

Her Majesty, hysteria!

Luiz Eduardo de Vasconcelos Moreira

Resenha de Júlia Catani, *Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento*, São Paulo, Zagodoni, 2015, 224 p.

Luiz Eduardo de Vasconcelos Moreira é psicanalista. Doutorando em Psicologia Clínica, Mestre em Psicologia Social e Psicólogo pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Tudo poderia se passar como no conto de Borges, em que a arte da cartografia alcança tal perfeição que “o Mapa do Império tinha o Tamanho do Império e coincidia com ele ponto por ponto”¹⁵¹ e, por isso mesmo, fora julgado inútil pelas gerações mais novas. Ou naquela sua enciclopédia chinesa, em que os animais poderiam ser “(a) pertencentes ao Imperador (b) embalsamados (c) amestrados (d) leitões (e) sereias (f) fabulosos (g) cães vira-latas (h) os que estão incluídos nesta classificação [...]”¹⁵².

Poderia, mas não se passa: é isso que Júlia Catani nos mostra, de forma a uma só vez didática e eloquente, no livro que teve como origem sua dissertação de mestrado, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Senão, vejamos.

A autora toma para si, a partir de questões levantadas por e na sua prática clínica, um problema que pode parecer desavisadamente simples: qual a relação entre *histeria* e *transtornos somatoformes*? Ora, um conceito do campo psicanalítico e seu equivalente (análogo? homólogo?) do campo psiquiátrico, dois diagnósticos que diriam respeito a um mesmo fenômeno, nomeando-o cada um de acordo com seu próprio idioma. Tratar-se-ia, então, de compará-los, analisá-los e, por fim, comprovar que se trata da mesma coisa com nomes diferentes. Seria um trabalho de tradução, mesmo que com um pouco de traição, como manda o ditado. Não é isso.

Ou melhor: é, também, isso, mas não só. Em comparação, por metonímia, estão as racionalidades diagnósticas da psicanálise e da psiquiatria, esta nas suas versões CID-10 e DSM-V¹⁵³. Ao longo do texto, Catani, puxando o fio da meada, deixa claro: esse não é nem o começo nem o fim da questão. É preciso recuperar a história por trás dessas categorias clínicas, usadas até mesmo de forma automática para a direção do tratamento e o preenchimento de guias de reembolso do convênio médico. Eis aí um exemplo do problema da tradução: que código um psicanalista usaria para histeria, que não se encontra (mais) na lista disponível? Transtorno somatoforme ou transtorno de conversão?...

Só se pode avançar esta questão indo para trás, nos diz Catani, constatando que ela só pode ser formulada hoje porque o campo da psicopatologia passou por mudanças nada desprezíveis. Podemos dizer isso de outro modo: será que nos idos da virada do século XIX para o XX, com o surgimento da psicanálise na paisagem clínica e os esforços para a publicação da primeira edição da CID, essa questão se colocava? A ironia: essa primeira edição e a *Interpretação dos Sonhos* aparecem, ambas, em 1900!

Não se arrepende o leitor que se dispuser a acompanhar essa verdadeira epopeia conceitual, cujo início é marcado pela teoria dos humores, dos vapores, de um útero que se move pelo corpo e precisa “baixar”, por possessões demoníacas, por propostas de tratamento que passam por fazer sexo e gravidez. Júlia reconstrói as origens da histeria como diagnóstico, como nomeação – e, portanto, forma de

reconhecimento e legitimação – de um sofrimento, desde a Grécia antiga, algo que nos acompanha há tanto tempo quanto a filosofia, o drama, a política e a poesia gregas. Herdamos muito mais do que supomos.

A psicanálise, portanto, não cria um diagnóstico pura e simplesmente. Freud estava embrenhado nas discussões clínicas as mais avançadas de sua época, com Charcot e Janet. Discussões avançadas que burilavam, como dito, um tema antigo, mas sempre atual por conta do desafio que apresentava aos médicos. Esta espécie estranha, os psicanalistas, que teimaria em dar ouvido à histeria, não havia ainda chegado nem ocupado uma posição de destaque no debate.

Dos gregos aos psicanalistas, então, bem ao gosto de Freud, não se passa só a tragédia de Édipo. Tornada pedra angular de um novo campo de saber, de uma nova concepção de mente e de um novo método de cuidado e tratamento, a histeria fez tradição na psicanálise, não só sob a pena de Freud. Isso tudo está lá, no escrito de Catani, mas também na sua prática.

Resta entender, então, como se dá o casamento entre a psiquiatria inspirada pela psicanálise, dinâmica, e os grupos de trabalho que levam a cabo a tarefa de publicar uma classificação de doenças e transtornos mentais. Aprendemos que esforços desse tipo datam desde pelo menos o século XVII, com um comerciante londrino que ficará conhecido como um dos primeiros demógrafos: John Graunt. Essas classificações de doenças começam como listas de causas de morte, motivo pelas quais as doenças mentais não apareciam em suas primeiras versões: elas não matavam, eram morbidades. Mas sublinhemos: essas classificações diziam respeito a mortes, não à etiologia, à semiologia, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças. Não eram, em suma, clínicas, mas estatísticas, demográficas, epidemiológicas numa época em que nada disso estava muito bem constituído. Isso não será sem consequências, como bem sabemos. É uma lição de método: não se pode furtar a perguntar mesmo o óbvio.

As primeiras resistências da psiquiatria à psicanálise acabam dando lugar a um diálogo frutífero. Quando a CID passa por uma grande reformulação, em sua sexta edição, em 1948, e o primeiro DSM é publicado, em 1952, a psiquiatria falava em termos psicanalíticos: histeria, neurose, conversão histérica, psiconeurose... Termos esses que vão dando lugar a uma outra psiquiatria, uma outra racionalidade diagnóstica. O diálogo com a psicanálise é oficialmente rompido pela terceira edição do DSM, em 1980, justamente com o argumento de aumentar a precisão das categorias diagnósticas e do ato de diagnosticar e a clareza da comunicação entre aqueles que diagnosticam. Precisão, clareza: uma cada vez maior sucessão de tipos diagnósticos e sintomas que podem ou não estar presentes, mais ou menos frequentemente, tudo com o objetivo de que as doenças e transtornos sejam diagnosticados da mesma maneira por diferentes médicos – e em qualquer lugar. Uma língua científica para uma psiquiatria científica: zero ruído entre o referente e a coisa referida, zero ruído entre o emissor e o receptor. Mais um capítulo, se quisermos, da busca pela língua perfeita¹⁵⁴.

O mesmo vale entre a CID, uma iniciativa mais ou menos europeia, mais ou menos mundial, e o DSM, criado e atualizado por uma organização profissional estadunidense: não é à toa que são mínimas as divergências entre as categorias propostas por cada um deles. Há uma política de mútua inteligibilidade, como nos mostra Catani: não se trata apenas de objetividade científica ou neutralidade teórica, mas de um acordo explícito, com colaboração mútua nas sucessivas revisões e edições, rompido apenas com a publicação da quinta edição do DSM, em 2013. A psicanálise encontra-se, assim, na posição de terceiro excluído.

Não nos enganemos: não se trata apenas de “ateorismo” ou de não falar a mesma língua, mas da própria constituição de dois campos distintos, que porventura se aproximam e se recobrem, mas que não se confundem. É nessa linha tênue que Júlia caminha, tomando rumo próprio: em vez de entender a escolha de um campo como a necessária recusa do outro, num debate que prega apenas para os já convertidos a uma ou outra causa, a autora não perde a clareza de que o mais importante é acolher aquele que, em sofrimento, busca o cuidado de especialistas. É conhecido que a psicanálise possui críticas à concepção que norteia os

manuais e que essa concepção também é, por sua vez, crítica à psicanálise, mas a autora nos lembra de que é fato consumado que psiquiatras e psicanalistas trabalham lado a lado em serviços como o SOMA¹⁵⁵.

Um mínimo de entendimento se faz necessário, pois, sob risco de penalizar o paciente. Uma das lições que aprendemos é que esse entendimento será tão mais frutífero quanto mais reconhecermos nossas diferenças – e que esse reconhecimento será mais fácil se conhecermos a história por trás dos conceitos e da constituição de cada um dos campos. Este não é apenas um posicionamento político, mas também ético por parte da autora, tanto em relação a seus leitores quanto a seus pacientes. É uma tese de fundo, mas é uma tese forte.

A obra em questão se constitui como um guia generoso para com o leitor que embarcar na viagem proposta: recupera a conceituação de histeria em Freud para, em seguida, apresentar a constituição tanto da CID quanto do DSM, até chegarmos às versões mais atuais de cada um. Há uma questão lógica na ordem de encaminhamento da problemática: é só com o instrumento fornecido pela leitura de Freud e pelo contexto da publicação dos manuais que podemos acompanhar como a categoria clínica da histeria vai rareando e perdendo sua unidade, mas reaparecendo aqui e ali no cada vez mais presente transtorno somatoforme, por exemplo.

A generosidade é ainda mais importante nesta seara marcada pela barafunda: sem recorrer a argumentos de autoridade (afinal, sendo mestre, poderia fazê-lo), algo frequente no meio acadêmico, temos que as afirmações e conclusões são embasadas em citações, tabelas, quadros, gráficos. Ao leitor é permitido acompanhar o percurso trilhado pela autora desde a busca de material bibliográfico até suas conclusões, o que dá mostras do vigor de sua pesquisa: segura do lugar que a psicanálise encontra em meio a essas questões, não há por que temer o diálogo. Segura de haver encontrado interlocutores, não há por que não questionar esse lugar.

Chamemos a atenção do leitor para um último detalhe, bastante significativo: é certo que a estratégia adotada pela autora poderia ser replicada para tantas outras categorias diagnósticas: neurose em sentido amplo, psicose, hipocondria, mania... O trabalho, no entanto, se deu com a histeria. Não bastasse a mixórdia intrínseca à fronteira entre psicanálise e psiquiatria, o pivô do trabalho é essa categoria que desde sempre desafiou a clínica, qualquer que seja ela. Em tempos de uma psiquiatria voltada à medicação e à marcação genética dos transtornos mentais, apresenta-se aquilo que resta e resiste: não há remissão completa da histeria por meio de tratamento medicamentoso. Não há lesão anatômica a que possam corresponder os sintomas histéricos. Se não há lugar para eles, pode-se apagar o nome. Uma tentativa vã, mostra a autora, e um lugar continua sendo necessário: transtornos somatoformes. O corpo, portanto, pede passagem e palavra, e é preciso escutá-lo.
