

# Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado?

**Marina Silveira de Resende**  
**Roberto Calazans**

## Resumo

O objetivo deste artigo é demonstrar como a pretensa abolição do diagnóstico diferencial neurose e psicose na CID-10 e no DSM-IV-TR tem por objetivo de tirar de cena não somente o debate etiológico, mas também a teoria psicanalítica. Para tal, iremos nos dedicar a uma análise da CID-10 e do DSM-IV-TR a partir do debate etiológico e histórico em torno dos conceitos de neurose e psicose. Com isso, terminamos por demonstrar a predileção desses manuais pelo termo transtorno e como ele tem por objetivo calar toda manifestação do mal-estar do sujeito.

**Palavras chave:** Psicanálise, Neurose, Psicose, CID-10, DSM-IV-TR.

## 1 introdução

A duvidosa classificação estatística dos transtornos mentais atuais só pode ser entendida se for mencionado o que elas pretendem deixar de fora. Podemos dizer, de maneira decidida, que a pretensão é deixar de fora do campo diagnóstico a psicanálise. Uma afirmação tão categórica, se feita sem provas, corre o risco de ficar tão somente no nível do que Freud (1914/1996) denominou de narcisismo das pequenas diferenças: uma maneira imaginária de se diferenciar do outro. Para não incorrerem em tal equivoco, faremos uso neste artigo do método estrutural: a partir de um sistema de diferenças,

apresentar o que está presente nas definições para avaliar o que eles pretenderam deixar como ausentes.

Para podermos avaliar o que é ignorado – principalmente as razões da pretensão de expurgar o pensamento psicanalítico da questão psicopatológica –, é imperioso encontrar um ponto de apoio na própria psicopatologia, que é o terreno por excelência deste debate. Esse apoio se estabelecerá no par de diferenciação diagnóstica que desaparece tanto na quarta versão revisada, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), quanto na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): o par neurose e psicose.

É em torno do apagamento do par neurose e psicose que se dá a tentativa de abandono da psicanálise. Esse apagamento se revela no que podemos chamar de ignorância dos manuais estatísticos de quatro dimensões importantes para a psicopatologia – história; etiologia; clínica e sujeito – que podemos articular tanto em pares: história e etiologia; clínica e sujeito. Neste artigo, restringiremo-nos ao primeiro par, deixando para outra ocasião a análise do segundo par.

## 2 Questões e hipótese

Por que partir do par de diferenciação diagnóstica neurose-psicose? Em primeiro lugar, por ser esse par ao qual é atribuído o maior tema de controvérsia para os Manuais Classificatórios e Estatísticos. É sistematicamente afirmado que o par neurose-psicose não permitiria uma classificação científica por ser uma definição teórica<sup>1</sup> e não descritiva (Dunker & Kyrillos Neto, 2011; Matos, Matos, & Matos, 2005). Na CID-10 (OMS, 1993, p. 3), ainda há menção ao par diferencial para dizer que não é mais usado. Já o DSM-IV-TR (APA, 2004) não trata mais desse par de oposição, deixando isso para a história: o termo neurose teria sido banido em 1980, na terceira edição do manual (DSM-III), por conta de, como dizem Jane Russo e Ana Teresa Venâncio (2006), “seu peso simbólico” (p. 474). O DSM-III se propõe a ser um manual ateórico, ou seja,

1 Teórico no sentido empírico do termo: abstração sem respaldo em dados empíricos.

um manual “neutro” baseado principalmente em princípios de testabilidade e verificação empíricas. Assim, ele visa a reformular o diagnóstico psiquiátrico ao desenvolver critérios discerníveis para as categorias diagnósticas. No entanto, para tal ateoricidade, foi necessário que o termo neurose fosse abandonado e desmembrado em diversas entidades como: transtorno de ansiedade, transtornos somatoformes e transtornos dissociativos (Russo & Venâncio, 2006, p. 479).

Assim, sua ausência é justificada no DSM-IV-TR, que toma como claro que o termo neurose não deve ser usado. Já para a CID-10, o termo neurótico é usado apenas ocasionalmente, diluído em diversos transtornos que “são agora arranjados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas” (OMS, 1993, p. 3).

Os manuais estatísticos, por terem como projeto, a partir de meados das décadas de 1970 e 1980, estabelecerem um marco zero na história da psicopatologia – ou seja, por pretender anular todo o debate que se estabeleceu por mais de um século nesse campo, acusando-o de ideológico e não-científico –, deixa de fora também, deliberadamente, a história e sua importância para a determinação do problema do diagnóstico no campo do sofrimento psíquico. A parte histórica ou é resumida ao caráter estatístico de classificações (APA, 2004, p. 22) ou apenas serve para apontar o uso de uma classificação descritiva como uma revolução na psiquiatria (OMS, 1993, p. IX). Então, podemos ver que, junto com a dissolução da diferenciação diagnóstica entre neurose e psicose, vem acompanhando uma recusa à história da psicopatologia.

No entanto, se nós não recusarmos a história, se nos deixarmos interrogar por ela, veremos surgir algumas questões relativas a esse par que é colocado como um obstáculo à descrição científica do sofrimento psíquico que, nos manuais estatísticos, toma a denominação de transtorno: a partir de que momento surgem os termos neurose e psicose? Eles sempre foram pares de oposição ou isso se deu em algum momento específico? Em torno de que questão se tornaram pares de oposição e a partir de que prática foi sustentada? Por que definir o sofrimento psíquico como transtorno poderia diluir as duas maneiras diferenciais de apresentação diagnóstica e com qual finalidade?

A hipótese que sustentaremos, respondendo a essas questões, é trazer à tona o que não está explícito na letra dos textos do DSM-IV-TR e da CID-10: a recusa histórica é o fechamento do debate etiológico e discursivo. Etiológico: o descritivismo aponta para um não-pronunciamento em relação à etiologia sobre o sofrimento psíquico até que se tenham provas de que a causa dos mesmos é biológica, a única aceitável pelos Manuais Estatísticos. Evita-se o debate para não ter que sustentar a causalidade implicitamente afirmada, mas não comprovada. Discursivo: ampara-se na proposição de que o saber universitário deverá ordenar não somente a formulação de diagnósticos e direcionar o tratamento, mas também as relações sociais. Afinal, não é o que podemos depreender que o uso do DSM-IV-TR poderá ser feito não somente por clínicos, mas também por advogados e que pode ser aplicado nas comunidades (APA, 2004, p. 22)? Ou que a CID-10 é utilizada para o uso assistencial em geral (OMS, 1993, p. 1)? Para quem pretender definir objetivamente, falar de assistência em geral ou é uma pequena queda na imprecisão ou, pior ainda, uma precisão exacerbada: a assistência em geral é para toda e qualquer ação em que haja algum problema que passa a ser chamada de transtorno.

Desse modo, passemos às respostas das quatro questões colocadas. Mas, antes, façamos uma análise do que está escrito nas letras da CID-10 e do DSM-IV-TR sobre o uso dos termos neurose e psicose para que possamos sustentar nossa hipótese.

### 3 CID-10 e DSM-IV: postulados

A CID-10 sustenta alguns pressupostos em comum com o DSM-IV-TR como a ênfase de que é ateórico – o que não significa que não haja um saber no comando. Isso significa apenas que para eles uma teoria é sempre partidária e a proposição que fazem é de que o saber não pode ser partidário. Disso, decorre a opção pelo descritivismo como um saber sem sujeito a partir de definições claras dos termos a serem utilizados. Vejam bem, por exclusão, os termos de quem pensa a partir de proposições outras são desprovidos de clareza e, no entendimento dos promotores dos DSMs e da CID, essa suposta

falta de clareza seria minorada caso deixássemos de lado a tentativa de uma explicação teórica e causal das psicopatologias. Temos, então, uma segunda exclusão: a teoria causal que deve ser evitada, não são todas, mas aquelas que afirmam que há uma causalidade psíquica. Não é à toa que a CID-10 afirma (OMS, 1993, p. 3) que o termo psicogênico não é utilizado (por ter diversas definições teóricas).

No entanto, aqui temos uma lição de Bachelard (1996) que é ignorada: a busca por mais clareza esquece que toda definição que pretende ser transmitida não traz somente luz, mas também um pouco de sombras. “O conhecimento do real é luz que sempre projeta algumas sombras” (p. 17). Isso quer dizer que uma reordenação do campo por um conceito resolve problemas, mas cria novos também. Vemos, então, que esse pressuposto da clareza é, antes de tudo, um pressuposto não-científico, pois não consegue ao menos enunciar a questão clínica do sofrimento psíquico. Basta lembrarmos que clareza implica claridade, metáfora da ordem da luminosidade e do olhar. Implica muito mais um apelo às imagens do que a um saber. É uma imaginarização do saber.

Voltando ao fio do texto: há também tanto na CID-10 quanto no DSM-IV-TR a afirmação de que se trata de um esforço transnacional (mediante acordo interjuízes), que envolve uma série de disciplinas e de abordagens e apresenta números astronômicos de pesquisadores, envolvidos para justificar sua seriedade e sua amplitude. Um dos resultados de todo esse empreendimento seria a extinção do par diferencial neurose-psicose. No entanto, de que ordem é esse tipo de argumento? Esses manuais foram e permanecem fundados a partir de um consenso sobre o agrupamento de sintomas que determinam um transtorno. É um tipo de argumentação meramente quantitativa que pretende, longe de estabelecer uma transmissão de um saber, impor a vontade da maioria em um campo que sempre foi de debates e que demanda provas. Em outros termos, é um argumento de autoridade que não se ampara na construção de um saber, mas em acordos entre diversos pesquisadores. Não vemos esse tipo de argumentação na Física, por exemplo: não há necessidade de afirmar-se como mundial; lá, faz-se a função, um outro

replica o experimento, varia suas condições para refutá-lo ou não. Afirmar uma proposição como esforço transnacional é um papel doutrinário que demonstra que estamos mais às voltas com uma questão discursiva do que com uma questão estritamente fundamentada empiricamente. Poderíamos argumentar que a psicanálise, por sua vez, tem ao menos duas Instituições Mundiais (A *International Psychoanalysis Association*, fundada por Freud em 1910; e a *World Association of Psychoanalysis*, fundada na década de 1990). Ambas congregam diversos pesquisadores, com diversas formações, e não partilham do mesmo ponto de vista dos formuladores dos manuais estatísticos e descritivos. Desse modo, a construção dos manuais estatísticos de transtornos mentais, longe de ser um esforço desinteressado, é um esforço em que os pesquisadores, mesmo sendo de diversos países, e mesmo sendo de diversas disciplinas e abordagens, partilham do mesmo princípio pragmatista de análise de dados: só se ater ao que é observável e descritível. Como diz Mario Eduardo Costa Pereira (1999), elucidando o viés ético e o que baliza tal empreendimento:

Dessa forma, no contexto contemporâneo, balizar a prática clínica pela eficácia torna-se um ideal ético. Surge a necessidade de se demonstrar a eficácia de uma prática para que esta possa ser reconhecida, pelo menos em um plano oficial. A atual hipervalorização da chamada ‘Medicina Baseada em Evidências’ (MBE), que pretende testar a pertinência de um determinado procedimento clínico através da análise sistemática e rigorosa do conjunto dos trabalhos experimentais que visam testar sua eficácia, reflete a tendência crescente à intervenção do estado e das instituições científicas no campo singular da clínica. Cada vez mais, a MBE assume o papel de legisladora do que é pertinente ou não – e ainda mais – do que é legítimo ou não de se fazer no interior das práticas clínicas. Assiste-se a uma hipervalorização da MBE como forma de proteger os clínicos de questionamentos, sobretudo os com implicações jurídicas, de suas condutas com seus pacientes. O que resulta, na verdade, em uma padronização normativa do que se está cientificamente legitimado a fazer enquanto clínico (p. 357).

No que diz respeito especificamente ao par de oposição entre neurose e psicose, vejamos alguns pontos específicos da CID-10: o texto afirma que, diferentemente do CID-9, não mantém a distinção tradicional entre neurose e psicose (mesmo que o CID-9 não tivesse a pretensão de definir esses conceitos). O termo neurótico é mantido apenas para uso ocasional e é arranjado em

grupos de acordo com os principais temas ou semelhanças descritivas. Já o termo psicótico é mantido por haver um uso descritivo conveniente: “seu uso não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamento tais como excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico” (OMS, 1993, p. 3). Vemos que, ao menos aqui, se remetem claramente ao psicodinâmico (nome que por vezes assume a significação de psicanálise nos países de língua inglesa) na direção que qualquer referência a ela é contrária aos princípios de ordenamento da CID-10.

Encontramos nesta definição, em segundo lugar, a destituição de um par de oposição em que a neurose é diluída em diversos transtornos e especificada com a presença de alguns sintomas. Esta é uma das características do descritivismo: a diluição das entidades nosográficas. Temos também um arranjo pela ordem imaginária da semelhança que, como já vimos, não permite a explicação do porquê do fenômeno. Mas é no uso do termo psicose que vemos explicitado, se nos situarmos em uma perspectiva histórica – perspectiva que os autores pretendem esquecer ao reduzirem essa parte a quase nada –, o discurso que sustenta tal descritivismo. É conveniente não somente por ser descritivo, mas porque, historicamente, foi ao termo psicose que ficou notada a busca de uma etiologia somática em contraposição à neurose como veremos na próxima seção.

A CID-10 não dilui somente o termo neurose. Não deixa de fazer o mesmo com a psicose. Todas as duas deixam de ser um par de oposição diferencial e se tornam transtornos como quaisquer outros. Já no DSM-IV-TR, vemos que essa diluição dos termos em transtornos, não mais diferenciais por sua estrutura, resposta ou modo de defesa, mas por ser uma síndrome que reúne sinais e sintomas específicos com uma duração específica de sua apresentação, é mais radical; não falam mais de neurose, somente de psicose. Tanto é assim que a parte em que falam da história do termo psicose se reduz a uma maneira de tratá-la, a partir de apresentações mais restritas de sintomas (presença de alucinações e delírios), para mais vastas (além desses sinais e sintomas,

a presença de outros sintomas positivos da esquizofrenia). Uma história que ignora o debate etiológico. Uma história sem história. Em função disso, o termo psicótico passa a ter um sentido meramente descritivo:

Neste manual, o termo *psicótico* se refere à presença de certos sintomas. Entretanto, a constelação sintomática específica, à qual o termo se refere, varia em certo grau entre as categorias diagnósticas. Na Esquizofrenia, no Transtorno Esquizoforme, no Transtorno Esquizoafetivo e no Transtorno Psicótico Breve, o termo *psicótico* refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado ou catatônico. No Transtorno Psicótico devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno Psicótico Induzido por substância, *psicótico* refere-se a delírios ou apenas àquelas alucinações que não são acompanhadas de *insight*. Finalmente, no Transtorno Delirante e no Transtorno Psicótico Induzido, *psicótico* equivale a delirante (APA, 2004, p. 303).

Vemos, assim, que a psicose, apesar de o termo ser mantido no DSM-IV-TR, tem o mesmo destino da neurose na CID-10: deixar de ser um par de diagnóstico diferencial e passar tão somente a ser um transtornos dentre a diversidade dos transtornos. Retomar a história dos termos neurose e psicose e de como eles passaram a ser um par de diagnóstico diferencial é importante, para entendermos a razão dessa diluição em transtornos.

#### 4 Neurose e psicose: origem dos termos e da oposição

A CID-10 e o DSM-IV-TR insistem que a sua necessidade lógica se ampara na acusação de que as outras teorias não teriam validade, uma vez que não haveria consenso sobre os termos mais adequados a serem utilizados; principalmente se, em relação a esses termos, não se conseguir determinar qual seria a etiologia das patologias que eles especificariam. Ora, para eles, especificar uma etiologia é, forçosamente, encontrar uma causa biológica para os fenômenos psíquicos. Se nos ativermos à história, vemos que essa orientação perpassa a psiquiatria, especialmente, desde que Griesinger, em 1845, publicou seu Manual de Psiquiatria. Desse modo, nosso objetivo aqui é indicar, a partir da leitura de Jean-Claude Maleval (2007), os sentidos que os termos neurose-psicose assumem na história e como eles passam, em determinando momento, a serem um par de oposição. A importância disso

é que podemos demonstrar como o litígio com o DSM-IV-TR e a CID-10 não é somente, ao contrário do que dizem, uma mera questão terminológica, mas também uma rivalidade discursiva. Afinal, como veremos, o uso dos termos neurose-psicose é, e não sem razão, hoje inteiramente identificado com o discurso psicanalítico.

Se atentarmos para as datas de surgimento dos termos, podemos nos surpreender frente aos discursos atuais. Se para a CID-10 e para o DSM-IV-TR a neurose é uma categoria inadequada (que deve ser mantida com a denominação específica na CID-10 e banida do DSM-IV-TR como já vimos) e para a psicanálise é um termo indispensável de um binômio diagnóstico diferencial com a psicose, originalmente não era assim. Ora, o termo neurose surgiu em 1769, proposto por William Cullen; Psicose, por sua vez, surgiria apenas em 1845, proposto pelo Barão Ernest von Feuchterslen. Ou seja, pelas datas podemos notar que: eles não surgiram como pares de oposição, nem foram propostas pela psicanálise - se lembrarmos que a psicanálise surgiu com os trabalhos de Freud, que se iniciaram em 1887, e se condensou em termos teóricos na sua *opus magna* – *A Interpretação dos Sonhos* – em 1900 - embora a psicanálise vá, como veremos mais a seguir, se valer dela para especificar tanto a etiologia psíquica quanto a natureza dos problemas psíquicos.

As datas são essas, mas o que significavam seus conceitos originais? Em primeiro lugar, é preciso atentar para uma curiosidade: as psicoses eram, em 1845, uma classe particular da neurose. Psicose foi introduzido visando a substituir o termo que especifica a alienação mental que vinha da Roma Antiga (Tibério) – vemos que o revisionismo terminológico da psiquiatria não vem de hoje. Psicose surgiu num momento em que o termo neurose estava bem assentado no discurso médico a ponto de o Barão Ernest von Feuchterslen dizer que não há psicose que não seja uma neurose; isto é, uma afecção dos nervos.

O termo neurose é proveniente da escola escocesa de patologia mental, que realizava, no século XVIII, estudos sobre a irritabilidade e a sensibilidade dos tecidos orgânicos. Irritabilidade e sensibilidade não significam localização de lesão. Os estudos da escola escocesa são anteriores ao método anátomo-

clínico. Essa relação com não-lesão marca a história da neurose até hoje. Para os escoceses, o sistema nervoso seria o regulador de todos os fenômenos vitais, seja da saúde, seja da doença. Desse modo, a neurose seria uma afecção do sistema nervoso sem febres e sem a possibilidade de imputar uma lesão localizável. Mário Eduardo Costa Pereira lembra ainda que as neuroses atingiriam preferencialmente a sensibilidade e os movimentos. Para Cullen, ainda de acordo com Maleval (2007) e Pereira (2010), as neuroses se dividiriam em quatro categorias:

1. Coma: perda dos movimentos voluntários como na apoplexia e ataques.
2. Adinamias: alterações do sistema nervoso voluntário com enfraquecimento ou perda dos movimentos nas funções vitais: síncope, dispepsia ou hipocondria.
3. Espasmos: convulsões sejam elas epilépticas ou histéricas. Também a asma e o tétano.
4. Vesânicas: alienação mental, perturbação do entendimento e falsidade do julgamento que subsumiriam as manias e as melancolias.

Ou seja, elas incluíam tanto o que chamamos hoje de neurose quanto as psicoses e os transtornos biológicos que ainda não tinham sua causa especificada.

Pinel era um admirador de Cullen, assim como o Barão Ernest von Feuchterslen era um admirador de Pinel. Podemos mesmo dizer que há uma linha direta entre Cullen e von Feuchterslen. De todo modo, para Pinel, a neurose seria uma irritação física ou moral dos nervos e também se dividiria em quatro tipos:

1. Afecções comatosas: catalepsia e êxtases.
2. Anomalias nervosas locais: conversões e parestesias.
3. Espasmos: histeria e epilepsia.
4. Vesânicas: tudo que irá ser subsumido às psicoses.

Desse modo, quando o termo psicose surge para substituir as vesânicas, não podemos falar em oposição entre psicoses e neuroses, mas em considerar a psicose um subgrupo das neuroses. No entanto, a pretensão da psiquiatria sempre foi ser um ramo da medicina. E, para isso, deveria ter como método o que ficou conhecido como anátomo-clínico (Aguiar, 2004). Nesse método,

é preciso localizar um marcador biológico além de, após a localização, especificar a etiologia para determinar o diagnóstico diferencial. Ora, com a definição de neurose como uma afecção não-localizável, essa pretensão da psiquiatria fica comprometida. E para citar um parágrafo de Pereira (2010), vemos como a psicanálise acaba prejudicando essa pretensão da psiquiatria:

Serão os trabalhos de Janet, Breuer e, sobretudo, de Freud sobre a histeria que trarão para a tradição psicopatológica a conotação forte de perturbação psicológica, comportando diferentes níveis de sofrimento psíquico, com manutenção do julgamento da realidade e integridade da vivência do eu. A obra freudiana insistirá quanto à importância do conflito psíquico inconsciente e à dimensão simbólica dos sintomas, permitindo ao sujeito uma realização disfarçada de um desejo incompatível com o restante das representações mentais que esse tem de si mesmo (p. 131).

Aliado a essa pretensão, temos que no mesmo ano de 1845 Griesinger lançou seu Manual de Psiquiatria. Griesinger é o autor da frase “as doenças mentais são doenças cerebrais”. É com Griesinger que a vertente biológica assume supremacia na psiquiatria que foi de 1845 até o final da década de 1920 do século XX.

Desse modo, podemos notar que a neurose cria dificuldades para as pretensões médicas e científicas da psiquiatria devido ao caráter de lesão não-localizável que não permite a afirmação de uma etiologia biológica. Mas por que o termo psicose deixa de ser um subgrupo da neurose e passa a especificar basicamente o conjunto da totalidade das afecções tratadas pela psiquiatria?

Em primeiro lugar, sua referência a um conjunto de afecções como a mania e a melancolia irá possibilitar a passagem da noção de que se trata somente de uma alienação mental para a noção de que se trata de uma doença mental (Álvarez, 2008). Doença mental em que teríamos a perturbação do eu com a realidade socialmente compartilhada e a vivência do próprio eu, cujas causas seriam cerebrais. São noções que vicejam até hoje na psiquiatria e são os parâmetros utilizados para designar o que hoje é chamado de transtorno psicótico. Basta ver quais as definições dos fenômenos patognomônicos de acordo com o DSM-IV-TR e com a CID-10, para encontrarmos definições do século XIX: os delírios e as alucinações são perturbações da realidade. Lacan, em 1957, empreendeu uma grande crítica a essa definição ao questionar a tal

unidade de um *percipiens*.

Em segundo lugar, essas noções de perturbação da realidade e da vivência do eu são noções que se encontram na paralisia geral de Bayle, na Epilepsia, em Alzheimer, na Demência Precoce que mais tarde se chamou de esquizofrenia, nas demências em geral e no transtorno de Pick.<sup>2</sup> Ou seja, em todos os transtornos que tiveram – com exceção da esquizofrenia – um marcador biológico especificado. Assim, psicose se torna um termo mais adequado para especificar o conjunto das doenças mentais do que neurose, que, se não fosse pelas respostas das históricas recolhidas por Freud, teria sido banida da história. Remontar a essa história nos permite ver, com mais clareza, o que está em jogo até hoje.

É preciso deixar claro que não se trata de um plano orquestrado por alguém. Esta é uma história com muitos capítulos. Como diz José Lemes Lopes (2001) em uma conferência já antiga, mas nem por isso menos atual:

Em seguida, os grandes clínicos vão descrevendo variedades de loucuras, como Falret, que descreveu *la folie circulaire* – a loucura circular –, depois Baillarger, que descreveu *la folie de double forme* – a loucura de dupla forma –, e, mais tarde, Mangan, com o delírio alucinatório crônico progressivo. Não há a palavra psicose. A loucura apresenta-se sob essas formas, sob essas variedades [...] Em 1896, Kraepelin chamou atenção ao aparecimento de duas formas de entidades clínicas que ele fez, pela fusão da mania, da melancolia, da loucura de dupla forma, da loucura circular, a que deu o nome de *manische-depressive Irrsinn* – loucura maníaco-depressiva. E, ao outro grupo de psicoses delirantes, que tinha aspectos também motores, catatônicos, que começavam mais cedo sob a forma de hebefrenia e, ao contrário da psicose maníaco-depressiva, cujos períodos terminavam numa volta ao normal – entre parêntesis normal –, essa outra doença, que tinha um curso progressivo, grave, ele chamou demência precoce – *dementia praecox*. Disse em latim aquela palavra que Morel tinha usado em 1856. (p. 28).

Isso significa que temos que esperar até Kraepelin, em sua famosa edição de 1899, para termos a entrada definitiva da psicose como denominando o conjunto de afecções psíquicas. No entanto, paralelamente aos desenvolvimentos de Kraepelin, temos os desenvolvimentos de Freud.

---

2 Como lembra Adriano Aguiar Amaral (2004), um problema que está no campo psíquico, quando tem sua causa especificada como biológica, acaba deixando o campo da psicopatologia e ingressando na neurologia. Foi assim com as paralisias de Bayle e com as demências, tais como Alzheimer, que eram tratadas por psiquiatras no século XIX e hoje são do campo da neurologia.

No entanto, podemos notar que neurose e psicose passam a se tornar um par de oposição em torno da questão etiológica: para a psiquiatria entrar na disciplina médica, precisa investir numa categoria que permita acenar como uma patologia cerebral. Assim, psicose seria essa patologia em contraposição à neurose, que seria uma patologia sem lesão especificada e, assim, que introduz dificuldades à afirmação de uma etiologia biológica.

É devido ao trabalho de Freud que a neurose não se torna um subcapítulo da psicose, assim como a psicose fora um subgrupo da neurose no início do século XIX. Podemos delimitar dois aspectos importantes para que a neurose não tenha ficado subsumida à psicose.

O primeiro aspecto se apresenta como de ordem socioeconômica. Freud atenta para isso em seu texto de 1908 (1996), *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*, mas não somente Freud, mas também psiquiatras como Kraft-Ebbing, Edwinnig Binswanger, Donald Erb e Beard – todos contemporâneos a Freud e as querelas entre neurose e psicose – não deixam de mencionar transformações nas condições políticas e sociais, principalmente em relação ao regime de produção e da divisão do trabalho, como uma exigência muito maior do que um indivíduo pode suportar. E, por outro lado, dentro desta dimensão de caráter psicossocial, algo que vale a pena citar textualmente:

Além disso, a crise histórica da cultura burguesa, começando nesta época – testemunhamos Marx, Freud, Nietzsche, Bergson, Unamuno, Strindberg – e cada vez mais notória desde então. O homem da ‘belle époque’ se encontra submetido a um stress social crescente, e ele não dispõe já de um sistema sólido de crenças históricas que lhe permitiria suportar tornar-se vítima de desordens psíquicas (Maleval, 2007, p. 258).

Com essa passagem, podemos ver que a questão das neuroses, longe de ser resolvida pela classificação psiquiátrica, acaba por se impor como um problema social, como uma epidemia de histeria. O segundo aspecto é referido diretamente à questão etiológica. Esse aspecto não tratou somente de uma questão que se amparava em dados clínicos, mas que se amparava eminentemente em teses etiológicas. De um lado, os partidários da psicose, afirmando a sua organogênese e a considerando a partir do modelo da

paralisia geral de Bayle. De outro, os partidários da neurose, afirmando a sua psicogênese, fazendo com que a neurose ganhe terreno justamente por não se encontrar nela os dados biológicos. Freud, a partir da neurose, vai amparar sua clínica na afirmação de uma causalidade psíquica.

A questão etiológica tem, a favor das teses freudianas, justamente a ausência do marcador biológico. Para que se possa afirmar uma causalidade biológica, é preciso, como demonstra Adriano Aguiar Amaral (2004), um marcador biológico (lesão ou disfunção) que especifique a causa de uma doença. Se há algo que chama a atenção das teses etiológicas e biológicas do sofrimento psíquico é justamente a falta de provas. Vemos, assim, que estamos mais às voltas com um discurso ideológico do que, propriamente, com uma questão metodológica e que defina a natureza dos problemas psíquicos. É com esta questão de fundo – a afirmação de determinado discurso e, por conseguinte, a possibilidade da demonstração do que seria a natureza propriamente da etiologia – que podemos entender tanto a hegemonia de Freud até a década de 1980. E, principalmente, seu procedimento de fazer entrar a psicose no campo da causalidade psíquica tal como a neurose. Não se trata de uma confusão diagnóstica, uma vez que a preocupação básica de Freud sempre foi estabelecer diagnósticos diferenciais. Trata-se de uma questão de conquista do terreno entre os psiquistas e os somaticistas.

Freud faria isso, primeiramente, questionando dois conceitos provenientes da psiquiatria e que especificavam uma única afecção: Demência Precoce, de Kraepelin, e Esquizofrenia, de Bleuler. Força é dizer que, nesse caso, não foi bem-sucedido. Ele as critica tentando ora fazer valer sua definição de parafrenia, ora fazendo valer a noção de neurose narcísica. Não consegue fazer tal imposição por conta do fato de a noção de psicose já estar bem instalada no campo psiquiátrico.

De acordo com Maleval (2007), a noção de neurose sempre teve, para Freud, uma clara conotação psicogênica. Psicose, por sua vez, não era um conceito na pluma de Freud. Enquanto a neurose, por assim dizer, tinha uma definição integrada a uma teoria, psicose teria um sentido um tanto quanto descritivo. Pode ser essa uma das razões – a outra, para Maleval, era

a necessidade de demarcar a especificidade da psicanálise ainda nessa época – de Freud (1914) em “Sobre o Narcisismo”, fazer uma distinção nosográfica valendo-se somente da noção de neurose, em que a psicose seria, então, uma espécie de neurose:

1. Neuroses atuais (neurastenia, neurose de angústia e hipocondria).
2. Neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva).
3. Neuroses narcísicas (paranoia e esquizofrenia).

Mediante o fracasso de tal tentativa, Freud (1924/1996) se vê forçado a assumir o vocabulário bem estabelecido na psiquiatria – o de psicose e o de esquizofrenia –, mas modificando inteiramente sua tese etiológica:

A etiologia comum ao início de uma psicose ou de uma psicose sempre permanece a mesma. Ela consiste em uma frustração, em uma não realização de um daqueles desejos de infância que nunca são vencidos e que estão tão profundamente enraizados em nossa organização filogeneticamente determinada (p. 169).

Tese psiquista, por definição. A diferença se amparando na segunda tópic freudiana, em que a neurose se caracterizaria por um conflito entre o eu e o isso e a psicose por um conflito entre o eu e o mundo exterior. Ou seja, para Freud havia uma distinção entre neurose e psicose a ser marcada. No entanto, as duas assumem o caráter psíquico, diferenciando-se no tipo de resposta que pode ser arranjada ou como o eu se porta no conflito entre as pulsões e o mundo externo, como podemos ver nesta passagem de *Neurose e Psicose*: “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego [eu] e o id [isso], ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego [eu] e o mundo externo” (Freud, 1924/1996, p. 167).

Podemos, então, definir que para Freud a psicose, tal como a neurose, tem uma causalidade psíquica. No entanto, justamente por isso, é força estabelecer quais são os mecanismos específicos de cada uma, o que permite diferenciar uma neurose de uma psicose. Ora, é justamente a causalidade psíquica e a diferenciação estrutural que o descritivismo pretende apagar. É daí que vem a importância da definição de transtorno nesses manuais, como veremos mais adiante.

A afirmação tese de uma causalidade biológica do sofrimento psíquico se

torna um pouco mais problemática quando reabrimos o debate não somente em torno da questão da causa e questionamos sobre a natureza do problema da loucura ou do que é chamado pelos proponentes dos manuais estatísticos de transtorno mental. A psicanálise situa a natureza dos problemas clínicos no campo da fala e da linguagem (Lacan, 1953/1998). Afirmar isso – e é uma afirmação demonstrada pelo ensino de Lacan – é recusar que a natureza do problema seja biológico, o que leva a direção do tratamento para outro caminho – que não é do condicionamento e do uso indiscriminado de psicofármacos. Dessa forma, sustentar a proposição de não se pronunciar sobre as causas passa a ter, então, dois objetivos: não se trata somente de manter a hipótese da causa orgânica – e o tratamento daí recorrente –, mas também impedir pesquisas e tratamentos que, necessariamente, vão em direção contrária às das proposições.

Se nos valermos da distinção de Lacan (1957/1998) entre política, estratégia e tática e aplicar ao caso em questão, podemos deduzir que há aí uma política – a afirmação discursiva de que a etiologia é orgânica – que estrutura uma estratégia –, a proposição que impede a colocação sobre a causa, uma vez que a tese discursiva não é provada – e que norteia a tática –, orientar o tratamento para o condicionamento e para o uso de psicofármacos ao seguir a nomenclatura oficial.

No entanto, o que é uma causa? Longe de especificar um determinismo no sentido científico, a causa só se coloca a partir do momento em que temos uma falha e uma responsabilidade. Sua origem, que de certo modo determina o modo de pesquisa, quando estamos às voltas com a causa, é mais de ordem jurídica do que científica (Blanché, 1976). Somente foi exportada para o campo científico com Francis Bacon e, mesmo assim, de maneira imprecisa a ponto de ter sido deixada de lado por um *modus operandi* das funções matemáticas. A causa pressupõe sempre uma hiância entre o antecedente e o conseqüente. Ora, isso não deixa de ser importante, uma vez que coloca questionamentos às asserções do DSM-IV-TR e da CID-10: a de que das ditas evidências empíricas irão para as causas biológicas. É importante porque conseguimos, com essa definição, sair da querela estéril com a causalidade orgânica do sofrimento psíquico, pois ela pretende suturar a descontinuidade dando um conteúdo

à causa. É um modo de pensar a causa sem manter aberta a hiância que ela comporta, tal como faz Freud, ao situar a causalidade psíquica na noção de um conflito entre o eu e o isso e a realidade externa. E é por essa hiância que encontramos a dimensão do sujeito. Como diz Jacques-Alain Miller (1998):

O próprio sujeito, que escrevemos com o famoso  $\$$  inscreve uma descontinuidade em si mesmo, uma ruptura de causalidade. Não há na clínica nenhuma causalidade mecânica [...] Não permite reconstituir nenhuma causalidade contínua, que somente se justifica porque há algo que não prossegue e que não se pode restituir de maneira mecânica (p. 347).

Quando a noção de causa ganha um conteúdo, ela pretende estabelecer uma continuidade entre os fenômenos. Mas se a causa não ganha um conteúdo, ela permite ao sujeito implicar-se em seu sintoma. E como só podemos falar, como diz Lacan (1964/1985), que há causa para o que claudica, causa implica, antes de tudo, descontinuidade. Dessa maneira, não interrogar-se sobre a causa e não se interrogar sobre esse momento de hiância, de não saber fundamental para o ordenamento clínico. Assim, colocar em cena a causalidade é, necessariamente, situar que a proposição de uma causa orgânica é discursiva e que o tratamento dela derivado não deixa de estar vinculado com as diretrizes desse discurso.

Por isso, a noção continuísta da causa nos permite afirmar que é um apagamento do sujeito. Quando afirma que a causa é orgânica, social ou moral, fixa o sujeito em uma posição de ser, impedindo o questionamento e a responsabilização que implicam a noção de sujeito.

O sujeito é uma questão que permite uma elaboração sobre a causa e um ato que o separa de um significante que ao mesmo tempo o identifica não como ser, mas como falta-a-ser. Apagar essa dimensão situando uma causa exterior à questão da clínica – seja ela orgânica, psíquica, moral ou social – implica, em primeiro lugar, um discurso específico: o discurso universitário. Nesse discurso, é um saber, à revelia do sujeito, que o determina e, a partir dele, não podemos atribuir a responsabilidade a ninguém: é um sabe-se que pretende ser um enunciado sem enunciação.

Um dos modos de tentar obter esse tamponamento é a nomenclatura. Ela surge como consequência da maneira pela qual o DSM denega a questão

da causa. A nomenclatura do DSM-IV-TR e da CID-10 tem a pretensão de ser mundial e oficial. O mundial seria a marca de sua universalização; o oficial, a pretensão social de que a nomenclatura está bem estabelecida. Mas qual a consequência dessa nomenclatura que se ampara em uma descrição de eventos e pensa poder passar, instantaneamente, dessa descrição para um diagnóstico: o impedimento de uma elaboração. E quando isso passa para o conjunto da civilização, o que temos? Como diz Silvia nos (2010):

Assim tudo o que acontece com um sujeito é imediatamente subsumido a uma suposta identidade de ser: para ficarmos em alguns dos múltiplos exemplos: se uma menina pensa demais em uma amiga, é lésbica; se come muito doce, é bulímica; se experimenta mudanças anímicas, é bipolar. Eclipsando os rostos das coisas, tais nomeações apagam seu mistério e fazem que muitas vezes o que podia ser para um sujeito um pensamento, uma conduta esporádica ou uma fantasia, se torne prontamente uma chave ao que seria a real identidade (*online*).

## 5 Discussão e transtorno

Feito esse percurso histórico, articulado ao etiológico, podemos afirmar que é com Freud e sua descoberta sobre os mecanismos inconscientes que a neurose ganha novo vigor e permite o estabelecimento de uma descrição psicopatológica. Vemos, assim, que banir a neurose e manter a psicose e desfazer esse par de oposições é interessante para impedir que se considere a etiologia a partir de uma perspectiva não-biológica. O curioso é que vemos aqui uma proposição que é o retorno das teses do século XIX: a psicose é interessante à psiquiatria por sustentar melhor uma tese – sem comprovação – da etiologia biológica.

Podemos dizer, então, que a questão é sempre a mesma: a concepção organicista ou não do sofrimento psíquico. Assim, temos que a pretensão de ateorismo ou de deixar de lado a perspectiva etiológica é apenas estratégica. Estratégica devido à dificuldade de encontrar na clínica do sofrimento psíquico o marcador biológico: se o marcador biológico não é encontrado, como chegar à afirmação etiológica? A consequência que podemos extrair é que a afirmação etiológica nesse caso é mais discursiva do que propriamente uma descoberta epistêmica.

Insistir que a questão é mais discursiva do que propriamente epistêmica ou clínica não é sem consequências. Temos como consequência desse discurso o que Lacan (1965/1998) chama de foraclusão do sujeito pela ciência— ou, para dizer mais apropriadamente, pelo discurso cientificista. Foracluir o sujeito significa não levar em consideração sua posição, seus ditos, seu desejo, mas, tão somente, que ele é um efeito de algo que não é de ordem da responsabilização. O sujeito é, por assim dizer, substituído pela biologia:

## BIOLOGIA

---

## SUJEITO

Ora, colocar o sujeito nesse lugar significa que ele não é responsável. Não há saber desse sujeito, somente saber que viria da medicina e do terapeuta. E se o saber está inteiramente no campo do Outro, se não há mais sujeito, corremos o risco de um laço social totalitário. Afinal, não cabe mais ouvir o sujeito, mas dizer a ele.

Para a psicanálise, principalmente com Lacan, essa é uma maneira que necessariamente fracassa – o que não deixa de ter efeitos muitas vezes devastadores sobre alguns sujeitos. Fracassa por que o sujeito é um ser afetado pela linguagem. E isso tem dois efeitos: o primeiro é que passamos a definir o sujeito como alguém que se interroga sobre como viver de modo válido. Não é à toa que concordamos, nesse nível, com a proposição de Milner (2006) que situa o sofrimento no campo do mal viver: mal viver significa insatisfação. Uma causa biológica não permite essa interrogação; nesse campo, apenas vive-se, sem ser um transtorno para o Outro, como bem situa Freud em *Mal-Estar na Civilização* de 1929. Se seguirmos Freud, o problema é sempre situar aí uma resposta que impeça uma interrogação do sujeito. Desse modo, ele retornará cada vez mais com perturbações ao Outro, com seus sintomas, com suas alucinações e com seus delírios.

No caso da psiquiatria biológica, temos aí a foraclusão do sujeito pela

proposição de sua causa biológica. O sujeito retorna então sob a forma do que escapa à programação, como diria Eric Laurent (2006). Por outro lado, afirmar a castração e a sexualidade infantil como causa implica outra direção dessa estabelecida pela psiquiatria biológica: em vez de colocar um saber imaginizado no lugar da causa que pretende ficar o sujeito em uma posição, a psicanálise situará aí um real em torno do qual o sujeito irá tecer a sua maneira peculiar de lidar com o Outro.

Como já dissemos, o expurgo infligido à psicanálise envolve questões como o fechamento do debate etiológico e discursivo sobre os sinais e sintomas do sofrimento psíquico e que a utilização do termo psicose diz apenas de um agrupamento de sintomas, e não uma análise e compreensão sobre a estrutura da psicose. Então, cabe aqui a discussão acerca de nossa última hipótese. Por que transtorno poderia incluir as duas maneiras diferenciais de apresentação do sofrimento psíquico (neurose e psicose) e com qual finalidade?

O termo transtorno é hoje utilizado em todas as classificações psiquiátricas, é o conceito que visa a unificar o campo da psicopatologia biológica e foi escolhido, de certa forma, para evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos como doença. Ao menos essa é uma das justificativas para o uso do termo transtorno no DSM-IV-TR. Mas a questão que fica é qual seria a inconveniência. Insistamos: utilizar o termo doença é, necessariamente, se valer da determinação causal. Inconveniência, então, para os princípios adotados, e não para o debate clássico da psicopatologia.

Curiosamente, tanto na CID-10 quanto no DSM-IV-TR, encontramos que o termo transtorno não é um termo exato. Estranha afirmação para quem acusa as definições teóricas de pouco objetivas e não-científicas. De modo que podemos redobrar a questão: por que, então, o uso de um termo que não é exato para determinar o que é um diagnóstico no campo do sofrimento psíquico? O DSM-IV-TR, por sua vez, questiona não somente o termo transtorno, mas também a expressão transtorno mental. Faz isso em função de que não poderiam determinar a exata causa (“há muito de mental no físico e vice-versa”), tornando o termo transtorno simplesmente um agrupamento pragmático que não tem nenhuma preocupação com a

etiologia, determinado apenas pela presença de sintomas (comportamento) desviantes do comportamento dito normal. Transtorno, assim, aponta para a essência da ideologia classificatória, claramente presente nos manuais diagnósticos, a de antes de tudo ser um “compromisso prático”.

Utilizando-se desse conceito, o DSM-IV-TR e a CID-10 determinam, em sua introdução, transtorno como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem no indivíduo e estão associados a sofrimento (sintoma doloroso), ou à incapacitação (prejuízo em uma ou mais tarefas importantes do funcionamento), ou a um risco significativo aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve constituir meramente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de determinado evento; por exemplo, a morte de um ente querido. Conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível, associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.

A palavra foi escolhida com um intuito claro de ser uma prática científica, descrevendo sinais e sintomas observáveis e deixando de lado dois aspectos: o primeiro, ignorando o mal-estar no subjetivo. Desse modo, o conceito de transtorno tende a afastar por completo toda e qualquer explicação psicológica, pedagógica ou sociológica desse mal-estar, em sua busca por cientificidade. Tais explicações são consideradas como equívocos por não se pautarem apenas pela dimensão observável dos transtornos. O conceito, num segundo aspecto, aponta para uma nosografia que privilegia a descrição empírica das categorias catalogadas e de um abandono total da divisão clássica entre psíquico e orgânico, antes presente na psiquiatria.

Próprio termo ‘transtorno’, tradução para a língua portuguesa do original inglês ‘*disorder*’, já expressa um esforço de ‘descontaminação’ da linguagem nosográfica de suas tradicionais raízes médicas. Era necessário constituir um sistema idealmente ‘ateórico’, não submetido aos pressupostos de qualquer uma das inúmeras disciplinas concorrentes no campo da psicopatologia. Retornava-se ao esforço de Kraepelin por fundar clinicamente os conhecimentos sobre o padecer mental, através da criação de uma nosografia rigorosa e objetiva (Pereira, 1999).

Com a adoção desse termo, a psiquiatria ignora sua grande dificuldade:

determinar a natureza do sofrimento psíquico por ela entendida como transtornos mentais. A tentativa de criar uma delimitação clara entre o normal e o patológico levou a uma larga especificação das categorias diagnósticas. É fácil notar que da forma como os transtornos estão dispostos nos manuais e com método estatístico de diagnóstico muitos dos acontecimentos cotidianos são passíveis de serem registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. Além disso, o amplo uso dos manuais por diversos profissionais da saúde permitiu com facilidade a ampliação da medicação dos pacientes.

A constituição de uma espécie de *esperanto psicopatológico*, unificando pragmaticamente os objetos de pesquisa, pode apenas enfraquecer o conjunto das ciências, sobretudo se o que se pretende é fundar o campo comum entre elas sobre critérios exclusivamente empíricos, apesar das especificidades de seus objetos formais (Pereira, 2010);

Vemos hoje uma abordagem operacional do sofrimento psíquico, em que ele é codificado em termos de uma classificação própria ao discurso médico que passou a ordenar a relação entre o sujeito, seu mal-estar e sua subjetividade. Para manter esse discurso, as dimensões próprias, pertencentes ao sujeito, vêm sendo tratadas como meras abstrações psicanalíticas sem fundamento. No fundo, é disso que se trata nesses manuais psiquiátricos, de abandonar toda a discussão psicopatológica, toda a história da psicopatologia, em prol de um acordo pragmático inserido no discurso médico-científico e universal-contemporâneo. Desse modo, de acordo com Calazans e Martins (2007), a noção de transtorno não deixa de se reportar a três características:

1. O transtorno é uma perturbação da ordem a ser seguida;
2. Se há uma ordem a ser seguida, há a necessidade de adaptar-se a essa ordem;
3. O transtornado é alguém que sofre de um *déficit* de competências em relação aos outros sujeitos que se adaptaram a essa ordem (p. 142).

Em suma, se lembrarmos que a psicopatologia não constitui em si uma disciplina médica e que o enfoque no discurso médico implica apenas um recorte particular do campo psicopatológico, podemos ver que a noção de transtorno visa mais do que evitar o debate etiológico: ela visa a estabelecer uma ordem no campo do psíquico. Uma ordem, na qual todo e qualquer questionamento, ou todo e qualquer mal-estar seja considerado um

transtorno a ser corrigido. Em suma, a noção de transtorno, ao contrário da noção que o par neurose e psicose aponta, é uma noção que evita que o sujeito possa produzir um saber sobre seu sofrimento. Fica claro que transformar o par diagnóstico em transtorno é também evitar as teorias – a psicanálise em especial – que dão lugar ao mal-estar que não seja nem o de uma doença, nem o de uma alteração da ordem que deva ser restaurada. Ela não deixa de ter ressonâncias discursivas e políticas.

Assim, para a psiquiatria atual, não existe mais neurose. O que existe são transtornos a serem descritos e tratados assim como qualquer outro transtorno. Para os profissionais de saúde, guiados por esses manuais, o importante é diagnosticar e curar. Os diagnósticos, feitos em cima da “teoria dos transtornos”, têm então um único direcionamento: a medicalização do psíquico.

A extrema banalização do diagnóstico psiquiátrico, se por um lado contribui para diminuir o estigma associado à doença mental, favorece ao mesmo tempo e na mesma proporção uma penetração intensa da psiquiatria e de sua lógica no dia a dia das pessoas (Russo e Venâncio, 2006, p. 475).

A psicanálise, desse modo, se torna um obstáculo a essa empreitada nosográfica, iniciada pela psiquiatria moderna. A psicanálise aponta para a noção de que a psicopatologia é da ordem do sujeito, seja ele considerado normal ou não, tal como demonstrado por Freud em *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901/1996). O método psicanalítico possibilitou descobrir a íntima relação entre produtos patológicos e processos psíquicos da vida normal (sonho, lapsos, chistes), de modo que ambos possam ser considerados como produtos do sujeito, sendo que alguns trazem sofrimento, tal como o sintoma freudiano. Portanto, aqui se anseia não a compreensão e tratamento do sujeito que padece, mas, principalmente, lidar com o mal-estar que a vida na civilização impõe a todos, e não introduzir uma ordem que exclui todos que divergem dela, tal como está implícito na noção de transtorno.

Podemos, então, concluir que os manuais estatísticos e descritivos, longe de serem somente um esforço de objetividade, eles são, antes de tudo, um libelo a favor de uma determinada ética: a afirmação do que Lacan chamou

de discurso do capitalista, em que todos devem se submeter a uma ordem de produção. Quem não se submete a essa ordem, pode ser considerado um transtorno. No desejo de sustentar essa ordem, ignoram o sentido do problema do sofrimento psíquico, o dia a dia da clínica e os procedimentos de diagnóstico clássico. Ignoram deliberadamente, e o surgimento cada vez maior de novos transtornos demonstra que o sujeito, de um modo ou de outro, responde a essa operação de fechar a porta ao sujeito. E uma das maneiras de fechar essa porta é ignorar a história da psicopatologia, evitar o debate em torno da etiologia e, principalmente, deixar de lado o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose tal como é sustentado pela psicanálise. É por essa razão que afirmamos que um dos objetivos desses manuais é tão somente calar todo e qualquer discurso que pretenda dar lugar ao sujeito, principalmente a psicanálise.

## Referências

Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.

American Psychiatric Association. (2004). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. Porto Alegre: ARTMED.

Bachelard, G. (1996). *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.

Blanché, R. (1976). *A epistemologia*. (4a ed.). Lisboa: Presença.

Calazans, R. & Martins, C. R. (2007). Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. *Estilos clínica*, 12(22), 142-157. Recuperado em: 20 julho, 2013, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282007000100009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282007000100009&script=sci_arttext)

Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(4), 611-626. Recuperado em: 15 outubro, 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000400003&script=sci_arttext)

Freud, S. (1996). A interpretação de sonhos. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. V, pp. 361-751). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).

Freud, S. (1996). Sobre a Psicopatologia da vida cotidiana. In S. Freud. *Edição*

*Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII, pp. 13-107). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1901).

Freud, S. (1996). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas* (Vol. IX, pp. 185-208). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1908).

Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 81-110). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

Freud, S. (1996). Neurose e Psicose. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX, pp. 189-198). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1924).

Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 81-178). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1929).

Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicado em 1964).

Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1953).

Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1957).

Lacan, J. (1998). Ciência e verdade. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 869-892). Rio de

Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1965).

Laurent, E. (2006). *Lost in cognition*. Buenos Aires: Colécion Diva.

Lopes, J. L. (2001). A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 28-33.

Maleval, J. C. (2007). A la recherche du concept du psychose. In J. C. Maleval. *Folies hystériques et psychoses dissociatives* (pp. 252-279). Paris: Payot.

Matos, E., Matos, T., & Matos, G. (2005) A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312-318.

Miller, J. A. (1998). Patologia da Ética. In J. A. Miller. *Lacan Elucidado* (pp. 329-389). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Milner, J. C. (2006). Capítulo I. In J. C. Milner & J. A. Miller. *Você quer mesmo ser avaliado?* São Paulo: Manole.

Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ons, S. (2010). Sobre el Orden Simbólico en el siglo XXI. *Virtualia*, 21. Recuperado em 23 fevereiro, 2013, de <http://virtualia.eol.org.ar/021/template.asp?Actualidad-del-lazo/Sobre-el-Orden-Simbolico-en-el-siglo-XXI.html>

Pereira, M. E. C. (1999). O DSM-IV e o Objeto da Psicopatologia: Um Estudo Crítico. In M. E. C. Pereira (Org.). *Psicanálise e Universidade/Temas Conexos* (pp. 87-102). Belo Horizonte: Passos.

Pereira, M. E. C. (2010). Cullen e a introdução do termo “neurose” na medicina. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (Impresso)*, 13, 128-134.

Russo, J. & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM- III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483.

## Neurosis and psychosis in ICD-10 and DSM-IV: what is ignored?

### Abstract

The aim of this paper is to demonstrate how the alleged abolition of differential diagnosis neurosis and psychosis in ICD-10 and DSM-IV-TR aims to take the scene not only etiological debate, but also psychoanalytic theory. To this end we will devote ourselves to an analysis of ICD-10 and DSM-IV-TR from the etiological and historical debate around the concepts of neurosis and psychosis. With this, we end up demonstrating the predilection of these manuals transtorno the term and how it aims to silence every manifestation of evil-being of the subject.

**Keywords:** Psychoanalysis, Neurosis, Psychosis, ICD-10, DSM-IV.

## Névrose et psychose CIM-10 et DSM-IV: ce que dissimule?

### Resumé

Le but de cet article est de montrer comment la suppression présumée de différentiel névrose et la psychose de diagnostic de la CIM-10 et DSM-IV-TR vise à prendre la scène non seulement le débat étiologique, mais aussi la théorie psychanalytique. À cette fin, nous allons nous consacrer à une analyse de la CIM-10 et DSM-IV-TR du débat étiologique et historique autour des concepts de la névrose et la psychose. Avec cela, nous retrouvons démontrant la prédilection de ces manuels transtorno le terme et comment il vise à faire taire toute manifestation de mal-être du sujet.

**Mots-clés:** Psychanalyse, la névrose, la psychose, CIM-10, DSM-IV.

## Neurosis y psicosis de la CIE-10 y DSM-IV: lo que se ignora?

### Resumén

El objetivo de este trabajo es demostrar cómo la presunta supresión de diagnóstico diferencial de la neurosis y la psicosis en la CIE-10 y DSM-IV-TR pretende tomar el lugar no sólo debate etiológico, sino también la teoría psicoanalítica. Para ello vamos a dedicarnos a un análisis de la CIE-10 y DSM-IV-TR del debate etiológico e históricas en torno a los conceptos de neurosis y psicosis. Con esto terminamos demostrando la predilección de estos manuales por el termo trasntorno y su objetivo en que pretende silenciar todas las manifestaciones del mal-estar del sujeto.

**Palabras clave:** Psicoanálisis, la neurosis, la psicosis, CIE-10, DSM-IV.

Recebido/Received: 4.11.2013/4.11.2013

Aceito/Accepted: 19.11.2013/19.11.2013

### Marina Silveira de Resende

*Psicóloga formada pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Bolsista CAPES. (São João del-Rei, Minas Gerais, Br.) nina\_resende@hotmail.com*

### Roberto Calazans

*Professor do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista de Produtividade do CNPq, nível 2. (São João del-Rei, Minas Gerais, Br.) roberto.calazans@gmail.com*