



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
affectio@antares.udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
ISSN (versión impresa): 2215-8774
Colombia

2015
Oswaldo França Neto
PSICOPATOLOGIA: ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA
Revista Affectio Societatis, Vol. 12, N.º 22, enero-junio de 2015
Art. # 10 (pp. 113-127)
Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

PSICOPATOLOGÍA: ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA

Oswaldo França Neto¹
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
oswaldofranca@yahoo.com

Resumen

Este texto tematiza el impasse constitutivo de la psicopatología, privilegiando en la discusión los dos abordajes clínicos que han sido prevalentes en nuestro medio, es decir, el psicoanálisis y la psiquiatría biológica. Se propone que el uso de esta aporía constitutiva, dependiendo de cómo se operacionaliza, es crucial no solo en la riqueza clínica del campo, sino que se trata de la única posibilidad viable para una acción terapéutica que sea realmente eficaz.

Palabras clave: psicopatología, causalidad, psicoanálisis, DSM.

PSYCHOPATHOLOGY: BETWEEN PSYCHOANALYSIS AND PSYCHIATRY

Abstract

This text thematizes the constitutive impasse of psychopathology by focusing on the two clinical approaches which have been prevalent in our milieu, i.e. psychoanalysis and biological psychiatry. It proposes that the use of this constitutive aporia, depending on how it is operationalized, is crucial not only in the clinical richness of the field, but it is the only viable possibility for a truly effective therapeutic action.

Keywords: psychopathology, causality, psychoanalysis, DSM.

PSYCHOPATHOLOGIE : ENTRE LA PSYCHANAYSE ET LA PSYCHIATRIE

Résumé

Cet article aborde l'impasse constitutive de la psychopathologie en privilégiant les deux approches cliniques dominantes dans notre milieu, c'est-à-dire, la psychanalyse et la psychiatrie biologique. Cette aporie constitutive, selon la manière dont elle est mise en œuvre, est fondamentale non seulement en ce qui concerne la richesse clinique du domaine, mais aussi car il s'agit de la seule possibilité viable pour une action thérapeutique réellement efficace.

Mots-clés : psychopathologie, causalité, psychanalyse, DSM.

Recibido: 11/04/14

Aprobado: 03/07/14

¹ Professor Associado do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Departamento de Psicologia da UFMG. Psicanalista.

Uma discussão sempre presente na área da saúde mental é a divisão de encargos e o poder de cada profissional envolvido. Essa polêmica aponta para uma dificuldade constitucional da psicopatologia, que é a impossibilidade, pelo menos até os nossos dias, de estabelecer uma forma de apreensão do fenômeno psíquico que se bastasse, tornando supérflua, ou de menor importância, as outras abordagens terapêuticas existentes.

De um modo geral, a medicina, que em nossa cultura é a única detentora de um definitivo estatuto de verdade dentre os saberes concernidos, tem se apoderado do lugar normativo, considerando os outros técnicos como auxiliares de sua intervenção. Mas com a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização dos portadores de sofrimento mental, cada vez mais o trabalho em equipes interdisciplinares tem se imposto, alcançando uma eficácia inegavelmente superior a qualquer técnica terapêutica isolada.

Ao observarmos os vários saberes envolvidos nos trabalhos em equipe, o que realça de imediato é a disparidade nas formas de se entender o fenômeno psíquico, a causa de seus distúrbios e a abordagem terapêutica proposta. Essa discordância determina uma convivência na maior parte do tempo conflituosa, que chega com frequência a comprometer o funcionamento da equipe e seus efeitos terapêuticos.

Porém, mesmo com todas essas dificuldades, encontramos um esforço continuamente renovado na tentativa de preservação do dispositivo grupal. As supervisões de equipe, por exemplo, tornaram-se uma prática amplamente disseminada no serviço público, mesmo implicando no comprometimento de um tempo precioso que poderia ser gasto no atendimento direto aos pacientes.

Poderíamos nos perguntar qual o motivo que impõe a necessidade de se investir na manutenção dessa difícil proposta de trabalho interdisciplinar. Poderíamos nos perguntar também, dessa vez uma questão clínica, porque pacientes aparentemente similares respondem diferentemente a uma mesma forma de abordagem, exigindo um esforço constante da equipe no sentido de uma individualização terapêutica. Por que uma técnica específica mostra-se adequada para alguns pacientes e pouco responsiva para outros?

Frente a questões que às vezes mostram-se aporéticas, temos a escolha de ou ficarmos paralisados, ou de utilizarmos o impasse encontrado para melhor entendermos o campo que ele instaura. A psicopatologia não conseguiu, até nossos dias, universalizar seu discurso. A partir dessa constatação, podemos negar a diversidade e escolhermos dogmaticamente uma abordagem que nos seja mais adequada, ou podemos, ao contrário, voltarmos-nos para essa diversidade, procurando entender suas causas e conseqüências, e vermos até que ponto essa dificuldade, ou impossibilidade, pode ser revertida a favor do trabalho clínico.

Os impasses da psicopatologia

Uma coisa interessante em psicopatologia é que não conseguimos diferenciar muito bem os textos referentes à semiologia daqueles referentes à nosologia. Ou seja, as questões envolvidas na tematização dos sinais e sintomas e as questões referentes à classificação nosológica frequentemente são as mesmas. Em ambas, a diferenciação entre o normal e o patológico remete a dificuldades similares, e com frequência a classificação diagnóstica se confunde com o estabelecimento dos sinais e sintomas. Alguns sintomas são, por si só, em algumas grades de classificação, já considerados como entidade diagnóstica. É o caso, por exemplo, dos diagnósticos de alucinação, enurese, anorexia, bulimia, entre outros, que encontramos no CID-10.

Na esfera psíquica, ao contrário da esfera física, discernir de forma definitiva “doença” (nosologia) das manifestações do que seria essa doença (semiologia), não só não é algo fácil de se fazer, como, segundo alguns, seria mesmo impossível de ser feito.

Na origem dessa dificuldade de discernimento e estabelecimento das entidades diagnósticas nos distúrbios mentais, podemos considerar a posição constitucionalmente ambígua da psicopatologia. Ela tem um pé na medicina (que trabalha eminentemente com a patologia orgânica, onde parte-se do pressuposto de que haveria uma correspondência biunívoca entre a alteração anátomo-patológica e os sinais e sintomas que dessa alteração fosse correspondente), e o outro no campo da subjetividade (que funciona segundo regras que parecem não coadunar inteiramente com essa suposta correlação biunívoca). A psicopatologia se constitui, e se sustenta, sobre uma impossibilidade inaugural. Ela tem que fornecer respostas a dois senhores diferentes que, frequentemente, se colocam em oposição. Na passagem do físico para o psíquico, ou, dizendo de outra forma, no estabelecimento causal orgânico das manifestações psíquicas, é onde parece se situar a fonte de imprecisões dessa disciplina.

Todos os problemas relacionados com o estabelecimento de entidades diagnósticas e a classificação destas originam-se na dificuldade (talvez impossibilidade) de se estabelecer de forma definitiva e sem discussão a causa orgânica das manifestações dos distúrbios psíquicos, assim como uma correlação biunívoca, inquestionável, entre a alteração orgânica e a manifestação clínica.

Para a maioria dos psiquiatras, as doenças mentais são, por hipótese, condicionadas por afecções somáticas sistêmicas ou cerebrais. Segundo Henri Ey, dois fatos dominam o debate que está na base das discussões referentes à patogenia em psiquiatria (Ey, Bernard e Brisset, 1985). O primeiro fato é que boa parte das doenças mentais é sintomática de processos orgânicos. São as chamadas “Psicoses Sintomáticas” (ou exógenas, ou orgânicas). É o caso, por exemplo, das psicoses puerperais, dos distúrbios mentais que se manifestam como efeito de certas intoxicações ou como consequência de traumatismo craniano, ou, ainda, os distúrbios mentais da senilidade, os tumores cerebrais, as encefalites, as afecções hormonais, etc. A principal limitação deste fato encontra-se na constatação de que essas patologias não esgotam o campo dos distúrbios psíquicos. Existe um outro grupo de “doenças” mentais que não apresentam este componente orgânico evidenciável, como é o caso da esquizofrenia, da psicose maniaco-depressiva ou da paranóia. Costumou-se então chamar esse último grupo por “Psicoses Endógenas” (ou constitucionais), e a maioria dos psiquiatras parte do princípio que elas teriam, na sua causa, um fator genético.

Porém, aí aparece um outro complicador (o segundo fato de Henri Ey), responsável pela frustração de todas as tentativas de se consolidar, de forma definitiva, as entidades nosológicas psiquiátricas. No primeiro grupo, o das psicoses sintomáticas, a observação clínica mostrou que a um mesmo processo orgânico mórbido corresponde uma grande variedade de doenças mentais. Assim, se pegarmos, por exemplo, o caso da neurosífilis, encontramos sintomatologicamente toda uma gama de estados agudos e crônicos. Ou seja, inexistem ou, se existirem, são poucas as síndromes que podem ser relacionadas única e exclusivamente com um dado processo etiológico específico. Seria o que Henri Ey nomeou por “hiato organoclínico” (Ibid.: 676).

Entre a lesão orgânica (nos casos em que ela é identificável), e os distúrbios psíquicos, não há uma correlação fixa. Por mais que fique claro, em algumas patologias, que a manifestação psíquica tem uma

etiologia orgânica específica, alguma coisa falha entre elas. Entre a causa e o efeito há um hiato, uma hiância que impede que nós consigamos tratar a doença psíquica como uma doença médica geral.

Assim, se as psicoses endógenas oferecem um grande problema, que é a sua indefinição com relação à etiologia, as psicoses sintomáticas nem por isso significam uma solução do problema, pois apesar de uma correlação entre a causa orgânica e a doença psíquica ser relativamente bem estabelecida, não há em geral uma especificidade fixa nessa relação — uma mesma lesão orgânica pode manifestar-se sob variadas síndromes, e uma mesma síndrome pode ser causada por diferentes processos orgânicos —. Existe um salto entre o orgânico e o psíquico que tem se mostrado irredutível.

Isso não impede que a busca da causa orgânica seja o norte da psiquiatria clínica. Ela, enquanto disciplina médica, só tem esse caminho a seguir. Henri Ey é claro nessa tendência:

Em oposição à classificação clínica, a *classificação etiológica*, que consiste em agrupar as diversas doenças mentais de acordo com sua ligação com um processo orgânico caracterizado, vem, natural e felizmente, corrigir o que há de demasiado vago na classificação puramente clínica. É neste sentido que deve tender, o máximo possível, a ciência psiquiátrica (Ibid.: 677).

A causa como ponto de arrimo de qualquer teoria

Miranda Sá Júnior propõe uma abordagem de como se constituiria o diagnóstico em termos psiquiátricos, que pode nos útil aqui. Segundo ele, “o conhecimento de tudo o que existe [...] se revela usualmente em cinco níveis escalonados e progressivamente mais eficientes, porque mais precisos e mais exatos” (2000: 3): evidenciação, descrição, conceituação e nominação, explicação, definição.

Na verdade, não haveria limites precisos entre essas fases do processo de conhecer, a despeito de cada uma delas ser bem caracterizada conceitualmente. Ele define assim cada uma dessas etapas:

Evidenciação: Consiste na separação daquele objeto ou fenômeno em foco dos demais que lhe sejam mais ou menos semelhantes, assegurando-se sua identidade, sua existência singular.

Descrição: Enumeração dos atributos conhecidos de uma coisa, atribuindo a esta conceitos descritivos. Para os positivistas extremados a tarefa da ciência resumir-se-ia a este nível, à descrição dos fatos. Mas a maioria dos cientistas busca ultrapassar essa etapa e chegar à explicação dos objetos ou fenômenos que estudam.

Conceituação: Sintetizar em uma palavra ou em uma expressão verbal os atributos mais essenciais e mais gerais que se reconhece ou se supõe em um objeto ou fenômeno.

Explicação: Seria, dentre os vários significados que o termo *explicação* possui, “transformar uma coisa desconhecida em conhecida, tornar inteligível o obscuro, justificar, ensinar, expor, explanar; dar a conhecer a origem, o motivo ou o mecanismo gerador” (Ibid.: 6-7). A explicação é um processo basicamente cognitivo. Ela implica em uma teoria, que, para ser construída, exige a explicitação ou postulação de uma etiologia.

Definição: Do latim *definire*, *definitio*, de *finis*, ou seja, limite, fronteira, pode ser explicitada como “enunciado dos atributos essenciais e específicos de algo, de modo a fazê-lo inconfundível” (Ibid.: 7).

O que de mais importante podemos apreender dessa classificação proposta por Miranda Sá Júnior é que os três primeiros níveis (evidenciação, descrição e conceituação) são ateóricos. Eles se baseiam na simples pontuação (ou descrição) daquilo que se apresenta frente ao observador, sem postular concatenações explicativas entre os fenômenos e as razões dos seus acontecimentos. Os dois últimos níveis (explicação e definição) são teóricos. Eles exigem a construção de toda uma estrutura racional que justifique os fenômenos em termos evolutivos, inserindo-os em uma trama explicativa e conferindo-lhes inteligibilidade. E o fator que permite a construção dessa trama teórica é a existência (confirmada ou postulada) de um elemento causal. É a causa que serve de ponto de arrimo para qualquer corpo teórico.

Graus de complexidade do diagnóstico

Do ponto de vista da complexidade do fenômeno psicopatológico observado, os diagnósticos psiquiátricos se classificam em “três graus diferentes de complexidade progressivamente crescentes [...] o que acarreta três tipos diferentes de diagnósticos, conforme se refira a cada um dos gêneros de patologia” (Sá Júnior, 2000: 13): sintoma, síndrome e nosologia (ou doença).

O sintoma é o signo mais elementar pelo qual se evidencia uma patologia; a síndrome é uma reunião de sintomas mais ou menos coerentes porque costumam se apresentar correlacionados; e o diagnóstico nosológico é a expressão verbal que comunica as características essenciais mais importantes da patologia como entidade nosológica ou entidade clínica (abrangendo não apenas sua forma, mas sua etiopatogenia).

O diagnóstico nosológico, assim, traz implícito ou explícito, o conhecimento da etiopatogenia, ou seja, a causa e o mecanismo implicado na formação dos sintomas daquela enfermidade.

De um modo geral pode-se dizer que esses tipos de diagnóstico não se excluem, mas se completam. Porém, conforme pontuamos acima, há uma diferença básica entre eles. Os dois primeiros (sintoma e síndrome) são eminentemente descritivos, portanto ateóricos. Já a doença implica na construção de um corpo teórico, exigindo, para isso, a postulação de um fator causal.

Tipos de “procedimentos cognitivos” para se chegar ao diagnóstico

Para se chegar a estes diferentes tipos de diagnósticos, dois principais pares de opostos de procedimentos cognitivos se constituíram ao longo da história (Sá Júnior, 2000: 9-11). Estes dois pares, apesar de não esgotarem as questões, já que outras formas de apreensão do fenômeno psíquico também se apresentaram, foram com certeza os mais importantes, sintetizando toda a polêmica que envolve o diagnóstico psiquiátrico.

Eles seriam: a) diagnósticos analítico-descritivos x diagnósticos sintéticos-explicativos, b) diagnósticos dimensionais x diagnósticos categoriais.

O primeiro par é o que nos interessa mais particularmente. Vamos passar rapidamente pelo segundo.

Diagnóstico dimensional x categorial

O diagnóstico dimensional (ou quantitativo) é empregado para assinalar condições que se diferenciem das demais apenas em grau, apresentando mudanças unicamente de quantidade, como acontece em qualquer *continuum* funcional. A diferenciação entre fenômenos patológicos e não-patológicos se expressaria em variações quantitativas de uma característica ou de um conjunto delas.

O diagnóstico categorial (ou qualitativo) evidencia uma diferença que pode ser explicativa (portanto teórica), mas que principalmente deve ser bem definida por si mesma, sendo representada pela presença ou ausência de uma característica ou variável que diferencia o fenômeno mórbido que está sendo diagnosticado de todos os demais acontecimentos que possam estar relacionados a ele. Ou seja, aqui é presumida uma descontinuidade qualitativa entre o fenômeno diagnosticado e os demais estados patológicos, assim como com os estados não-patológicos.

De um modo geral, os positivistas têm aversão ao critério categorial. Eles preferem a quantificação do que a postulação de diferenças qualitativas, considerando essa última frequentemente mais para o lado da fé do que como tendo realmente um rigor científico.

É importante não esquecer que estes dois modelos ou planos classificatórios, dimensional e categorial, permitem grande número de combinações entre si, não sendo necessariamente auto-excludentes.

Como exemplo do embate entre essas duas formas antagônicas de classificação diagnóstica, podemos citar a *neurose* e a *psicose*. A psiquiatria biológica,² em oposição, por exemplo, à psicanálise de linha lacaniana, tende a diferenciar essas duas entidades diagnósticas em termos quantitativos — “hoje, nos programas classificatórios, os termos neurose e psicose são empregados apenas como adjetivos: neurótico (menor gravidade), psicótico (gravidade maior)” — (Sá Júnior, 2000:,20). Jacques Lacan, ao contrário, pelo menos em boa parte de seu ensino, mostrou-se contundente na separação qualitativa entre elas, posição esta que se evidencia em uma conhecida frase sua, escrita, ainda jovem, na parede de um quarto de plantão: “Não é louco quem quer, mas quem pode”. Mais recentemente, a partir de casos de difícil classificação, a questão nosológica tem voltado ao palco de discussões no meio lacaniano, observando-se uma tendência em nuançar uma diferenciação qualitativa por demais prescritiva (ver: Deffieux, J.-P. e Dewambrechies-La Sagna, C., 1998).

² De acordo com a ABPB (Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica), a história da psiquiatria biológica começa em 1946, nos Estados Unidos da América. George Thompson e um grupo de psiquiatras e neurologistas — assustados com a predominância absoluta da psiquiatria psicodinâmica — criaram a primeira associação de psiquiatria biológica, a Associação Norte Americana de Psiquiatria Biológica. Em seguida, outros países como Holanda, México, Japão e Argentina fizeram o mesmo. Outro marco importante ocorreu em 1974, na cidade de Buenos Aires, durante a realização do I Congresso Mundial de Psiquiatria Biológica, quando foi fundada a World Federation of Societies of Biological Psychiatry. (Para maiores informações, <http://abpbiologica.org/fundacao/>)

Voltemo-nos agora para o primeiro par de opostos de procedimentos cognitivos, que é aquele que vai se mostrar mais útil para a nossa discussão: Diagnóstico analítico-descritivo x sintético-explicativo.

O diagnóstico analítico-descritivo reflete a ausência de uma teoria que dê inteligibilidade ao fenômeno observado. Ele é em geral múltiplo, resultando da superposição de diferentes diagnósticos, onde cada um comunicaria uma determinada característica clínica da patologia diagnosticada: síndrome, curso, localização, etiologia ou outra qualquer. Resume-se, na realidade, a diversos diagnósticos, cada um deles referente a uma característica descrita e que, uma vez superpostos, vão resultar no diagnóstico final. Um bom exemplo dessa forma de abordagem são os DSMs, que baseiam sua configuração diagnóstica na soma de diversos eixos ou diagnósticos parciais (diagnóstico sindrômico + diagnóstico de personalidade + diagnóstico situacional ou das circunstâncias existenciais que conformam o contexto pessoal, etc.)

Já o diagnóstico sintético-explicativo é aquele que apreende o quadro clínico em uma cadeia explicativa. Por sua natureza, trata-se de um diagnóstico unicista ou sintético, necessitando, para isso, de um suporte teórico. Como exemplos mais significativos podemos citar os modelos kraepeliniano e freudiano de abordagem psicopatológica.

Creio então ser útil voltarmos-nos para Kraepelin e Freud, e vermos o que permitiu a esses dois autores produzirem um corpo teórico que inserisse a até então simples observação e descrição dos fenômenos psíquicos em uma concepção de “doença”. Começemos por Emil Kraepelin.

Kraepelin

Embora o conhecimento empírico da “loucura” remonte às mais antigas civilizações orientais, somente bem tarde foi possível vencer as superstições que revestiam aquela noção, e dar início ao conhecimento sistemático da “doença mental” em moldes que permitissem a sua integração no quadro geral do que hoje entendemos por ciências médicas (Melo, 1979).

Foi na “jovem Grécia” que Hipócrates, conhecido como o “Pai da Medicina”, e sem dúvida também o primeiro autêntico psiquiatra da civilização greco-romana, fez a primeira grande reação frontal contra as crenças mágicas e elocubrações fantasiosas da mitologia grega, tentando estabelecer o estranho e misterioso fenômeno da “loucura” não como coisa sobrenatural, mas em termos de “doença” passível de estudo e abordagem médica. Seus estudos, porém, permaneceram meio que em suspenso até o século XIX, quando então as repercussões do período de sombras da idade média finalmente começaram a ser verdadeiramente superadas no campo da patologia mental.

Surgiram assim, no início do século XIX, os primeiros esboços clínico-descritivos, da autoria de Esquirol, Bayle, Lasègue, Falret, Griesinger e outros, bem como os intentos pioneiros de ordenação nosográfica, levados a efeito principalmente por Morel e Kahlbaum, o que deu origem à efetiva e progressiva integração da doença mental no quadro geral das ciências médicas do nosso tempo.

Porém, foi sem dúvida o psiquiatra alemão Emil Kraepelin o verdadeiro criador da Psiquiatria Clínica moderna. Na época imediatamente anterior a ele, e a despeito dos esforços realizados pelos citados pesquisadores, tudo se limitava, em última instância, à caracterização mais ou menos sucinta de uma sintomatologia objetiva. Tratavam-se de estudos eminentemente clínico-descritivos, no sentido transversal do

quadro clínico, onde a concepção nosológica se colocava ainda de forma precária e fragmentada. “O que existia *antes* e o que viria *depois* — no dizer de Robert Gaupp em 1905 — permaneciam na sombra” (Ibid.: 7). Morel, e a seguir Kahlbaum, foram provavelmente os primeiros a tentarem algum tipo de classificação nosológica das desordens mentais. Eram, porém, ainda rudimentares, com vários aspectos reconhecidamente vulneráveis. Foi Kraepelin, discípulo pessoal direto de Kahlbaum, a quem inclusive dedicou seu *Tratado*, publicado pela primeira vez na virada do século XIX para o século XX, que finalmente propôs uma verdadeira sistemática clínica, toda ela fundamentada no conceito de unidades nosológicas, de limites precisos, a exemplo do que ocorria na patologia médica. Pode-se dizer que foi com ele que, verdadeiramente, o princípio nosológico-clínico nasceu.

Para tanto, foi necessário, antes de tudo, repudiar o critério da consideração transversal dos quadros clínicos, e passar a compreender a noção de unidades nosológicas em sentido longitudinal, ou seja, separadas umas das outras, mas reunidas em grupos distintos, de acordo com a etiologia, a sintomatologia, o curso, a terminação e a anatomia patológica de cada estado mórbido.

Deu-se com ele, então, o primeiro esforço consequente para a construção de uma sistemática psiquiátrica unitária, em que se viesse a objetivar o anseio sempre existente de fundir, em grau extremo, diagnóstico e prognóstico, na estrita dependência do processo patológico em si.

Porém, à medida em que as várias edições do *Tratado* iam sendo publicadas, inúmeras críticas e objeções à sua concepção nosológica foram aparecendo de todos os lados. Karl Jaspers, ainda jovem na época, mostrou-se um crítico contumaz à sua construção teórica. Outra objeção mais contundente aconteceu por ocasião do Congresso de Kiel, em 1912, liderado por Hoche e, muito particularmente, por Bonhoeffer, que desenvolveu e apresentou contribuições originais no campo do que hoje conhecemos por psicoses orgânicas ou sintomáticas, e que nos seus trabalhos foram apresentadas sob o nome de “formas de reação exógenas” (Ibid.: 69).

Para bem entendermos a crítica de Bonhoeffer, é bom lembrarmos que a pedra angular do “método clínico-etiológico” de Kraepelin era, precisamente, a noção básica de que “as mesmas determinam sintomas psíquicos idênticos e de que, portanto, a causas diversas não de corresponder, necessariamente, outros tantos diferentes quadros sindrômicos” (Ibid.: 69-70). De acordo com Kraepelin — e sua noção de “etiologia unívoca, direta e uni-direcional” — para “causas iguais, sintomas psíquicos iguais, igual curso, igual terminação” (Ibid.: 70). Essa concepção mostrou-se essencial para o estabelecimento de uma nosologia consistente, confiável, que para tal exigia a pressuposição de um fator causal específico (ainda que não comprovado), que determinasse inelutavelmente sintomas específicos, com evolução e prognóstico previsíveis.

Bonhoeffer, em contraposição, foi o primeiro a demonstrar consistentemente, em seu artigo de 1912, que não só os produtos tóxicos gerados no próprio organismo atuam sobre a psique do mesmo modo como o fazem substâncias hétero-tóxicas, mas também, por outro lado, que as diversas infecções, enfermidades orgânicas gerais ou neurológicas, e inclusive certas lesões estruturais encefálicas (por traumatismos, tumores, etc), exteriorizam-se não raro através de quadros psíquicos estanques, isto é, sem especificidade alguma com respeito aos fatores etiológicos em jogo, quadros que, de regra, não se distinguem clinicamente uns dos outros, nem pelos sintomas, nem pelo curso, nem pela terminação (Ibid.).

Kraepelin se baseara principalmente na Paralisia Geral Progressiva (sífilis) e nos trabalhos de Broca (sobre a localização cortical da “síndrome afásica”) para propor sua nosologia psiquiátrica nos moldes da medicina clássica. Nesta concepção, a cada entidade nosológica corresponderia uma alteração histopatológica específica, em uma correlação biunívoca fixa. Mas rapidamente começou a ficar claro que, primeiro, existiam indubitavelmente fatores outros, não orgânicos, que estavam implicados nos distúrbios mentais. E segundo (e mais importante), mesmo os fatores orgânicos comprovados não se correlacionavam com os distúrbios psíquicos de uma forma inequívoca, nos mesmos moldes da medicina clássica.

Na medida em que o quadro clínico viu sua âncora histopatológica tornar-se difusa, imprecisa, a questão das unidades nosológicas de Kraepelin começou a perder sustentação. Como sustentar a definição de uma doença, se você não consegue caracterizá-la histopatologicamente? Aos olhos da objetividade científica, nessas condições, nenhuma concepção teórica poderia ter sua consistência garantida.

A opção, então, foi o retorno à concepção analítico-descritiva, onde a única conduta permitida seria a descrição dos fenômenos, sem tentar inseri-los em nenhuma teoria “fictícia”.

Mas esse retorno não é algo que se faça sem constrangimentos. Trabalhar sob a égide de grandes entidades nosológicas é indubitavelmente a abordagem ideal. Ninguém tem dúvidas disso. Ela insere todas as manifestações em um contexto explicativo que serve de diretriz para a compreensão da patologia, e uma melhor avaliação tanto terapêutica quanto prognóstica. Esse é o ideal da medicina.

O problema é que essa forma de abordagem exige o conhecimento etiológico da doença. E o conhecimento etiopatogênico das doenças psíquicas longe está de ser algo claro para o saber científico, o que coloca em xeque o estabelecimento de não importa qual proposta nosológica (“doença”) no campo da saúde mental, já que seu ponto de ancoragem (a etiopatogenia) não se apresenta (ou ainda não se apresentou, o que dá no mesmo) de uma forma inequívoca aos olhos do cientista clássico. Alguma coisa falha entre o orgânico e o psíquico. Apesar da correlação entre os dois ninguém duvidar, tratam-se de registros que aparentemente funcionam segundo regras que não são similares.

A psicopatologia médica, então, tem um grande problema, que se materializa na oscilação entre duas formas frequentemente antagônicas de abordagem. Uma delas se baseia na constituição de grandes nosologias, e seu representante máximo seria Kraepelin. A outra se baseia na descrição e no agrupamento de fenômenos, ou de sinais e sintomas, sem se preocupar em sistematizá-los em entidades nosológicas. O DSM-IV é provavelmente o expoente máximo dessa segunda forma de abordagem.

Vamos ver agora como Sigmund Freud enfrentou esse problema.

Freud

Assim como Kraepelin, Freud construiu toda uma teoria, baseada na concepção de grandes entidades nosológicas. A esquizofrenia (ou demência precoce, que era o termo utilizado por Kraepelin) e a paranóia, por exemplo, para ele faziam parte de um mesmo processo, “psicose”:

Eis portanto a conclusão a que chego: Em todos os casos [de psicose]: Repressão por desligamento da libido.

- a) bem-sucedido, auto-erotismo — simples Demência precoce —.

- b) mal-sucedido ...paranóia típica
- c) fracasso parcial ...formas intermediárias de Demência precoce e paranóia. (Freud e Yung, 1976/1908: 240).

Mas como Freud fez para conseguir construir seu corpo teórico?

Como dissemos antes, qualquer teoria, para se manter consistente, exige como ponto de arrimo a pressuposição bem estabelecida de um fator causal. Na psicopatologia, porém, na passagem do físico para o psíquico, alguma coisa falha. Pelo menos até nossos dias, tem se mostrado impossível o estabelecimento inequívoco e fixo de uma relação causal entre a lesão orgânica e o distúrbio psíquico. Como nos mostrou Bonhoeffer, uma mesma patologia orgânica pode determinar variados quadros psicopatológicos, e um mesmo quadro sindrômico pode ser causado por variadas alterações orgânicas.

Como Freud fez então para conseguir constituir toda uma rede teórica — a psicanálise — se a causa orgânica insiste em se manter imprecisa?

Freud jamais negou a presença do corpo. Porém, assim como Henri Ey, ele também considerava a existência de um hiato organoclínico. Se o orgânico se faz presente no psíquico, não existe, entre os dois, uma correlação causal biunívoca fixa e inequívoca, como é o caso, por exemplo, de uma patologia pulmonar ou gastrointestinal. Alguma coisa falha nessa passagem. Freud, aliás, levou ao extremo essa incapacidade de se apreender a causa orgânica com as ferramentas do psíquico (ou da linguagem, já que em certos momentos ele denomina o aparelho psíquico como aparelho de linguagem [Garcia-Roza, 1993]). Um bom exemplo disso é a forma com que ele trabalhou as pulsões.

Segundo o pai da psicanálise, as pulsões se situariam na fronteira entre o corpo e o psíquico. Ela seria composta de quatro elementos: fonte, finalidade, objeto e pressão (Freud, 1974/1915). Um desses quatro elementos, a fonte, seria o corpo. Mas com relação a ela (ou ao corpo), Freud afirmou nada podermos falar: “[...] o estudo das fontes das pulsões está fora do âmbito da psicologia. Embora as pulsões sejam inteiramente determinadas por sua origem numa fonte somática, na vida mental nós as conhecemos apenas por suas finalidades” (Freud, 1974/1915: 143-4).

O impasse da relação causal, assim, se colocou para Freud da mesma forma que para a psicopatologia médica. Era necessário dar a esse impasse algum tipo de solução para que se tornasse viável a edificação de todo o constructo de sua teoria. A solução proposta por Freud a esse problema talvez tenha sido a sua grande manobra, aquela que possibilitou o nascimento da psicanálise. Freud pegou a questão causal, retirou-a do registro do corpo, e jogou-a no registro simbólico, por meio do “mito”.

Costuma-se dizer que a psicanálise nasceu quando Freud se defrontou com o mito do Édipo e se identificou com ele. Ou então quando Freud abandonou a perspectiva da sedução como algo que concretamente tivesse acontecido, colocando-a no registro da fantasia (poderíamos dizer que a fantasia é uma forma mítica de abordarmos, a nível individual, a questão das origens).

Algumas das definições possíveis do “mito” são:

- “[...] imagem simplificada de pessoa ou de acontecimento, não raro ilusória, elaborada ou aceita pelos grupos humanos, e que representa significativo papel em seu comportamento” (Ferreira, 1986: 1143).

- “[...] narrações fabulosas que tendem a explicar as características daquilo que é dado no presente” (Lalande, 1993: 683).
- “Narrativa popular ou literária colocando em cena seres sobre-humanos e de ações imaginárias [...] sobre os quais se projetam certos complexos individuais ou certas estruturas subjacentes das relações familiares e sociais” (Larrouse, 1992: 668 [tradução minha]).

Por essas definições, podemos depreender que o mito, em uma de suas acepções, corresponde a uma construção simbólica que representaria alguma característica comum aos membros de uma dada cultura. Ou seja, mesmo não tendo existido concretamente, qualquer pessoa daquele meio cultural, ao escutá-lo, identificar-se-ia com algo dele, o que lhe concederia um certo estatuto de verdade.

É lógico que o mito não tem na nossa cultura o mesmo estatuto de verdade que o campo científico. Mas, por ser universal, ele também comporta um certo valor de verdade, o que possibilitou a Freud construir todo o seu corpo teórico tendo-o como ponto de arrimo.

Ao jogar assim a questão causal para o registro da linguagem (por meio do mito), Freud ofereceu um certo tipo de solução para a questão insolúvel que atormenta a psicopatologia, que é a questão etiopatológica. Colocando o mito no lugar da causa, Freud se viu apto a formular uma teoria que se apresentasse consistente, já que universal para todo e qualquer membro daquela cultura. Ele então pôde propor uma perspectiva nosológica, descolando-se da descrição pura e simples dos acontecimentos fenomênicos.

Já a psicopatologia médica, ao não conseguir sustentar objetivamente a questão etiopatogênica, é obrigada a ficar oscilando entre duas formas de abordagem que, em vários momentos, apresentam-se antagônicas.

A psicopatologia médica

Já vimos então que a hiância entre o corpo e o psíquico é o grande problema da psicopatologia.

A medicina trabalha com a lesão orgânica. Ela exige, na sua concepção nosológica, a presença (ou pelo menos a suposição) de uma causa objetivamente evidenciável, e que seja específica para aquela doença. A psicopatologia médica não pode trabalhar, como faz a psicanálise, com uma concepção causal situada no registro simbólico (mito). A solução encontrada por Freud para construir sua teoria não serve para a medicina. Aos olhos dela essa solução estaria mais para o registro da fé do que para o campo científico.

Em vista disso, a escolha feita por uma parcela importante da psiquiatria atual foi radicalizar sua apreensão do fenômeno psíquico em uma abordagem analítico-descritiva, abrindo mão de qualquer pressuposição teórica que a respaldasse. Essa escolha, como dissemos acima, não está isenta de problemas. Quando abrimos mão da abordagem sintético-explicativa, perdemos com ela a perspectiva nosológica, a concepção de “doença”. E essa concepção é algo que a prática clínica diária não se cansa de pedir. Sem ela, como inserir aquele paciente que está na nossa frente em uma perspectiva longitudinal? Como propor para ele e sua família uma avaliação evolutiva, e uma suposição prognóstica?

Essa perda, que, repetimos, não é negligenciável, faz com que a discussão mantenha-se sempre aberta, colocando em campos opostos escolas importantes da psiquiatria atual.

DSM-IV

A escola anglo-saxônica na sua maior parte, em especial a americana, optou pelo método analítico-descritivo, o que se corporificou nas várias edições do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM). A versão de 1994 (DSM IV) é a mais recente.

Essa quarta edição foi elaborada em consonância com a 10ª revisão da *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* da Organização Mundial da Saúde (CID-10), desenvolvida em 1992. O CID-10 é o sistema oficial na Europa, e o DSM-IV é utilizado pelos profissionais da saúde mental de todas as disciplinas dos EUA, sendo referência para reembolso de seguros, deliberações sobre incompetência e questões forenses. Os sistemas diagnósticos usados nos Estados Unidos devem ser compatíveis com a CID, não apenas para estabelecerem um relato uniforme entre estatísticas norte-americanas e internacionais, mas também para garantirem uma correlação entre os códigos das faturas para o reembolso e a nomenclatura da CID.

O enfoque do DSM-IV, como no DSM-III-R, não é teórico com relação às causas. Ele empenha-se em ver, o mais completamente possível, as manifestações dos transtornos mentais, e apenas raramente propõe-se a estabelecer a mecânica envolvida. Suas definições consistem, na maior parte, de descrições das características clínicas.

Dessa forma, o DSM-III retirou de seus critérios de diagnóstico as referências a modelos teóricos sem confirmação. O DSM-IV, aprofundando a tendência, “eliminou a distinção clássica, mas sem consistência, entre transtornos psiquiátricos orgânicos e funcionais” (Kaplan e cols., 1997: 324).

A rigor, o termo “classificação” talvez nem se aplique ao DSM-IV. Classificação pressupõe um ordenamento de grupos menores em grupos cada vez maiores. Seria a distribuição “em classes, subclasses, etc” (Ferreira, 1986: 416). A tônica dos DSMs não se pautam em uma concepção hierárquica, mas em uma somação ou superposição de diagnósticos parciais.

O DSM-IV não pretende ser um livro-texto. Não há qualquer menção sobre teorias etiológicas, manejo ou manutenção, nem são discutidas as controvérsias que envolvem determinada categoria diagnóstica. Ele não trabalha com “doenças”, ou entidades nosológicas, mas com síndromes, ou complexos sindrômicos, denominados “Transtornos”:

Cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, (...). Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível e culturalmente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, ela [síndrome] deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. (DSM-IV, 1994/2000, p. XXI)

Segundo Bueno, o mais importante de todos os fatores complicadores representado pelos atuais sistemas taxonômicos em Psiquiatria, é que, ao se pretenderem “ateóricos”, passaram por cima de conhecimentos psicopatologicamente já estabelecidos causando uma verdadeira pulverização no diagnóstico. Para esse autor, seus objetivos seriam criar “entidades clínicas puras”, que mais bem se adequassem às exigências da pesquisa clínica ou aos propósitos securitários, ou que melhor orientassem a prescrição psicofarmacológica (Bueno, 2000: 147). Ao não poderem se referenciar na questão causal para a constituição de sua grade classificatória, os DSMs passaram a se referenciar no extremo oposto, ou seja, nos avanços farmacológicos. A cada nova descoberta farmacológica, cria-se uma nova entidade diagnóstica que corresponda à ação daquele medicamento.

Hipócrates, pai da medicina, em 400 a.C., já dizia: “É o tratamento que, em definitivo, revela a natureza da doença”. O DSM-IV, então, está sendo altamente condizente com a forma de ser da medicina, sendo inegável a sua utilidade medicamentosa. Ele dá ao psiquiatra clínico, farmacológico, ferramentas valiosas na avaliação do melhor medicamento para seus pacientes. Mas a sua utilidade quase que se restringe a esse campo de ação. Se quisermos estudar psicopatologia de uma maneira mais ampla, se quisermos postular entidades nosológicas, trabalhando com perspectivas evolutivas e de prognóstico, sua forma de abordagem é pobre, limitada. A farmacologia, apesar de possuir uma eficácia inegável, não resolve tudo, nem garante por si só a melhora de todos os casos.

Conclusão

Podemos então dizer que o grande problema da psicopatologia é a questão etiológica. Questão esta que tem se mostrado insolúvel. Na ciência clássica não pode haver solução de continuidade entre as causas e os efeitos que elas provocam. Como então fazer quando o que está em jogo é a psicopatologia, onde dois registros diferentes (corpo e psíquico) estão envolvidos, e onde a correlação entre eles tem se mostrado tão confusa?

Talvez seja por isso que a psicopatologia aceite tantos campos de saberes distintos, como a psiquiatria clássica, a psicanálise, o serviço social, etc., cada um desses campos trabalhando com concepções causais diferentes, e conseqüentemente com constructos teóricos díspares. Ao não conseguir uniformizar seu discurso, essa disciplina é obrigada a conviver com uma série de discursos, não apenas diferentes, mas de certa forma incompatíveis (França Neto, 2000).

Porém, por mais que sejam incompatíveis, quando trabalham juntos, para o paciente, a coisa funciona (Ibid.). Pelo menos no que se refere à saúde pública, o atendimento em equipe interdisciplinar é a forma que inequivocamente tem se mostrado a mais eficaz, incomparavelmente melhor que o atendimento isolado por qualquer um desses campos de saber. A oferta de um leque de possibilidades terapêuticas, propiciando a partir da “escolha” do paciente uma individualização de cada caso, tem permitido, em maior ou menor escala, uma aderência ao tratamento e uma re-socialização do portador de sofrimento psíquico, o que viabilizou, inclusive, a existência do que costumamos hoje chamar por Reforma Psiquiátrica, e a desinstitucionalização da saúde mental.

Ou seja, se a questão etiológica é aquilo que se apresenta como o grande impasse da psicopatologia, ela é também o que possibilita com que essa disciplina multiplique-se e enriqueça suas formas de abordagem, impedindo seu aprisionamento em qualquer forma exclusiva de saber.

Referências bibliográficas

- Bueno**, J. R. (2000). Depressão: etiologia e opções terapêuticas. In: Bueno, J. R. e Nardi, A. E. (Orgs.). *Diagnóstico e tratamento em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda.
- Deffieux**, J. P. e **Dewambrechies-La Sagna**, C. (Orgs.). (1998). *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica. A conversação de Arcachon*. (Forbes, L. S. D., Trad.). São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira.
- Ey**, H., **Bernard**, P. e **Brisset**, C. (1985). *Manual de psiquiatria*. (Geraldos, P.C. e Filho, U.V., Trad.). São Paulo: Masson.
- Ferreira**, A. B. H. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- França Neto**, O. (2000). Atendimento em equipe interdisciplinar — um trabalho no impossível. *Saúde, sexo e educação*, 21, 14-18.
- Freud**, S. (1974). As pulsões e suas vicissitudes. *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XIV, p. 127-62). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1915).
- Freud**, S. e **Jung**, C. G. (1976). *Correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia-Roza**, L. A. (1993). *Introdução à metapsicologia freudiana 2*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Kaplan**, H. I., **Sadock**, B. J. e **Grebb**, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. (Batista, D., Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lalande**, A. (1993). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. (Correia, F. S., Aguiar, M. E. V., Torres, J. E. e Souza, M. G., Trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Larousse** (1992). *Le Petit Larousse illustré – dictionnaire encyclopédique*. Paris: Larousse.
- A.A.V.V.** (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melo**, A. L. N. (1979). *Psiquiatria clínica e aplicações psiquiátrico-legais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sá Júnior**, L. S. M. (2000). O diagnóstico psiquiátrico. In: Bueno, J. R. e Nardi, A. E. (Orgs.), *Diagnóstico e tratamento em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda.

Para citar este artículo / To cite this article / Pour citer cet article / Para citar este artigo (APA):

França Neto, O. (2015). Psicopatologia: entre a psicanálise e a psiquiatria. *Revista Affectio Societatis*, 12(22), 113-127. Medellín, Colombia: Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>