

Reflexões sobre o DSM 100

Gilson Iannini e Antonio Teixeira¹

Eu gostaria de agradecer a Philippe Von Haute por ter me convidado para apresentar aqui uma conferência sobre o DSM 5, e ao mesmo tempo lhe pedir desculpas, pois não pretendo propriamente falar sobre o DSM 5 nessa tarde. Interessa-me antes abordar a virtual edição de um futuro DSM 100, por motivos que irão se elucidar ao longo de minha exposição. Mas é preciso proceder por etapas: antes de chegar a esse último DSM 100, façamos uma breve abordagem descritiva de sua 11ª versão, mediante a leitura de um artigo sobre seu lançamento publicado em grande estilo pelo prestigioso NYT, no dia 10 de outubro de 2030. Eis a reportagem:

Em razão dos aspectos imprecisos e vagos do DSM 5, lançado há 16 anos pela American Psychiatric Association, a doravante chamada American Neuro-psychiatric Association desenvolveu uma política de revisões periódicas do DSM que hoje alcança sua 11ª versão. As inovações dessa nova versão prometem um grande progresso científico no tratamento das doenças mentais. Entre as novas síndromes descritas, ela enfatiza a padronização do tempo normal de luto para até 3 dias (além do qual, o luto deve ser tratado como uma patologia depressiva excessivamente intensa), assim como a descrição objetiva de 27 síndromes que afetam lactentes e recém nascidos, afora as tão esperadas síndromes relacionadas com trabalho, religião, artes e política.

Além da descrição de 374 novas síndromes, adicionadas aos 1470 transtornos já descritos na última versão de 2027, o DSM 11 também inclui um aplicativo que leva menos de três

segundos para fazer o diagnóstico. Esse aplicativo se conecta a um sistema de delivery através do qual o paciente recebe a medicação diretamente em casa ou no leito hospitalar.

No capítulo sobre a adolescência, foi introduzida a síndrome do "diário de memórias", descrita como uma compulsão a escrever experiências imaginárias em linguagem codificada e a desenhar coraçõezinhos inúteis, afetando principalmente meninas. Do lado masculino, foi igualmente incluída a "síndrome de constituição de bandas de música sem futuro promissor ao menos provável", onde se descreve patologias relacionadas à necessidade compulsiva de formar bandas com o gênero musical em voga. A "síndrome de invencionice crônica" agrupa sintomas relacionados à necessidade de pessoas, até então consideradas artistas, de inventar novas maneiras de fazer coisas. Os sintomas dessa condição são: o uso de palavras fora de seu contexto descritivo e comunicativo, o uso de acordes musicais desnecessariamente dissonantes, o uso de objetos comuns de maneira inusitada, a ocupação do espaço de modo não convencional. Grande progresso foi notificado com a descrição da "síndrome de estado profissional indefinido" que afeta muitos adolescentes em idade de definição profissional.

No tópico sobre religião, introduziu-se o "transtorno da crença em entidades não verificáveis experimentalmente", com diferentes graus de fanatismo. Se bem realizado, o diagnóstico permite detectar traços de propensão a cometer atos terroristas desde estágios precoces da adolescência. No campo da orientação política, a nova edição revisou e ampliou a "esquerdopatia crônica", a grave condição que afeta uma parte crescente da população exibindo sintomas tais como: produção de teorias conspiratórias acerca dos interesses ocultos do capital, não conformismo com a ordem vigente (pelo menos duas vezes por semana no período de

dois meses), atitude crítica em relação à mídia, leitura regular ou irregular de livros de filosofia e ciências humanas, além de outros graves sintomas. No que se refere às síndromes econômicas, foi descrita o "transtorno de incapacidade de gerar riqueza". Entre os sintomas dessa condição se encontram: estado de pobreza crônica, endividamento, vida boêmia e leitura recorrente de poesia. Ela se encontra frequentemente associada a episódios de esquerdopatia aguda.

E, last but not least, na categoria das patologias conjugais foi incluído a grave condição até então nomeada de amor como "transtorno monoerótico imaginário". Seu tratamento requer hospitalização compulsória e separação completa da "pessoa amada" pelo período de no mínimo um ano.

Tal paródia futurista nos interessa particularmente, porque ela mostra algo que a 5ª versão do DSM não consegue mais ocultar: o caráter normativo dessa classificação, fundada num vertiginoso programa de psiquiatrização da vida cotidiana, assim como numa psicopatologização de toda condição subjetiva. Todavia, a despeito do aspecto ridículo dessa intenção de catalogar todo tipo de comportamento normatizável, devemos ainda assim aceitar que não há nada de exorbitante, pelo menos do ponto de vista formal, numa prática classificatória, seja ela qual for. É possível criar classes ou agrupamentos, para isso basta atribuir um predicado comum a certo número de elementos. O problema é que normalmente as classes se constituem em torno de uma representação atributiva destacada por um discurso, como no caso da presença de glândulas mamárias na constituição da classe dos mamíferos ou de incisivos superiores pronunciados no caso dos roedores. Mas quando se trata de sujeitos, mesmo quando se tenta imprimir no corpo um traço de pertencimento a uma classe, como no caso judaico da

circuncisão, o tipo de classe não pode ser construído a partir de nenhum aspecto representável. Como Jean-Claude Milner² enfatiza, a constituição de uma classe contendo seres falantes depende estritamente dos efeitos de uma nomeação. Em razão dessa ausência de propriedades empíricas representáveis para classificar seres falantes, os organizadores do DSM se veem livres para criar classes diagnósticas não existentes, assim como para suprimir outras. Pois tudo pode ser classificado do ponto de vista de uma prática discursiva, tanto comportamentos como posições políticas ou mesmo o amor.

Quanto a isso, não há nada a contestar, estamos completamente de acordo! Nada impede, contudo, que nos sirvamos, por nossa vez, dessa mesma liberdade classificatória, conduzindo nossa ficção futurista até o nível de um DSM 100 no qual essa classificação se capilariza. Assim sendo, proporíamos acrescentar a essa longa lista uma nova patologia ainda não classificada. Trata-se de uma condição que afeta, no mais das vezes, gestores obcecados com o lucro dos planos de saúde, em sua maior parte ligados a laboratórios farmacêuticos, assim como professores universitários até pouco restritos a universidades americanas, porém com tendência a se espalhar para outros territórios. Propomos nomear essa condição de "compulsão maniforme de classificação psiquiátrica" (CMCP), ou mais simplesmente "doença de Bacamarte", em homenagem ao personagem descrito por Machado de Assis em seu romance "O alienista" no início do século XX. Trata-se de uma patologia que se manifesta ao modo de uma compulsão a classificar todo tipo de conduta supostamente desviante, assim como a preencher planilhas pré-formatadas com sim, não e mais ou menos, em formulários de avaliação psiquiátrica.

Os indivíduos afetados por essa doença apresentam igualmente o assim chamado "transtorno de personalidade

arrogante”, facilmente diagnosticável pela presença e permanência, no espaço de seis meses, de ao menos duas das características seguintes:

1. Tendência a se vangloriar de sua produtividade acadêmica;

2. Costume de considerar como científicas somente atividades que se deixam quantificar segundo critérios que eles próprios estabelecem;

3. Recusa em aceitar a existência de todo aspecto mental que não pode ser tipificado num formulário codificado, a pretexto de estar trabalhando com a psiquiatria baseada em evidências.

A essa superestimação de si mesmo se acrescentam, paradoxalmente, sintomas de debilidade mental acentuada, identificados pela presença de ao menos três das características seguintes:

1. Um gosto bizarro por filmes de ação com roteiro ridiculamente previsível;

2. Prazer inexplicável pela leitura de manual de estatística para iniciantes;

3. Hábito de solicitar preenchimento de questionários enfadonhos contendo níveis arbitrários de pontuação, pretensamente visando determinar a extensão de danos mentais naqueles que acreditam poder classificar;

4. Incapacidade sistemática de atitude crítica em relação à própria função.

Como se pode constatar, essa versão hiperbólica do DSM nos mostra o caráter autofágico de uma prática classificatória desenfreada. Entretanto, sabemos que até o momento, os classificadores do DSM não pertencem ao conjunto dos objetos classificados, tais como os catálogos do paradoxo de Russel que não contêm a si mesmos. Mas quando criamos, com a “Casa Verde” virtual do DSM 100, a classe dos classificadores compulsivos que não se classificam a si mesmos, o paradoxo é inevitável: essa

classe contém ou não contém os classificadores? Ela os contém porque não os contém, ela não os contém porque os contém, e assim por diante... Teríamos, então, chegado ao momento de ironia suprema, em que o classificador enlouquece e decide, tal como o alienista do romance de Machado de Assis, internar-se a si próprio e nos deixar em paz? Quisera assim fosse, mas as coisas não se passam desse modo.

Sabemos que o DSM, a despeito de sua absoluta indigência epistemológica, não será classificado - ou desclassificado, o que dá no mesmo - como um caso patológico de compulsão classificatória, pois existe uma estrutura social sobre a qual ele se apoia. Ele se manterá, a despeito de toda transformação sofrida, na medida em que se sustenta sobre uma tríplice aliança de catálogos, pílulas e discurso. Primeiramente o catálogo, instrumento que dá ao DSM sua forma sempre provisória, no sentido que se pode modificá-lo segundo as configurações de poder às quais ele serve. Em segundo lugar, cada classe catalogada será o tanto quanto possível conectada à pílula terapêutica, que é a promessa do bem estar mental em sua forma-mercadoria configurada segundo as estratégias de *marketing* dos laboratórios. Em terceiro lugar, o discurso técnico-científico, submetido à lógica do capital, que organiza a crença na associação entre a demanda e o produto ofertado - no caso, a doença mental e o recurso terapêutico - segundo uma relação de evidência supostamente controlável. Sua função é dar roupagem científica à associação entre catálogos e pílulas.

Mas a despeito de tudo que se diga a propósito desse uso manifestamente ideológico do discurso da ciência, é inútil protestar contra o DSM. Diríamos, mesmo, que o protesto nutre o DSM, que é do protesto que o DSM extrai sua permanência. Pois sendo o protesto uma variante da demanda, na forma trivial da queixa, nada mais cômodo ao

DSM do que apaziguar os que se queixam de seus excessos por meio de uma revisão periódica de suas listas. Como já notara Lacan, ao protestar contra uma situação entramos no discurso que a condiciona, apresentando meios de torná-la mais suportável. A prova disso é a supressão do diagnóstico de histeria do DSM III, em 1980, em resposta ao protesto das feministas contra a conotação sexista do termo, ou ainda a eliminação, em 1987, da categoria patológica da homossexualidade ego-distônica, para satisfazer ao *lobby* dos homossexuais americanos.

Estamos inclusive às voltas com um protesto recente de grande esplendor midiático, divulgado tanto no *Le Monde* quanto no NYT. Está em questão, como se sabe, a posição adotada por Thomas Insel, diretor do prestigioso *National Institut of Mental Health*, que se diz contrário à orientação do DSM em razão da falta de fundamento científico dessa classificação. Se ao menos se tratasse de um novo esforço de pensar o mental para além dos enquadres disciplinares usais. Que nada! Há mais ruído do que novidade nessa proposição. A composição ateorética do DSM é bem conhecida há mais de 30 anos, e Thomas Insel não seria certamente o último a saber disso. A única coisa certa é que, malgrado todo protesto, não há outro sistema de classificação no horizonte. Do ponto de vista prático, o DSM deve se manter não a despeito, mas graças aos ataques que sofre desde sempre. Seus organizadores vão logo encontrar outros meios de melhorar sua roupagem pseudo-científica, acrescentando-lhe novos ornamentos e novas listas para agradar as instituições às quais prestam serviço.

Seja como for, cabe dizer que o projeto alternativo lançado por Thomas Insel na origem do *Research Domain Criteria* (RDoc) não acrescenta nada ao que já se tentou fazer a esse respeito. Sua intenção de biologizar a realidade mental, tratando o psíquico nos termos de uma

neurobiologia, nada mais é do que o naturalismo de antes de ontem que retorna à cena como novidade resplandecente do depois de amanhã, num palco arrimado pela crença de que a racionalidade técnico-científica detém a última palavra sobre a natureza humana. Nessa perspectiva, que o mental seja o neuro-biológico, ou o físico-químico, ou o genético, ou mesmo, se quiserem, o molecular, isso importa pouco. O importante é que a classe assim constituída não se mostre como efeito de uma pura nomeação, pois é este o erro do DSM: deixar ver o mecanismo subjacente à mágica, revelando a impostura que o sustenta. Trata-se, agora, de organizar a convicção de que seria possível estabelecer uma classificação da realidade mental que não se reduza a uma nomeação, partindo de dados pretensamente científicos, conforme a ideia que a doxa faz do que seja a ciência num determinado momento.

Isso considerado, não deixa de ser interessante constatar a ausência de um verdadeiro programa clínico no campo das neurociências. Não se trata de um dado casual, pois o mero fato de dar a palavra ao paciente faz cair por terra todo esforço de estabelecer uma representação científica da doença mental. O exemplo mais eloquente, a esse respeito, continua sendo o de Freud, que cedo constatou a impossibilidade de eliminar a categoria do sujeito da experiência clínica. Formado no rigor da escola naturalista de Berlim e instruído pelo método anátomo-clínico da Universidade de Viena, esse cientista logo se viu obrigado a abrir espaço à subjetividade em sua metapsicologia, pela simples razão de escutar seus pacientes³. Freud encontrou o sujeito tanto no sentido gramatical quanto semântico do termo, no ponto de impasse relativo ao esforço de se delimitar o objeto psíquico do discurso neuro-científico.

Caberia ainda acrescentar que esse sujeito singular, que nenhuma representação é capaz de estabilizar num tipo

clínico, nem por isso não se deixa pensar em termos de classe para a psicanálise. É o que ocorre quando nos referimos às estruturas clínicas, falando, por exemplo, de um sujeito histérico, de um paranóico ou de um fóbico. Mas com a ressalva de que a classe diagnóstica para a psicanálise, diversamente do que se passa nas classificações usuais, não convoca nenhum agrupamento. Esses termos nada mais fazem do que nomear a maneira histérica, paranoica ou fóbica que tem um sujeito de ser inclassificável, distinto de todo outro⁴.

¹ O presente texto, escrito em parceria com Gilson Iannini, é a transcrição em português de uma conferência pronunciada por Antonio Teixeira por ocasião do V Colóquio da Sociedade Internacional de Psicanálise e Filosofia em Ghent (Bélgica), no dia 7 de novembro de 2013.

² MILNER, J.-C. (1983). *Les noms indistincts*. Paris: Seuil, p. 111.

³ Vale ler, a esse respeito, DRAWIN, C. R. (jun. 2004). "A recusa da subjetividade: ideias preliminares para uma crítica do naturalismo". In: *Psicologia em Revista*, vol. 10, n. 15. Belo Horizonte, p. 28-42. Disponível em: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213114647.pdf.

⁴ MILNER, J.-C. (1983). Op. cit., p. 118-119.