e acolá, frases entrecortadas, choro vão se misturando à sua “confissão”. Sim, de modo proposital uso aqui o verbo confessar para dar conta da enorme dificuldade que tem Luis para simbolizar os fatos vivenciados quando Andreia ainda era muito pequena, os quais ele narra como se tivesse cometido um grande pecado. Vejamos: Certa vez ele surpreendeu a babá fazendo sexo oral na criança, naquela época com apenas 2 anos de idade. Sua reação foi reclamar da babá, pedir que não fizesse mais aquilo com sua filha. Mas a manteve cuidando de Andreia sob a justificativa de que precisava ter alguém para ficar com a criança enquanto ele e sua mulher iam trabalhar. Resolveu não contar nada para a esposa. Fechou a boca para, segundo ele, evitar confusão.

Mais adiante, quando Andreia tinha 8 anos de idade, outro episódio: Luis foi surpreendido por uma cena tão perturbadora quanto a anterior: sua sobrinha, de 20 anos de idade, estava deitada enquanto sua filha fazia sexo oral nela. Ele vê, mas se retira sem nada dizer, para, segundo ele, evitar confusão na família.

A partir de então, começa a pensar que sua filha viria a ser homossexual e essa ideia o atormenta. No aniversário de 13 anos de Andreia, ele diz contrariado que ela “*dançava com gestos de menino*”. Sua atitude em relação à filha é sempre agressiva e repressora. A boca que se calara, que se fizera omissa, agora arde e queima, sob os efeitos do medo e da culpa.

Elaborar essas questões foi exigente e desafiador. As intervenções analíticas, a escuta afinada necessária à analista e a livre associação de ideias por parte do paciente foram instrumentos fundamentais para desbastar a relação opressiva

que mantinha com sua filha. O primeiro ganho terapêutico de Luís foi conseguir parar de dizer à sua filha: “fale como uma garota”. Desconstruir estereótipos e quebrar padrões rigidamente preestabelecidos possibilitaram o deslocamento de medos imaginários.

A culpa pode ser substituída pela responsabilidade e se mostra um instrumento importante para que Luis se repositone frente ao seu sintoma, sem mais a necessidade de queimar a boca no “fogo do inferno”.

Este caso que acabamos de narrar reforça o argumento que pretendemos defender neste artigo, nomeadamente o de que o tratamento do sofrimento psíquico transcende à lógica do DSM requerendo investigações e intervenções que precisam ser mais aprofundadas e ampliadas para que estejamos melhor capacitados a enfrentá-lo na clínica contemporânea.

1. CONDIÇÃO HUMANA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

A condição humana e o sofrimento psíquico têm sido objeto de estudo de uma grande quantidade de pensadores em diversos tempos e lugares. Nesta seção nos deteremos na contribuição de Freud, pela relevância e pelo alcance de suas considerações acerca desse tema na perspectiva que defendemos.

No texto “O mal-estar na civilização” (1930 [1929]), o criador da psicanálise sintetiza com mestria sua visão acerca da condição humana e das fontes do sofrimento psíquico nos seguintes termos:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com outros homens (FREUD, 1996, [1930], p.85).

Então, para Freud, como se vê nesta citação, a condição humana é a de um ser naturalmente frágil e profundamente vulnerável às forças do meio onde habita. É à mercê dessa vulnerabilidade que os humanos se veem impelidos a se associarem visando à criação e à manutenção de condições mais favoráveis a sua existência. Entretanto, paralelamente aos benefícios angariados por essa associação, verifica-se a emergência de uma nova dificuldade: a convivência social. Como bem frisou Freud, ao referir-se à natureza humana,

Os homens não são criaturas *gentis* que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade. Em resultado disso,

o seu próximo é para eles, não apenas um ajudante em potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele a sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. – *Homo homini lupus* (Idem, p.116).

Vê-se assim que, do ponto de vista freudiano, os seres humanos são dotados pela sua própria natureza de uma essência basicamente agressiva da qual não faz nenhuma cerimônia em lançar mão sempre que julgar conveniente a si mesmo, seja explorando o próximo, humilhando-o, torturando-o e mesmo matando-o. Desse modo, os relacionamentos humanos, ao mesmo tempo que produzem condições benéficas e necessárias à existência da espécie, produzem também como efeito colateral, inevitavelmente, em decorrência da natureza humana, o sofrimento e a dor.

As décadas subsequentes à publicação de “O mal-estar na civilização” parecem confirmar o diagnóstico de Freud acerca das sociedades humanas industriais e contemporâneas. As mais diversas modalidades de violência e de aperfeiçoamento de tecnologias voltadas à indústria bélica reforçam a validade da argumentação e das hipóteses freudianas acerca das sociedades humanas até hoje constituídas (BIRMAN, 2006, p. 25).

Vale salientar também, no final da citação anterior, a ênfase de Freud à natural propensão humana ao exercício do sadismo nas relações sociais assimétricas, sempre que um dos polos se encontra em posição de desproteção ou de desfavorecimento. Essa situação de desproteção ou vulnerabilidade ocupada e constituída por seres humanos no laço social enseja em Freud o conceito de desamparo, do qual nos ocupamos nos próximos parágrafos desta seção.

O desamparo entra na teoria freudiana não como um conceito, mas como uma noção (PEREIRA, 2008). A noção de desamparo é mencionada por Freud em seus textos iniciais, para referir-se à incapacidade dos bebês de darem continuidade às suas existências quando deixam o útero materno. O termo *desamparo* é então utilizado por Freud para caracterizar essa posição de completa dependência do bebê com relação a seus cuidadores. Sem seus cuidadores um bebê é incapaz de dar continuidade à sua existência.

A construção do conceito freudiano de desamparo ganha sua feição definitiva nos textos “Totem e tabu” de 1912 e “O futuro de uma ilusão” de 1927, a partir dos quais passa a ser usado para referir-se tanto à impotência originária do bebê de se manter vivo sem o auxílio de outrem quanto para caracterizar a situação

de vulnerabilidade existencial e sexual de indivíduos nas relações assimétricas quanto à necessária fragilidade humana frente à sua finitude.

2. DIFERENTES MODOS DE ENTENDER O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Vimos na seção anterior que do ponto de vista freudiano é impossível a vida humana sem sofrimento psíquico. Os autores que escrevem sobre a história desse tipo de sofrimento atestam sua existência desde as civilizações mais remotas. Ressaltam que as interpretações dos sofrimentos psíquicos são muito diversas. Em algumas civilizações antigas, o sofrimento psíquico podia ser interpretado como mensagem dos deuses aos humanos. Em outras, como possessão demoníaca.

A partir do século XVIII, com a invenção de lugares de segregação dos indivíduos considerados doentes mentais, indignos da vida em sociedade, o saber psiquiátrico começou a se constituir como um ramo da medicina com pretensões ao diagnóstico e ao tratamento desses indivíduos.

A palavra *diagnóstico* é derivada de dois radicais gregos: dia (separação, através de, por meio de) e gnose (conhecimento). Atualmente, ela é empregada para significar um conhecimento obtido por meio da análise ou do exame dos componentes obtidos pela separação do todo em partes.

Os primeiros diagnósticos dos sofrimentos humanos realizados pelos homens primitivos se pautavam pelo paradigma da sobrenaturalidade. Mas na Grécia antiga, Hipócrates (460-377 a.C.) realiza um corte epistemológico, ao propor um modo de diagnóstico que adotava como referência uma classificação das doenças que distinguia aquelas de causas naturais daquelas de causas sobrenaturais. O método de diagnóstico de Hipócrates se baseava em considerações lógicas derivadas das impressões sensoriais, de informações coletadas em comunicação oral com o paciente (MIRANDA-AS JR, 1993).

No tocante à classificação dos sofrimentos psíquicos, destacam-se no início do século XX as contribuições do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), e no início do século XX, as do médico e psicanalista Sigmund Freud (1856-1939). O primeiro defende que as doenças mentais são causadas por desordens genéticas ou biológicas e propôs a classificação das psicoses em três tipos: a paranoia, a loucura maníaco-depressiva (atualmente, transtorno afetivo bipolar) e a demência precoce (esquizofrenia). Para o segundo, o sofrimento psíquico é causado por conflitos entre as instâncias de sua segunda tópica (Id, ego e superego). Freud propõe, então, que além de serem causados por conflitos psíquicos

os sofrimentos psíquicos podem ser classificados em neuroses, psicoses e perversões.

As concepções teóricas desses dois médicos acerca das causas e dos tipos clínicos serão fundamentais ao longo de todo século XX, constituindo-se em referências incontornáveis na clínica dos sofrimentos psíquicos.

3. A LÓGICA DO DSM

Durante o século XX, a Associação de Psiquiatria Americana (estadunidense) propôs a organização de um manual estatístico de classificação das doenças psíquicas denominado DSM (abreviatura do título da publicação em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Esse manual foi proposto originariamente para subsidiar os censos e as estatísticas de doentes mentais nos Estados Unidos da América (EUA). Atualmente, os autores desse manual têm a pretensão de que ele sirva como obra de referência internacional para subsidiar diagnósticos psiquiátricos e pesquisas nos campos da psiquiatria e da farmacologia.

Em Dunker (2014), encontra-se uma ampla análise das várias versões desse manual desde a sua primeira edição, em 1918, até a sua quinta versão, publicada em 2013. A primeira edição do DSM foi publicada nos EUA sob os auspícios da APA (Associação Psiquiátrica Americana) e da Comissão Nacional de Higiene Mental tendo como principal finalidade constituir-se como guia de referência em diagnósticos produzidos em hospitais mentais desse país. O texto desse manual, nessa edição, tem como referência as seguintes categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo. É evidente nesse texto a influência do então presidente da APA, Adolph Meyer (1866-1950), um médico que defendia a ideia de que os diagnósticos psiquiátricos seriam mais bem-sucedidos se o médico levasse em consideração a situação de vida do seu paciente.

Embora essa versão do DSM tenha sido produzida sob a perspectiva biológica e dos conceitos do sistema de Kraepelin, nota-se nela, em vários pontos, a influência da psicanálise freudiana. Como bem observa Dunker (2014), no período 1900-1950 os diagnósticos psiquiátricos nos EUA foram fortemente influenciados pela psicanálise em decorrência de a psiquiatria estadunidense incluir nesse período três conceitos de natureza híbrida – personalidade, estrutura e psicodinâmica – os quais permitem o cruzamento da fronteira entre esses os campos da psicanálise e da psiquiatria.

A segunda versão do DSM, publicada em 1952, não trará grandes alterações no tocante à concepção geral do DSM-I (primeira versão), mantendo ainda a tendência de trabalhar com as referências da psicodinâmica e com o seu viés kraepeliano, mas introduz a oposição entre neurose e psicose e inclui a caracterização de 180 distúrbios psíquicos.

Já a terceira edição do DSM, publicada pela APA em 1980, trará características inteiramente diferentes do DSM-II (segunda versão do DSM), principalmente nos seguintes pontos: abandono das influências da psicanálise e da psicodinâmica; eliminação de considerações etiológicas; priorização da pesquisa em psicopatologia de base biomédica; aproximação dos textos do DSM do texto da CID (Classificação Internacional das Doenças), este último uma publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS/ONU).

A quarta edição do DSM, por sua vez, publicada em 1994, reafirma com mais força a mesma tendência do DSM-III e traz a dissolução completa da psicopatologia em seu texto.

A versão atual do DSM, a quinta edição, anuncia a pretensão de ser um manual de diagnóstico atóxico e operacional, entendendo-se por isso um sistema de classificação sobre dados diretamente observáveis sem a necessidade de utilização de qualquer perspectiva teórica. Nota-se também nessa edição a substituição do termo doença pelo termo transtorno (*disorder*), palavra que remete a um desacordo com uma ordem prévia, cujos critérios não são estabelecidos ou definidos em nenhum lugar.

Julgamos completamente pertinente as considerações de Dunker sobre a completa impertinência da pretensão de ateorismo do DSM-V baseadas na caracterização de transtorno mental dada nesse manual nos seguintes termos:

Um transtorno mental [*mental disorder*] é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação da emoção, ou comportamento, que reflete uma disfunção em processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais sub-reptícios ao funcionamento mental. Transtornos mentais são usualmente associados com significativas alterações [*distress*] ou deficiência [*disability*] em importantes atividades sociais, ocupacionais. Uma resposta esperada ou culturalmente aprovada para um estressor ou perda, como a morte de uma pessoa amada, não é um transtorno mental. Comportamentos socialmente desviantes (por exemplo, político, religioso ou social) e conflitos que são primariamente entre indivíduo e sociedade não são doenças mentais, a não ser que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção no indivíduo, como descrita acima. (*American Psychiatric Association, DSM-V*, 2013, p. 20)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na lógica do DSM, um tipo clínico é construído pelo agrupamento de certos traços ou sintomas, como resultado da observação, do olhar e da escuta de médicos psiquiatras. A clínica psiquiátrica consiste fundamentalmente em localizar uma desordem no corpo do paciente, como manifestação de uma desordem biológica ou um desequilíbrio físico-químico. O diagnóstico segundo a lógica do DSM consiste na listagem de traços e sintomas apresentados pelo paciente e observados pelo médico. Uma vez listados os traços e sintomas apresentados pelo paciente, o médico pode localizar no manual o tipo clínico no qual o paciente pode ser enquadrado. Com a localização do tipo clínico, evidencia-se qual a desordem biológica ou quais as possíveis substâncias que estão em desequilíbrio, podendo-se assim proceder o suprimento dessas substâncias por meio da medicalização. A concepção atórica, não etiológica e operacional do DSM-V autoriza o médico a prescrever os medicamentos que fornecerão as substâncias necessárias para o restabelecimento do funcionamento psíquico do paciente. Esta é, em linhas gerais, a lógica da quinta edição do DSM.

A nossa prática clínica, como temos delineado no caso exposto no início deste artigo, tem nos levado a divergir desse modo de condução dos casos de sofrimento psíquico que nos têm chegado, pelos seguintes motivos: (1) um mesmo conjunto de traços e sintomas pode aparecer em diversos quadros clínicos díspares, donde essa mera listagem pode conduzir facilmente a erros crassos de diagnóstico; (2) um sintoma, a nosso ver, não é um sinal de um desequilíbrio meramente orgânico, mas é um sinal de um conflito psíquico, uma tentativa de solução encontrada por um sujeito para contornar um conflito de ordem psíquica; (3) o sintoma de um sujeito não é algo que possa ser extirpado, como se faz em cirurgias de apêndice ou de um cisto, mas é uma dada configuração subjetiva construída através da história e da linguagem do ser falante; (4) a clínica do sofrimento psíquico não é a busca da cura de uma doença ou da eliminação de um transtorno (*disorder*) para o restabelecimento de uma ordem prévia, mas é um processo de transformação de subjetividade regida pela ética do desejo produzida por meio da palavra dita e escutada, segundo os princípios e o rigor de uma práxis analítica sistemática, teoricamente justificada e passível de crítica teórica. Em nossa clínica adotamos a práxis analítica criada por Freud, aprofundada e ampliada por Lacan por acreditar que ela é a que melhor se adequa a nosso modo de atuação e melhor atende às nossas expectativas de operar transformações subjetivas sob a ética do desejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIRMAN, Joel. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

DUNKER, Christian. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, vol.47, nº.87, São Paulo, dezembro, 2014.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, 1930[1929]**. Rio e Janeiro: Imago, 1996.

MIRANDA-SA JR, L. S. **Sinopse de Psiquiatria: O Diagnóstico psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico**. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

SOBRE OS AUTORES

Ediel Azevêdo Guerra: Professor universitário, doutor em Matemática, Membro da Liga de Psicanálise lacaniana/ Maceió, AL.

E-mail: edielguerra@hotmail.com

Heloína Araujo de Langlais: Psicanalista, Bacharel em Letras, Membro da Liga de Psicanálise Lacaniana/Maceió, AL.

E-mail: heloina.asilva@gmail.com

Leda Maria de Almeida Guerra: Psicanalista, historiadora, pós-doutoramento em interculturalidades, Presidente da Liga de Psicanálise Lacaniana/ Maceió, AL.

E-mail: ledaguerra@hotmail.com

