

A GEOGRAFIA DE UM IMPASSE ENTRE PALAVRA E CORPO

Marcos Vinícius Brunhari

Doutor em Psicologia pela USP

Publicação

Catani, J. (2015). *Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo, SP: Zagodoni.

RESENHA

No livro "Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento" (2015), a autora Júlia Catani delinea como objetivo a descrição e análise da terminologia psiquiátrica de Transtornos Somatoformes e as incidências e heranças desta no campo da psicanálise, especificamente sobre a conceituação freudiana de histeria. A delimitação do objetivo do trabalho remete à precisão acadêmica que oferece ao mesmo um caráter de refinamento de pesquisa e de afinco conceitual. Isto permite que se vislumbre uma estrutura em que se conjugam duas vertentes: uma primeira em que a proposta adquire uma face histórica na medida em que recorre às matrizes de estudos psiquiátricos e os desdobramentos da sistematização diagnóstica em torno dos Transtornos Somatoformes e do sofrimento que no corpo toma forma; e uma segunda vertente que oferece ao estudo coordenadas geográficas ao serem apontados os limites e as fronteiras que existem entre a conceituação dos primeiros escritos freudianos e os catálogos da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

O resgate histórico empreendido pela autora recai sobre a expectativa da comunidade médica por uma linguagem comum que objetiva conhecimentos e interlocução profissional em torno do diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças. É por via dessa vertente que a face histórica da nomenclatura de Transtornos Somatoformes é retomada não sem dificuldades, pois os manuais classificatórios tendem a um progresso que torna inutilizável o que o precede. Diante deste movimento de progresso a-histórico, a pesquisa aponta para outro sentido. Não se trata de uma oposição ao progresso, mas sim do esquadramento histórico em que podem ser evidenciados impasses que perduram e que atingem a clínica que fundamenta o trabalho da pesquisadora.

O resgate histórico da CID e do DSM exige uma revisão tanto do que respalda cientificamente, a partir do século XIX, o diagnóstico psiquiátrico, como também de seu delineamento. A égide classificatória emerge neste período

histórico e cultural com a finalidade de aparelhar e determinar um diagnóstico, oferecendo para tanto subsídios clínicos e conceituais. A descrição sintomatológica e coleta de dados fundamentam práticas clínicas que, neste trabalho, são diferenciadas de acordo com a finalidade do instrumento. Assim, enquanto a CID edifica um sistema de enumeração de patologias em geral com ênfase na classificação, o DSM tem como alvo o diagnóstico e a discriminação de entidades clínicas e a demonstração da prevalência de cada uma destas.

A organização do que atualmente constitui a CID é atribuída originalmente ao esforço europeu pela nomenclatura e classificação das causas de morte durante o término do século XIX. Mesmo que em um primeiro momento esta classificação fosse restrita a uma determinada região e que se referisse apenas às *causas mortis*, uma alusão ao que mais adiante será definido como Transtornos Somatoformes já era observável enquanto alienação mental e paralisia sem causa indicada. Somente com o aporte e crivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que uma classificação internacional de doenças contará com uma sexta edição, em 1950, orientada por uma comissão composta por especialistas responsável pela revisão dos trabalhos. Esta sexta edição passa a incluir, além das *causas mortis*, informações que tangem as morbidades. Com esta ampliação, a CID-6 passa a incluir um capítulo sobre "Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade" (p.84) que contém como subcategoria, dentre outras, "Reação histérica sem menção de ansiedade e Psiconeuroses com sintomas somáticos (reação de somatização) afetando o aparelho circulatório, digestivo e afetando outros aparelhos" (pp. 84-85).

Alterações substanciais ganham força a partir da CID-8, publicada em 1965, que tem na categoria Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade diferenciações consideráveis. Por exemplo, é incluída a categoria "Neuroses" (p.90) com a subcategoria "Neurose Histeria" (p.90). Desta categoria estão excluídas as doenças de ordem somática e, conseqüentemente, na subcategoria contam apenas as manifestações históricas e reações de dissociação, sendo suprimidas, por exemplo, as conversões; em outra categoria, "Transtornos de Personalidade" (p.91), também são excluídas doenças somáticas e consta como subcategoria a "Personalidade histérica" (p.91) composta pelas personalidades histriônica e instável; já na categoria "Transtornos somáticos de origem psíquica presumível" (p.91) elencam-se as manifestações somáticas por subcategorias diferenciadas pelos sistemas ou conjuntos orgânicos.

Na CID-9, publicada em 1975, a categoria de Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade passa a ser nomeada "Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais não Psicóticos" (p.94). Nesta categoria consta o item "Histeria" (p.94), contendo fenômenos de dissociação e de conversão; ainda nesta categoria há o item "Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais" (p.95) que inclui

manifestações sintomáticas orgânicas que possuem, segundo critérios determinados, uma origem psíquica.

Será na edição de 1993, a CID-10, que o termo Histeria deixará de ser empregado enquanto item e dará lugar aos "Transtornos dissociativos" (p.98) e aos "Transtornos Somatoformes" (p.99). Enquanto os primeiros incluem todos os fenômenos anteriormente nomeados como histeria de conversão, os Transtornos Somatoformes remontam à presença de sintomas físicos não associados pelo paciente a causas psíquicas e eventos angustiantes e, também, se caracterizam por um apelo ao profissional médico por intervenções e tentativas de convencimento a respeito do sofrimento e de obtenção de exames consecutivos.

Ainda sob a égide da vertente histórica que orienta a leitura da pesquisa de Júlia Catani, é preciso percorrer os meandros do desenrolar do termo Transtornos Somatoformes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Este manual norte americano se orienta pelas necessidades culturais que, em meados do século XX, leva os psiquiatras a concordarem com a imprescindibilidade de uma nomenclatura de bases estatísticas para fundamentar a prática do diagnóstico. Na primeira edição, de 1952, consta uma categoria nomeada "Transtornos Psicossomáticos" (p.109) na qual está inserido o item "Transtornos Psicofisiológicos Autônomos e Viscerais" (p.110) que se refere às reações decorrentes de um excesso emocional e que se expressa por uma via fisiológica. Já a segunda edição do DSM, de 1968, contou com o apoio da Organização Mundial de Saúde e traz em seu arcabouço um tópico sobre as "Neuroses" (p.113), embora refira a Histeria apenas como adjetivo. É assim que são elencadas as "Neuroses histéricas" (p.114) com suas subcategorias de "Neurose histérica tipo conversão" (p.114) e "Neurose histérica dissociativa" (p.114). Também é importante indicar que a categoria dedicada às reações fisiológicas de causalidade psíquica passa a ser nomeada como "Transtornos psicofisiológicos (distúrbios físicos de possível origem psicogênica" (p.115) e o que antes eram reações, tornam-se transtornos.

A edição DSM-III, de 1980, tem fundamentação atórica com a finalidade de estabelecer uma perspectiva global em que um transtorno é ponto central do tratamento e da atenção profissional. A proposta de um sistema multiaxial é basal para o diagnóstico e para o planejamento da conduta de tratamento. É nesta edição que a nomenclatura "Transtornos Somatoformes" (p.117) é empregada. Esta nomenclatura reúne os sintomas físicos que sugerem alterações fisiopatológicas. Mesmo que não existam causas fisiológicas passíveis de demonstração, as disfunções psíquicas extrapolam o que pode ser circunscrito à intencionalidade ou à simulação.

Certos ajustes pontuais são estabelecidos, em 1987, na edição revisada DSM-III-R. Mas será em 1994, com o DSM-IV, que a categoria de Transtornos Somatoformes terá acréscimos e maior precisão. A saber, este diagnóstico abarca os sintomas físicos que podem surgir de uma condição médica mesmo

que esta não possa ser compreendida e importantes prejuízos sociais e ocupacionais devem ser considerados. Este diagnóstico apenas pode ser realizado na medida em que exclui outros.

Alguns afinamentos serão realizados, no ano 2000, com o DSM-IV-R com o objetivo de melhor apurar o diagnóstico de Transtornos Somatoformes. Será em 2013, como o DSM-V, que a categoria de Transtornos Somatoformes será ajustada para "Sintomas somáticos e Transtornos relacionados" (p.136) em razão da crítica à fragilidade do diagnóstico realizado sobre critérios negativos e também diante da pertinência deste diagnóstico em serviços de atendimento primário.

Esta varredura histórica empreendida pela autora tanto com a CID como com o DSM coloca em evidência a distinção das finalidades e a presença significativa da Organização Mundial da Saúde em uma possível aproximação entre ambos quando uma explicação similar à do DSM-III é utilizada para a definição de Transtornos Somatoformes na CID-10. Sobre as distinções entre ambos, afirma Catani (2015):

Destacam-se quatro diferenças significativas para se estabelecer o diagnóstico de transtornos somatoformes – e isto merece ser assinalado. No que se refere, por exemplo, à CID-10, na categoria de Transtornos Somatoformes (F.45): a) não estão contemplados os transtornos conversivos, tal como pode ser verificado no DSM-IV-R. Na CID, esta seção de transtorno conversivo pertence ao diagnóstico transtornos dissociativos (de conversão); b) não há menção ao transtorno dismórfico corporal, como no DSM; c) há a descrição do transtorno somatoforme neurovegetativo, que implica diversas alterações somáticas relacionadas aos órgãos inervados pelo sistema nervoso periférico; d) a característica essencial dos Transtornos Somatoformes é a presença repetida de sintomas físicos com uma busca incessante de assistência médica. Há também – na CID-10 – a menção de que estes pacientes não possuem insight (p.144).

Com esta afirmação a autora marca uma importante característica de sua pesquisa ao frisar que as nomenclaturas que buscam circunscrever em um quadro o que se configura como Transtorno Somatoforme são insuficientes e inacabadas. Essa vertente histórica da pesquisa demonstra o anseio pela quantificação e classificação desse sofrimento que ressoa sobre o corpo. Anseio que pode ter implicações na clínica quando se sobrepõe à escuta. Ao não reduzir o sofrimento específico destes casos aos critérios quantitativos e ao demonstrar não se encontram acabados, a autora lança mão de uma geografia.

A vertente geográfica que pinçamos no livro de Júlia Catani indica os limites que o percurso histórico demonstra. Nessas fronteiras é que são retomados os primeiros trabalhos de Freud dedicados à histeria e ao que não pode ser elaborado por palavras mostrando-se, assim, sobre o corpo. Em relação a isto, ao se referir à distinção entre as paralisias orgânicas e históricas Freud (1893 [1888-1893]/1996) propõe:

Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta (p.212).

A histeria é o palco para uma não conjunção entre a palavra, a representação, e o corpo. Esta não equivalência tem implicações na clínica psicanalítica e é também um marco da descoberta freudiana na medida em que é na decalagem que opera o inconsciente.

O processo histórico em que se desenrola uma decomposição da histeria em sintomas de natureza física, reunidos como Transtornos Somatoformes, e em quadros remetidos originariamente à organização psíquica, nomeados como fenômenos dissociativos, tem no século XX o ápice de um apagamento da própria histeria. É no epicentro desse processo que a pesquisadora fundamenta sua posição em prol da clínica e eleva como indispensável um retorno à descoberta freudiana - ao inconsciente.

A busca pela nomeação do sofrimento que subjuga o corpo atravessa o arcabouço dos esforços pelo refinamento da nomenclatura diagnóstica e se espalha na clínica em forma de um apelo. Embora os esforços e resultados sejam notórios no campo psiquiátrico, é a psicanálise que se volta ao sofrimento com a possibilidade de uma escuta. Este é o eixo do que chamamos de uma vertente geográfica na medida em que um diálogo pode ser vislumbrado nos limites tanto dos campos do saber quanto nos da palavra. Esta vertente é que permite à autora questionar a sobreposição entre Transtornos Somatoformes e histeria. Após um percurso de pesquisa, torna-se possível indicar algumas coincidências, todavia uma distinção se sobressai nos meandros de uma clínica em que um convite à palavra é a partida de uma engrenagem que funciona em torno de um inominável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Catani, J. (2015). *Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da psicanálise e da psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo, SP: Editora Zagodoni.
- Freud, S. (1996). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 1, pp. 199-216). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1893).

Sobre o autor

Marcos Vinícius Brunhari é psicanalista, mestre em Psicologia pela UFPR e doutor em Psicologia pela USP. Atua na área de psicanálise e psicologia clínica. E-mail: mvb_marcos@yahoo.com.br

Recebido em: 23/03/2016

Aceito em: 29/04/2016