

## **SUBJETIVAÇÕES E GESTÃO DOS RISCOS NA ATUALIDADE: REFLEXÕES A PARTIR DO DSM-5**

**Entrevista com Christian Dunker\***

### **1. Comparando a quinta versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* com as precedentes, que continuidades e descontinuidades ela engendra na razão diagnóstica que lhe é constitutiva?**

O DSM-5 dá continuidade à descaracterização dos grandes quadros e à fragmentação de unidades sintomáticas cada vez menores. A combinação entre alguns poucos signos genéricos com sua ocorrência temporalmente tipificada, tal como dois episódios nos últimos três anos, três episódios nos últimos seis meses. Por outro lado, se torna mais clara a inversão entre quadros cujos diagnósticos se aplicam prioritária ou exclusivamente à infância e quadros que compreendem majoritariamente adultos. Enquanto os primeiros se concentram cada vez mais no Transtorno do Espectro Autístico, que agora inclui e dissolve a síndrome de Asperger, bem como exclui a psicose na criança, os quadros em adultos se tornam cada vez mais extensos e imprecisos. Um estudo holandês mostrou que a confiabilidade (*reliability*) das categorias hoje usadas pelo DSM-5 encontra-se em níveis menores do que os estabelecidos nas primeiras edições do Manual. Convém lembrar que o grande argumento para a introdução de um código específico a ser usado pelo sistema de saúde mental americano, redigido pela APA (American Psychiatric Association), é de que precisaríamos de categorias que fossem mais confiáveis e consensuais, ou seja, diferentes psiquiatras de distintas orientações teóricas ou clínicas deveriam ser capazes de olhar para o mesmo paciente e chegar ao mesmo diagnóstico. Isso dependeria de um “corte” mais restrito e de uma objetivação mais clara dos sintomas, traços e sinais. Ora, isso depende de certos pisos ou patamares estatisticamente verificáveis cujas

---

\*Psicanalista. Professor titular do Instituto de Psicologia da USP. Coordena, ao lado de Vladimir Safatle e Nelson da Silva Jr., o Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da Universidade de São Paulo – LATESFIP/USP.

força e precisão são estabelecidos por convenção. Se queremos categorias de alta precisão devemos elevar os patamares de confiabilidade, e assim se fez nos primeiros anos do DSM. No entanto, com o seu triunfo como código de referência para saúde mental, e com seu emparceiramento crescente com a classificação geral de doenças produzida pela Organização Mundial de Saúde (Classificação Internacional de Doenças – CID), os patamares de confiabilidade, inclusive para a inclusão de novos transtornos, foram sendo reduzidos. Isso reflete uma política “ampliacionista”, que redundava em uma inclusão indiscriminada de pessoas no campo da doença mental. Ora, é claro que os subsídios para tratamento e prevenção não acompanham tal incremento expansivo da razão diagnóstica. É muito provável que este movimento tenha favorecido as “epidemias” de depressão, de déficit de atenção com hiperatividade e de diagnóstico de autismo. De tal forma que o que se produz é uma espécie de aplicação contingente, socialmente discriminada, por meio da qual os que podem ter acesso à medicação, e podem pagar por ela encontram caminho livre para a prática da dopagem autocontrolada, ou para a alquimia pessoal em nome da lei universal da bioquímica mental.

**2. Como você avalia a recepção do DSM-5 no campo *psi*? Quais tensões e solidariedades compõem esse campo de forças nessa conjuntura? Há remanejamentos nas alianças e disputas internas ao campo?**

Parece que finalmente acordamos de nosso sono dogmático pelo qual agíamos como se os diagnósticos psiquiátricos não nos atingissem ou não nos dissessem respeito. Quero crer que havia certas conveniências e facilidades produzidas para os psicólogos com o incremento da cultura não só da medicalização generalizada, mas da universalização incauta da doença mental. Hoje há diversos movimentos, presentes no debate público, que permitem relativizar a soberania dos diagnósticos feitos às avessas, ou seja, administração indiscriminada de medicação por não especialistas, até que uma delas “equilibra” o sofrimento, ou consegue produzir uma hermenêutica consistente capaz de convencer os pais da

criança de que suas dificuldades têm um nome. O movimento dos psicanalistas contra a descriminalização de formas de tratamento de autismo foi bem-sucedido e hoje há uma consciência mais clara de que a abordagem múltipla, ponderada com as escolhas do usuário, é a mais interessante, ética e clinicamente. Os discursos de desqualificação científica das psicoterapias em geral vêm sendo abalados pela dificuldade de criar uma terapêutica exclusivamente baseada e decorrente dos “novos achados em neurociências”. No âmbito dos movimentos de saúde mental, herdeiros da luta antimanicomial, também há uma espécie de refluxo. Ao que tudo indica o discurso anticlínico, de recusa da ideia de tratamento ou de sua substituição pela integração social, se apercebeu de que estavam sendo involuntariamente coniventes com a política geral do Estado pela qual se desativava o sistema tradicional não porque ele daria margem a novas formas de tratamento, melhores e mais cidadãs, mas porque elas seriam mais baratas. Pensando de modo muito neoliberal, a transferência dos Capes em São Paulo para associações cooperativas ou similares, produzindo um modelo que isola ou distancia a gestão, que diminui o dinheiro, e os pacientes e trabalhadores em saúde mental, criou uma espécie de “torneira inconsequente”. O Estado diz: “vocês querem usar outros tratamentos, mais caros que a medicalização ostensiva de baixa qualidade? Sintam-se livres para agir em nome da “causa”, não seremos contra nenhuma forma de tratamento, porque nós aqui vamos pagar apenas uma ou duas consultas por mês (mesmo que o paciente esteja em crise).” É possível que os que trabalham com saúde pública estejam se redividindo, agora de forma mais clara e consciente, entre os partidários da “gestão da saúde mental” e os interessados no “tratamento de pessoas que sofrem”. Isso cria uma reaproximação não só da psicanálise, mas de todos os aportes clínicos, e seus programas de formação, em saúde mental. O próximo passo, nesta marcha mercantil da saúde, talvez seja operar como hoje temos no campo da cultura, ou seja, por projetos, que seriam apoiados por leis de incentivo fiscais, assumindo de vez a condominização da saúde mental. Outro problema ao qual tem se dado pouca atenção é o lado da psiquiatria esta nova forma de administração do sofrimento mental, tipo “*drive trough*”, tem contribuído muito para a proletarização

da profissão. Com exceção dos profissionais de grife, que em geral são os maiores defensores deste sistema, está havendo um lento processo de transformação do psiquiatra em um técnico – “O Químico” –, como brincam alguns de meus pacientes que frequentam psiquiatras. A impossibilidade de falar com o paciente, premida pelo trabalho de criar “números” e “rodar fichas” de atendimento tem empobrecido a prática psiquiátrica e tornado sua experiência menos gratificante, em função destas condições laborais.

### **3. Quais críticas ao DSM-5 você destacaria como mais relevantes? Você poderia comentá-las?**

A primeira crítica, e mais devastadora, porque vem de dentro do “sistema”, foi feita pelo Instituto de Saúde Mental Americano, entidade que subvenciona pesquisas na área de saúde mental e que suspendeu recursos para investigação baseada no DSM porque ele não apresenta os marcadores biológicos que supostamente deveria apresentar. De fato, este é um acontecimento de grandes proporções porque derruba a suposição tácita, até então reinante, de que os quadros descritos no DSM possuiriam uma dignidade clínica maior do que as descrições tradicionais na história da psicopatologia. Esta dignidade viria justamente de sua fundamentação neurocientífica, que nos daria critérios de descrição que remeteriam a processos biológicos verificáveis. Esta promessa, amplamente divulgada, retoricamente multiplicada e politicamente reverberada, mostrou-se o que é, ou seja, uma promessa. Apesar das boas ilações e inúmeras hipóteses, que em todo caso a psicanálise e os demais modelos de mente e de tratamento também estão em condições de apresentar, nenhum marcador biológico consistente foi encontrado para as doenças mentais. Ou seja, os avanços notáveis da neurociência, que ademais remam também a favor de quase todas as áreas da psicologia, não permitiram que se descrevesse, com precisão e previsibilidade, um único processo que vai do gene ao comportamento e do comportamento ao transtorno, com fidedignidade e constância. Isso ocorre até mesmo para a esquizofrenia, cuja causa genética é anunciada a mais de uma década e que

provavelmente será obtida em algum momento. Mas a antecipação das provas e razões fez muito mal ao debate. Ele deflacionou o papel de outros determinantes, desqualificou formas de tratamento, ignorou constâncias históricas em psicopatologia e regras elementares da pesquisa médica. Isso só podia ocasionar um efeito de decepção que agora custará caro reverter. O sonho de que a psiquiatria se tornaria parte da neurologia não está tão próximo assim, a descoberta de sintomas patognomônicos ainda está longe de acontecer, a transformação dos “transtornos mentais” em verdadeiras doenças com início característico, curso regular e desenlace previsível ainda não se fez. Lembremos que Kraepelin, um dos fundadores da psiquiatria moderna, grande fonte de inspiração para o DSM, afirmava que não existiam sintomas patognomônicos em psiquiatria, ou seja, sintomas que por si só caracterizariam uma doença de modo distintivo e exclusivo. O DSM contornou este problema inventando a noção de transtorno (*disorder*) e caracterizando a maior parte deles ao modo do antigo e preguiçoso conceito de síndrome. Digo preguiçoso porque uma síndrome corresponde a um conjunto de sinais e sintomas que podem ou não ocorrer em simultaneidade e força de expressão, sem que possamos ter bem delimitado a ordem ou a conexão lógico-clínica entre eles. Por exemplo, a depressão é uma síndrome porque nem todos os pacientes possuem dificuldades para dormir, ou comer, diminuição ou alteração da libido; nem todos manifestam dores corporais, nem todos mostram humor depressivo, e assim por diante. Isso nos exige de pensar porque este sinal veio antes e aquele depois, subsequentemente tornando irrelevante o curso clínico dos sintomas. Paradoxalmente, o DSM, que é visto como demasiadamente médico, é uma forma de pensar que é muito pouco médica, do sentido de muito pouco clínica. Ora, era exatamente esta a ideia da clínica psicanalítica, pensar que os sintomas se ligam logicamente em classes e ordens que possuem uma ligação entre si, por que todos eles estão referidos à vida do sujeito. Quando prescindimos da vida de alguém para pensar seus sintomas, ou a reduzimos a atividades elementares como comer, dormir, ou perder pessoas significativas, passar por momentos traumáticos etc., nos impedimos de pensar a lógica dos sintomas. Isso dificulta não só tratá-los, mas reconhecera

existência deles para além do funcionamento social deficitário. Em suma, Freud está morto e como tal voltou como fantasma para atormentar os pesadelos da tecnopsiquiatria. A verdadeira batalha não é entre psicanalistas e psiquiatras ou entre psicanalistas e cognitivos comportamentais, mas entre os que lidam com o sofrimento de sujeitos e os que administram o negócio do mal-estar.

#### **4. Que relações podemos traçar entre o DSM-5 e a gestão dos riscos na atualidade? Quais são as implicações desta tecnologia política para as experiências contemporâneas de subjetivação?**

O DSM-5 é um fruto necessário e congruente com a vida em forma de condomínio. E no centro sem nome desta forma de vida está a fuga e a defesa contra o risco e contra a indeterminação. São os muros que criam um paraíso artificial, feito de catracas, muros e síndicos. Uma das formas mais simples de interpretar o sofrimento psíquico é revesti-lo de medo. O medo de ficar louco, o medo de ser visto como louco, o medo de se descobrir vivendo com um louco. A loucura, em quase todas as suas formas, nos remete a este outro com o qual não conseguimos prever o comportamento, com quem não conseguimos compartilhar crenças, aquele que não goza como a gente. Por outro lado o capitalismo “à brasileira” descobriu que é um grande negócio produzir anomia e precariedade para vende segurança e funcionalidade. A vida em estado de exceção cria assim uma suscetibilidade extrema ao que sai da ordem, ao que não se adapta e não se conforma. Experiências produtivas de indeterminação, que sempre comportam o risco da proximidade do Real, tornam-se assim raras e politicamente perigosas. Tudo se passa como se “nada interessasse”, porque não tem consequência, porque a fala é livre e a manifestação é fácil. Mas não devemos nos meter com os condomínios – na escola, da empresa ou no hospital –, porque a lei no interior destes será aplicada sem negociação e a critério do síndico. Produz-se assim uma inversão com pouca mediação entre o que é de risco e está sob estrita vigilância e o que fica de fora e pode ser legado à barbárie.

## **5. Que lastro ético, político e epistemológico as distinções entre sintoma, mal-estar e sofrimento podem nos oferecer para uma crítica à razão diagnóstica da qual o DSM-5 é a formulação discursiva mais atual?**

Este é o tema de meu próximo livro a ser publicado pela editora Boitempo ainda este ano. É importante distinguir mal-estar, como experiência de mundo, capaz de captar sua incerteza, angústia e indeterminação, ainda que de forma fluida e indeterminada do sofrimento como articulação de demanda em forma de narrativa. Sem isso não conseguimos lidar com certo tipo de insatisfação que não encontra ainda uma nomeação perfeita, que não se codifica nos dispositivos de discurso e de prática encarregados de administrar insatisfações. Daí que o mais simples seja saturar uma nomeação para o mal-estar de forma a inscrevê-lo em uma narrativa. É o caso típico da “violência” como hipernomeação do mal-estar no Brasil de nossos dias. E uma vez unificada, delimitada como grande mal e causa maior, todas as formas indistintas de violência se tornam idênticas: entre gêneros, entre classes, entre polícia e manifestantes, entre quem tem a força e quem não tem a força de seu lado, entre quem pode falar e quem só pode obedecer. A partilha das narrativas de sofrimento é outro processo que comparece nessa política das insatisfações com o Real. Elas tendem a se concentrar em uma mesma demanda, uma mesma forma de objetualização em torno de um significante. Assim, o sofrimento estruturado em torno da violação de um pacto (social, moral, econômico ou psíquico) não se articula com o sofrimento decorrente da perda do sentimento de unidade, ou de deflação do espírito comum. E estes não se tensionam mais com a narrativa de um objeto intrusivo ou da perda da alma. Todas estas formas que condicionam nossa expressão do sofrimento são indexadas em variedades fixas e não articuláveis, o que torna mais difícil a produção de experiências verdadeiras de reconhecimento, bem como o reconhecimento da verdade em causa no sofrimento. Nada mais equívoco do que pensar que se a experiência da diferença, seja ela de gênero, de cultura, de etnia ou de classe envolve sofrimento, ela será despolitizada por isso. Isso só acontece para aqueles que ainda pensam que o sofrimento é um condomínio que pertence

a especialistas que o manipularão como as massas são manipuladas pela personalidade de seu líder. Não é nada disso. Precisamos nos aperceber que existe uma política dos sofrimentos, no qual os afetos não são elementos periféricos. Uma política que nos mostra e produz a cada momento quais as formas e imagens que o sofrimento deve adquirir para ser visto e reconhecido e quais as formas de sofrimento que devem permanecer invisíveis, caladas e indiferentes aos discursos, inclusive aos discursos de assistência oficial do Estado. O DSM-5, neste sentido, reflete uma política que é transformar toda forma de mal-estar em sofrimento e todo tipo de sofrimento em sintoma. Uma política que nos faz “sofrer” necessariamente na gramática do DSM, de modo cada vez mais homogêneo e uniforme. Uma política que naturalmente segrega quem pode praticar tratamentos, diagnósticos e curas, como recentemente vivemos de maneira aguda com a “quase aprovação” do projeto de lei que regulamentava o ato médico, privando outras áreas, como a psicologia, a fonoaudiologia, a nutrição e a enfermagem, de praticar, por exemplo, diagnósticos específicos. Independente da pertinência e da precariedade de um programa como o “Mais Médicos” ele serviu para mostrar o nível no qual as razões de saúde são tratadas no país. Mas se o mal-estar se estrutura em torno de nomeações, em falta ou em excesso, e o sofrimento se estrutura em narrativas, o sintoma, como o mostrou Jacques Lacan, se estrutura como uma metáfora. Sua ideia de *sinthome*, desenvolvida mais ao final de seu ensino, notadamente apoiada na noção de letra, permite que pensemos esta transversalidade ampliada do mal-estar ao sintoma como um sistema de montagem política, dependente de experiências de reconhecimento social e de articulação entre sintomas e modalidades de sofrimento. O real de um sintoma é o ponto no qual ele se comunica com o mal-estar, assim como o imaginário de um sintoma é o ponto no qual ele intersecta uma narrativa de sofrimento. Clínica é crítica social feita por outros meios, porque quando desarticulamos esta junção, algo da verdade se desloca. Argumento que boa clínica, para nossa época, implica escutar o sintoma, assim como suas articulações de sofrimento e de mal-estar.



Recebido em: 22/04/2014

Aprovado para publicação em: 30/05/2014