

As artes adivinhatórias e a psiquiatria do futuro

Rogério da Silva Paes Henriques,* André Filipe dos Santos Leite

Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil

Resumo

Estuda-se a psiquiatria como “arte adivinhatória ou divinatória” engajada na previsão do futuro. Pretende-se assinalar o projeto biopolítico de gerenciamento da vida atrelado à psiquiatria contemporânea. Para tanto, analisa-se a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), em sua introdução da discussão da noção de risco, que estabelece ao campo psiquiátrico a prevenção primária como uma de suas metas principais. Isso reflete a reintrodução do eixo dimensional ao modelo categorial adotado pelo DSM, produzindo uma inflação diagnóstica, e denota o mal-estar da psiquiatria contemporânea frente aos seus alcances e limites.

Palavras-chave: DSM-5; risco; prevenção primária; biopolítica.

The divinatory arts and the psychiatry of the future

Abstract

Psychiatry is studied as “divinatory art” engaged in predicting the future. It is intended to mark the management of life as a biopolitical enterprise linked to contemporary psychiatry. Therefore, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5), edited by American Psychiatric Association (APA), is analyzed focusing the discussion about the notion of risk, establishing primary prevention a major goal of the psychiatric field. This reflects the reintroduction of dimensional axis into the categorial model adopted by DSM that produces a diagnostic inflation, and denotes the discontents of contemporary psychiatry front of their scope and limits.

Keywords: DSM-5; risk; primary prevention; biopolitics.

Notas preliminares sobre os presságios, prenúncios e predições

O futuro sempre foi alvo de visionariedade e curiosidade dos povos, e não é de agora que os sujeitos tentam prevê-lo. Se atualmente se sói conceber os sonhos pela psicanálise, via circuitos psíquicos – seja como formação do inconsciente substitutiva à realização de um desejo recalçado (FREUD, 1900/2013), seja como satisfação pulsional vinculada ao automatismo de repetição, para além do princípio do prazer (FREUD, 1920/2006) – ou, ainda, se sói concebê-los pelas neurociências, via circuitos cerebrais – como uma reação fisiológica típica do sono REM mediada pela diminuição da atividade aminérgica com persistência da atividade colinérgica, originando na região da ponte cerebral ondas elétricas que se propagam pelo corpo geniculado lateral do tálamo e ativam o córtex visual, produzindo assim, com base nos traços da memória visual armazenados, as imagens do sonho (HOBSON; MCCARLEY, 1977); outrora, os sonhos já foram predominantemente concebidos como crônicas de um futuro antecipado. Nesse sentido, é bem conhecida a narrativa bíblica acerca do faraó José que, no antigo Egito, salvou os egípcios de sete anos de fome e penúria, por intermédio da arte adivinhatória aplicada a seus próprios sonhos, tornados então premonitórios.

Com o advento da racionalidade científica moderna (aqui ilustrada pela ascensão da psicanálise e das neurociências contemporâneas), ocorreu uma espécie de “desencantamento dos sonhos”, que foram paulatinamente perdendo suas propriedades místicas e transcendentais

– sobretudo aquelas ligadas às artes adivinhatórias –, e foram ganhando propriedades materiais e imanentes, articuladas aos mecanismos psíquicos e cerebrais. Contudo, a antecipação do porvir sempre foi um tema insistente que afetou as culturas, incluindo a cultura ocidental contemporânea. Buscamos examinar o que insiste das artes adivinhatórias na ciência psiquiátrica contemporânea, a partir da análise das suas noções intrínsecas de “risco” e “susceptibilidade”. Pressupomos que a ciência moderna não superou o chamado “esoterismo” (FAIVRE, 1994), mas antes se lhe sobrepôs; trata-se menos de uma “ruptura”, no sentido que a escola francesa de epistemologia confere a essa expressão, e mais de uma sobreposição de ao menos duas camadas epistemológicas (esotérica e científica) que se interpenetram.

Freud (1930/2010, p. 31) assinala três fontes principais de mal-estar em nossa cultura: fragilidade de nosso corpo: dor e medo como sinais do perigo; mundo externo: prepotência da natureza; relações com outros seres humanos: insuficiência das normas de regulação dos vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade. As tecnociências vêm obtendo certa eficácia instrumental na gestão do mal-estar atrelado aos corpos individuais e às forças destrutivas da natureza,¹ enquanto isso, suas tentativas de regulação dos laços sociais e dos “bons encontros” entre as pessoas vêm fracassando de modo retumbante. Isso possui ressonância com o famoso aforismo do psicanalista Jacques Lacan, segundo o qual “não há relação sexual” (LACAN, 1971-1972/1997, p. 21); ou seja,

*Endereço para correspondência: Universidade Federal de Sergipe, Centro de Educação e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Cidade Universitária Prof. Aloísio de Campos, Av. Marechal Rondon, S/N - Jardim Rosa Elze, São Cristóvão, SE – Brasil. CEP: 49100000. E-mail: ruggerosph@gmail.com, andrefslite@yahoo.com.br

¹Na gestão dos corpos individuais, entra em jogo um procedimento disciplinar conhecido como “medicalização” (CONRAD, 2007) que incide sobre a “anatomopolítica do corpo humano” (FOUCAULT, 2001), esquadrihando-o, domesticando-o e o docilizando por intermédio do dispositivo médico-industrial. Já as forças destrutivas da natureza e as populações a elas adstritas entram em um cálculo do risco e de suas correlatas medidas de segurança “em defesa da sociedade”, atreladas a uma gestão tecnocrática das catástrofes naturais.

por mais que a biologia possa escrever a fórmula científica do encontro entre os gametas, não se pode escrever a fórmula da atração entre duas pessoas (muito embora, alguns cientistas atuais insistam que o hormônio ocitocina tenha aí uma função primordial, senão causal), até porque não há proporção entre os sexos que garanta a pretensa complementaridade entre eles – ao contrário do que acreditava Aristóteles com seu mito do amor, representado pelas duas metades complementares da esfera cindida. Como “não há relação sexual”, a clarividência vem tampor essa impossibilidade (estrutural) de uma regulação tecnocientífica dos vínculos entre as pessoas; nesse sentido, recorre-se às artes adivinatórias – cuja taxonomia varia desde as mais usuais às mais exóticas (SCOUÉZEC, 1984), a depender das culturas a partir das quais emergem – com vistas à projeção de um futuro no plano relacional. Esse afã clarividente reflete o mal-estar da ciência atual ante a impossibilidade de regulação dos laços sociais.²

É nessa seara de projeções futurísticas que os investimentos psiquiátricos contemporâneos, tendendo ao esoterismo, encenam um projeto de classificação de estados que teriam a potencialidade de vir a ser patológicos. O “risco” é o significativo que nomeia tais estados potenciais. A psiquiatria contemporânea adentra assim o eixo sintagmático cujo deslocamento metonímico estabelece a contiguidade entre ela e seus congêneres esotéricos ligados às artes adivinatórias, como por exemplo, as runas, os búzios, o tarô e a borra de café. As runas, caracteres do antigo alfabeto nórdico inscritos em pedras, que ao serem escolhidas aleatoriamente discorreriam sobre aspectos da vida porvir dos sujeitos. Os búzios, conjunto de conchas utilizadas nas religiões tradicionais africanas que quando arremessadas sobre uma mesa, assumem uma determinada configuração específica que é então analisada. O tarô, jogo de cartas de origem francesa, que dependendo da configuração quando as cartas são retiradas aleatoriamente também representariam aspectos do futuro dos sujeitos. E a cafeomancia, de origem árabe, que pretende prever o futuro de quem tomou o café por meio das figuras feitas na borra de café deixada na xícara (SCOUÉZEC, 1984). São práticas que, a despeito de suas particularidades, apresentam como elemento em comum esse exercício adivinatório. Desse modo, como as runas se utilizam das pedras, os búzios das conchas, o tarô das cartas, a borra do pó, esse esforço clarividente encenado pela psiquiatria não poderia deixar de ter, destarte, um ponto de materialização, representado pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA], 2014). É ele que tomaremos como objeto de estudo neste trabalho.

² Há um filme recente, *Confissões de uma garota de programa* (*The girlfriend experience*; direção de Steven Soderbergh, EUA, 2009, DVD, Cor/1h25min.), que simula um documentário, no qual a estrela do pornô Sasha Grey, representando a si mesma no papel de protagonista, seleciona seus clientes por meio de perfis traçados a partir de suas datas de nascimento (o que ela designa por “personologia”), chegando no limite a tentar substituir seu cônjuge por um desses clientes, que ela julgava ser relacionalmente mais promissor e com quem ela havia se “conectado”. Esse é, a nosso ver, um bom exemplo ilustrativo da tentativa (sempre frustrada, como o desenrolar do roteiro atesta) de escrever a relação sexual impossível, da qual nos fala Lacan.

O DSM é um manual classificatório psiquiátrico, editado pela “Associação Americana de Psiquiatria” (APA) desde 1952, que lista em suas páginas diferentes categorias de transtornos mentais e os critérios necessários e suficientes para diagnosticá-los.³ Atualmente, o manual está em sua quinta edição, o DSM-5, que foi lançada em 2013, sob uma forte onda de críticas. A novidade trazida à tona foi que se somaram aos críticos tanto aqueles que até pouco tempo participavam ativa e triunfantemente da sua edição – como o professor emérito da Universidade de Duke, o psiquiatra Allen Frances (2010, 2013) – quanto àqueles que financiavam as pesquisas que originavam as atualizações do manual – como Thomas Insel (2013), chefe do “Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos” (NIMH). Dessa forma, mesmo os seus criadores voltaram-se contra a criatura, denunciando sua falta de fundamento científico: enquanto projeto positivista, o DSM teria fracassado. E é tal projeto que eles visam retomar.

Em sua trindade crítica, Frances (2013) protesta contra: o descontrole do diagnóstico psiquiátrico, que expande os limites da psiquiatria para além de sua jurisdição; as relações mercantilistas estabelecidas entre a corporação psiquiátrica e o complexo médico-industrial; a hipermedicalização da vida cotidiana advinda da “inflação diagnóstica” e da assimilação de novos hábitos de consumo de psicotrópicos pela população. Em nome da razão científica, esse autor denuncia a dimensão política do DSM, que conspurca seu ideal positivista. O que subjaz ao enunciado de Frances é a crença de que o mal da psiquiatria contemporânea reside somente nos excessos por ela cometidos, decorrentes do fato dela ter se deixado macular por interesses escusos, e que uma assepsia científica seria capaz de redimi-la. Ao protesto de Frances contra o DSM, seguiu-se outro, mais radical, personificado no projeto alternativo do NIMH, “Pesquisa em Domínio de Critérios” (RDoC), que pretende desenvolver uma nosografia psiquiátrica baseada em “evidências” (dimensões do comportamento observável e medidas neurobiológicas), vindo desposar enfim o naturalismo com o qual o DSM apenas flertava.

De fato, essas críticas ao DSM-5 nascem do fato desse manual desvelar aquilo que deveria ter sido mantido velado: sua lógica classificatória baseada no efeito performativo da linguagem, que cria categorias de doenças a partir do ato de nomeação (IANNINI; TEIXEIRA, 2014). À sua revelia, o DSM revelou a “impostura” (ao menos, segundo os parâmetros positivistas) que o sustenta: seus catálogos classificatórios são sempre provisórios, estando abertos à negociação pública e sujeitos às metamorfoses ditadas pelas políticas sociais.⁴ O programa

³ Cabe ressaltar que a psiquiatria não se reduz ao DSM, porém, esse manual é o carro-chefe da reformulação hegemônica do campo psiquiátrico ocidental em torno de um naturalismo, inspirado no realismo científico das práticas médicas baseadas em evidências. A “Classificação Internacional de Doenças” (CID), elaborada pela “Organização Mundial de Saúde” (OMS) segue essa mesma tendência do DSM, havendo inclusive um esforço conjunto entre a APA e a OMS para a formulação de categorias nosológicas em comum acordo.

⁴ Talvez o exemplo mais cabal disso tenha sido o plebiscito interno à APA, na década de 1970, realizado devido às pressões que essa associação sofria dos grupos gays organizados, que aprovou a exclusão da homossexualidade do DSM-3, publicado em 1980. A maioria dos psiquiatras americanos decidiu naquela ocasião que a homossexualidade deveria sair do DSM, tal como recentemente a

do NIHM em torno do RDoC invoca a ficção utópica de uma cartografia do mental que não se reduza à nomeação, calcando-se no realismo científico. Curiosamente, o DSM parece dotado da capacidade de incorporar as críticas que lhe são dirigidas, repaginando-se ao gosto do freguês – eis um dos segredos de sua longevidade. A atual cooperação entre a APA e o NIHM prevê a assimilação pelo DSM dos “achados científicos” do RDoC, o que implica nova reconfiguração, delimitada agora pelo efeito performativo da linguagem positivista.⁵ E, assim, a APA vai dançando conforme a música e o DSM, tal qual uma Fênix, renasce das suas próprias cinzas.

De acordo com sua remodelagem, o DSM-5 inaugurou uma preocupação com a prevenção primária, isto é, com a possibilidade de se intervir sobre os estados de risco e se evitar a eclosão de doenças, inexistente nas edições anteriores, que talvez represente o corolário da biomedicalização da psiquiatria contemporânea, em seu funcionamento analógico à clínica médica. Assim como o preventivismo médico vigia e controla as taxas corporais sinalizadoras de doenças orgânicas, o DSM-5 cria uma taxonomia e um gerenciamento de condições que poderiam, no futuro, vir a ser patológicas e que, portanto, desde já mereceriam uma atenção médica. E é justamente essa preocupação particular com o “vir a ser” algo indesejável, com a futuridade, com o porvir inextrincável, com o risco de que algo ruim venha a acontecer no futuro, que explicita de maneira particular esse exercício premonitório da psiquiatria, sobre o qual pretendemos nos debruçar.

Assim, visamos a problematizar essas incursões da psiquiatria na premonição do futuro, ou seja, analisar o quanto, a partir de um projeto de gerenciamento dos estados de risco – representado pela atual expansão de diagnósticos psiquiátricos referidos a situações limite e experiências cotidianas consideradas catalisadoras de condições psicopatológicas futuras –, a psiquiatria funciona como um bom exemplo daquilo que Gwen le Scouézec (1984) chamou de “artes adivinhatórias”.

Ao modo da Pitonisa de Delfos: prevenindo riscos, pressagiando perigos e antevendo possibilidades com o DSM-5

Ao modo da pitonisa do oráculo de Delfos, que em meio a transe e rituais místicos enunciava profecias tomadas como verdades por aqueles que a ela recorriam, o DSM-5, ocupado com a detecção dos estados de risco, projeta um saber premonitório pretensamente científico que passa a ser tomado como verdade pela coletividade. As edições anteriores do DSM já vinham desenvolvendo a ideia de que o diagnóstico precoce de transtornos já desencadeados e seu correlato tratamento poderia protelá-los ou minimizar os danos a eles associados; o que o DSM-5 estabeleceu de inédito foi, além disso, a promessa de que

a prévia detecção de fatores de risco poderia antecipar e evitar o desencadeamento de transtornos mentais – passando assim do nível secundário ao primário da prevenção, ou seja, antes de se detectar um transtorno nas suas fases iniciais, detectar-se-ia os desvios (comportamentais, situacionais, afetivos etc.) que se crê conduzirem a ele.

Aquilo que foi expulso pela porta da frente por seus artífices retorna então pela janela dos fundos: o tão criticado modelo dimensional invade as categorias do DSM-5, como atesta sua atual preocupação com os estados de risco que antecipariam transtornos mentais. O modelo dimensional em nosografia psiquiátrica é dinâmico, sendo o normal e o patológico os dois extremos de um espectro (*continuum*) no qual se distribui quantitativamente o real da condição humana. Já o modelo categorial, que embasa o DSM, é estático, sendo o normal e o patológico aristotelicamente determinados por critérios qualitativos de inclusão e exclusão a categorias nosológicas predeterminadas. A incorporação inconfessa e parasitária do modelo dimensional ao DSM-5 veio legitimar a discussão no campo psiquiátrico sobre os “estados de risco” – híbridos entre o normal e o patológico. O resultado foi que tais estados de risco foram sendo assimilados em surdina às categorias já existentes no manual, culminando na ampliação irrestrita destas.

Assim é que as “disfunções sexuais”, caracterizadas por “uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual” (APA, 2014, p. 423), são consideradas, mesmo que implicitamente, estados de risco potenciais para transtornos mais graves no futuro, como as parafilias: “qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física” (APA, 2014, p. 685). Para além das sexualidades parafilicas aberrantes, que remontam à sexologia oitocentista, o DSM-5 também prescreve a norma da própria sexualidade reprodutiva (ROHDEN, 2009), criando um espectro projetado em suas categorias: as disfunções sexuais como estados de risco para as parafilias.

Ainda no campo da sexualidade, os gêneros são gerenciados a partir de suas conformidades aos padrões culturais vigentes (BENTO, 2006), daí observamos não só a definição de “disforia de gênero”, como “uma incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa” (APA, 2014, p. 452), mas também notamos a preocupação do manual em identificar essa condição durante a infância – ao ponto de criar marcadores diagnósticos específicos, caso o transtorno se dê nessa fase – para que estratégias interventivas visando à sua reversibilidade sejam desde já iniciadas.

A infância parece funcionar como um espaço privilegiado de controle nessa nova ordem psiquiátrica. Os comportamentos infantis são tomados pelo DSM-5 como indicadores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais “mais graves” na fase adulta e, portanto, desde então, se tornam alvos potenciais de intervenções de viés preventivo. Dessa forma, a infância

população britânica decidiu pela saída do Reino Unido da União Europeia, com a vitória do *Brexit* no plebiscito interno.

⁵ Como já dissemos, a OMS, editora da CID, nosografia oficialmente utilizada no Brasil, segue essa mesma tendência da APA, havendo inclusive um esforço conjunto entre ambas as instituições para a formulação de uma linguagem em comum acordo. O intervalo de vinte anos que separa as últimas edições da CID (OMS, 1993) e do DSM permitir-nos-ia apenas especular que os anseios futurísticos aqui examinados provavelmente serão incorporados à nova edição da CID.

torna-se uma fase do desenvolvimento potencialmente fomentadora de graves morbidades futuras e que deve ser absolutamente vigiada, tendo seus desvios geridos para que o “pior” não venha a acontecer.

Essa preocupação psiquiátrica com os endereçamentos futuros dos comportamentos infantis tende a produzir no imaginário coletivo uma sensação generalizada de insegurança e de medo, cuja contrapartida é a pressão social por mais vigilância sobre as crianças: rastrear e apreender o quão mais cedo possível toda a sorte de possibilidades de desvio, preservando assim a norma saudável no futuro – eis a promessa. Assim é que, por exemplo, o “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” teve, a partir do DSM-5, seu espectro de início de sintomas abaixado para os sete anos de idade, diferente da versão anterior, que era aos doze (APA, 2014, p. 59), contribuindo para a produção de mais diagnósticos. Por sua vez, o “transtorno disruptivo de desregulação do humor” atinge crianças e adolescentes que apresentam episódios frequentes de “explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem e/ou pelo comportamento” (APA, 2014, p. 156). Já o “transtorno de oposição desafiante” caracteriza-se por um “comportamento questionador/desafiante”, em que os adolescentes “frequentemente questionam figuras de autoridade” e “frequentemente desafiam acintosamente ou se recusam a obedecer regras de adultos” (APA, 2014, p. 462). Essas categorias, cujo estatuto patológico é deveras duvidoso, são concebidas como estados de risco para o desenvolvimento de condições mais graves no futuro (respectivamente, “transtorno afetivo bipolar” e “transtorno da personalidade antissocial”) e, portanto, tornam-se alvos potenciais de intervenções de viés preventivo (GUARIDO, 2007). Esses são exemplos que sugerem o quanto a invasão preventivista no campo psiquiátrico descamba para uma indefinida ampliação e proliferação de diagnósticos.

Os investimentos psiquiátricos não param nas já citadas adstrições sobre a sexualidade, o gênero e a infância. Afetos cotidianos também caem no limbo de tal regulação. O luto, por exemplo, antes considerado critério de exclusão para o “transtorno depressivo maior”, com o DSM-5 se transforma, contraditoriamente, em um estado potencialmente indutor do próprio “transtorno depressivo”. Para a nova edição do manual, se a tristeza e outros sentimentos de angústia e pesar referentes à perda persistirem por mais de duas semanas, abrem-se as portas para um processo interventivo, sob o argumento de que se tenta evitar no futuro o surgimento de um quadro depressivo mais grave. Assim, aquilo que antes era considerado distinto do processo depressivo, agora se torna um de seus elementos constitutivos. Essa mudança paradigmática do lugar do luto na produção dos “transtornos depressivos” reitera aquilo que já se dizia sobre a produção social da doença mental (WOOTTON, 1956), isto é, essa nova temporalidade do luto advinda com o DSM-5 impregna-se com o tempo da economia política em vigor reproduzindo o ritmo acelerado da produção no capitalismo avançado.⁶

⁶ Cabe ressaltar que os afastamentos de trabalho por atestados médicos no Brasil são limitados e o trabalhador só pode se afastar durante catorze dias (mesmo que alternados) num intervalo de 60 dias; dentro desse intervalo, a partir do 15º dia, o

Nessa mesma linha, o que antes era considerado um esquecimento fisiológico e comum intrínseco ao processo natural de envelhecimento, com o DSM-5 se transforma em “transtorno neurocognitivo leve”, sob a alegação de que a intervenção precoce sobre os casos de “declínio cognitivo pequeno” (APA, 2014, p. 605) impactaria de modo positivo na redução dos casos de demência no futuro. Entretanto, o próprio manual aponta que os déficits cognitivos característicos desse estado “não interferem na capacidade de ser independente nas atividades cotidianas, estando preservadas atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou controlar medicamentos” (APA, 2014, p. 605), o que nos faz questionar a utilidade clínica desse diagnóstico, ou se quisermos ser mais radicais, nos faz lançar luz sobre o “caráter mítico” (SZASZ, 1979) da própria doença mental.

O projeto premonitório da psiquiatria atinge seu apogeu quando a força-tarefa de elaboração do DSM-5 cogitou construir uma nova categoria diagnóstica denominada “síndrome do risco psicótico”, definida como “um estado prodromático da esquizofrenia”, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas que prenunciariam o surgimento futuro da “esquizofrenia”. Assim que foi anunciada a versão preliminar do manual, disponibilizada na Internet em 2010, inúmeros debates polarizados, favoráveis e contrários, atravessaram a construção de tal categoria. O que se questionava era “até que ponto vale[ria] a pena lançar mão de uma nova categoria nosológica que, na verdade, representa um risco de evolução para um determinado transtorno, e não o transtorno em si?” (OLIVEIRA, 2012, p. 294).

Alguns autores, como McGorry et al. (2002), Louzã (2007) e Woods, Walsh e McGlashan (2010) defendiam a validade da categoria, argumentando que uma intervenção precoce sobre os sujeitos que supostamente teriam um risco psicótico aumentado poderia melhorar a evolução e o prognóstico de uma “esquizofrenia” futura, podendo até mesmo impedir seu surgimento. Outros autores, como Frances (2010), apontam para a produção de um elevado número de “falsos positivos”, ou seja, indivíduos que seriam incluídos nessa categoria, mas que nunca desenvolveriam qualquer transtorno psicótico, sendo desnecessariamente submetidos aos efeitos colaterais dos psicotrópicos utilizados no tratamento do caso, bem como ao estigma decorrente da pecha de “doente mental”.

Os defensores da validade, contudo, argumentaram na época de elaboração do manual que as elevadas taxas, entre 70 e 75 % segundo Frances (2010), de sujeitos que não desenvolveram a doença, se deram justamente pelo tratamento que teria se mostrado eficaz. Já os detratores vão se utilizar dos mesmos dados oriundos das pesquisas daqueles defensores da categoria. Exemplo disso são os estudos de McGlashan et al. (2006) que, ao tentarem mostrar a legitimidade da “síndrome do risco psicótico”, observaram que não havia uma diferença significativa no

afastamento será feito pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), passando o trabalhador a ser um peso não somente ao seu empregador (caso seja da iniciativa privada), mas também ao Estado. O quão antes se intervir para resgatar sua capacidade laborativa melhor, ao menos da perspectiva do tempo da produção medido pela lógica da eficácia.

que se refere à taxa de transição para a psicose entre aqueles indivíduos submetidos a uma intervenção (farmacológica ou psicoterápica) e aqueles não submetidos.⁷

A “síndrome do risco psicótico” acabou não entrando na versão final do DSM-5, mas esse campo de disputas sobre a legitimidade da referida categoria parece revisitar aquilo que Ivan Illich (1975) afirmava sobre como o conceito de morbidade em medicina tornou-se uma ameaça à própria saúde, pois ao alargar seus limites incluía a própria ideia de risco como doença. Dito isso, uma pergunta que nos instiga é: ao circunscrever fatores de risco e ao procurar intervir sobre a possibilidade de emergência da esquizofrenia, não estaríamos, em um movimento paradoxal, produzindo a própria doença? Ou, dito de outro modo, não estaríamos, ao tentar evitá-la, antecipando o próprio futuro produzindo-a artificialmente no presente, ao expandir suas fronteiras a fases prodrômicas cada vez mais precoces?⁸

Os breves exemplos trazidos aqui funcionam como uma alegoria patente dessa inclinação da psiquiatria contemporânea às artes adivinhatórias, cuja preocupação materializada no DSM-5 com a prevenção de males nocivos ao plano relacional denota o próprio mal-estar psiquiátrico frente à impossibilidade de regulação dos laços sociais.

Profecias já realizadas de um epílogo inacabado

Se é para o futuro que a psiquiatria quer apontar, projetando profecias que se concretizam a todo o momento nos modos de fazer psiquiátricos, a noção de risco, na medida em que aparece como uma maneira de antecipar um perigo possível, constitui um projeto biopolítico de gerenciamento da vida (FOUCAULT, 2001, 2005, 2008); ou seja, uma espécie de regulamentação que tende a governar não mais somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população. Uma verdadeira tecnologia política “que se exerce sobre as populações entendidas como uma multiplicidade biológica, referida especificamente aos processos vitais, e que tem como preocupação imediata antecipar os riscos” (CAPONI, 2012, p. 107).

Essa gestão dos riscos envolvendo a salubridade mental e a utilização de uma força-tarefa científica para se evitar a eclosão das “desordens” (*disorders*) encena, a nosso ver, uma das estratégias constitutivas desse gerenciamento biopolítico: o dispositivo “risco-segurança”, cujo objetivo é “instalar para cada risco ou perigo que possa vir a ocorrer, mecanismos específicos de segurança” (FOUCAULT, 2008, p. 32). Assim, emerge uma gestão ético-política

⁷ Isso remete aos chamados “recursos escondidos da comunidade” (SARACENO, 1999), isto é, às variáveis não controláveis que acabam incidindo mais sobre as psicoses do que as próprias variáveis controláveis – como os tratamentos médicos e psicológicos; daí as possibilidades de restabelecimento de um esquizofrênico habitante de um país em desenvolvimento, tendo em vista talvez os laços comunitários de sociabilidade que aí ainda resistem, serem maiores do que as de um esquizofrênico habitante de um país desenvolvido, apesar de toda a tecnologia médica ao seu dispor. Que esse dado epidemiológico não sirva de justificativa, todavia, à precarização dos serviços de saúde mental brasileiros.

⁸ Enxergamos uma positividade nas discussões acaloradas em torno da categoria “risco psicótico”, a qual a nosso ver encobre uma tentativa desajeitada de reintroduzir a clássica noção de estruturas clínicas (neurose e psicose), suprimidas pelo DSM. Contudo, essa reintrodução da dimensão estrutural do diagnóstico psiquiátrico requer constructos teóricos – “esquizofrenia incipiente” (CONRAD, 1963) – e posicionamentos éticos – “psicose ordinária” (MILLER et. al., 2009) – que a sustentem; caso contrário, torna-se uma estratégia de captura das diferenças pelo dispositivo médico-psiquiátrico.

da futuridade orquestrada pelas profecias pretensamente científicas que prenunciam patologias, toda vez que o dispositivo psiquiátrico instala para cada risco ou perigo vindouros mecanismos de segurança, representados por processos contínuos de vigilância e controle. Se os seus congêneres esotéricos (runas, búzios, tarô, borra de café etc.) eram relativamente inócuos, haja vista sua circunscrição à esfera individual das crenças e expectativas pessoais, a psiquiatria contemporânea promove uma máquina de guerra coletiva, embasada em seu cálculo futurístico pretensamente científico sobre os “doentes em potencial”.

A ambição da psiquiatria do DSM em identificar comportamentos de risco cada vez mais sutis, com a finalidade de se firmar como prática preventiva, é central para compreender a maneira pela qual os modos de existência vêm ingressando no campo das intervenções psiquiátricas, compondo um intenso processo de gestão da vida da população. Ao buscar antecipar o futuro e intervir no presente para evitar a eclosão de transtornos mentais, essa taxonomia dos estados de risco acaba na realidade gerando uma cultura do medo e da insegurança, em vez de alcançar seus pretendidos fins apaziguadores.

Canguilhem (2005, p. 56) assinala que “foi o sucesso dos primeiros médicos curativos fundamentados na microbiologia [de Koch e Pasteur] que provocou a substituição progressiva no pensamento médico de um ideal pessoal de cura das doenças por um ideal social de prevenção das doenças”; assim, a postura clínico-investigativa do médico, inclusive diante da morte – como no quadro *The doctor*, pintado por Sir Luke Fields no fim do século XIX –, foi gradativamente recoberta pela postura protocolar associada à mera execução das instruções de um aparelho de Estado (com isso, o *logos* se antepôs ao *pathos*). Com o DSM-5, a psiquiatria assume efetivamente os dispositivos de controle da microbiologia, mas não reproduz os seus êxitos. A varíola foi praticamente extinta, enquanto a “depressão” (ao menos aquilo que o DSM presume sê-la) se multiplica exponencialmente. Resta-nos ficar atentos no presente aos efeitos colaterais do preventivismo aplicado à psiquiatria. De preferência, sem antecipações visionárias.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, 2012. [CrossRef](#)
- CONFISSÕES de uma Garota de Programa. Direção: Steven Soderbergh. USA: Magnolia Pictures / 2929 Productions / Extension 765 / HDNet Films, 2009. 1 DVD.
- CONRAD, K. *La esquizofrenia incipiente: intento de un análisis de la forma del delirio*. Madrid: Alhambra, 1963.

- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.
- FAIVRE, A. *O esoterismo*. Campinas: Papirus, 1994.
- FIELDS, S. L. (Sir.) *The Doctor*. 1 original de arte. Óleo sobre canvas.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001. v. 1.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FRANCES, A. Opening pandoras box: the 19 worst suggestions for DSM-5, 2010. *Psychiatric Times*. Disponível em: <http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2015.
- FRANCES, A. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow and Company, 2013.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: _____. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, 1915-1920*. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 2, p. 123-182.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: _____. *Obras completas*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 18, p. 13-122.
- FREUD, S. *A interpretação dos sonhos* (1900). Tradução de Renato Zwick. Porto Alegre: L&PM, 2013.
- GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. [CrossRef](#).
- HOBSON, J. A.; MCCARLEY, R. W. The brain as a dream state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. *Am J Psychiatry*, [S.l.], v. 134, n. 12, p. 1335-1348, 1977. [CrossRef](#).
- IANNINI, G.; TEIXEIRA, A. Reflexões sobre o DSM-100. *Opção Lacaniana*, ano 5, n. 14, jul. 2014. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_14/Reflexoes_sobre_o_DSM_100.pdf>. Acesso em: 21 maio 2015.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- INSEL, T. Transforming diagnosis. *National Institute of Mental Health*. 29 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>>. Acesso em: 2 jul. 2015.
- LACAN, J. *O saber do psicanalista* (1971-1972). Recife: Centro de Estudos Freudianos, 1997.
- LOUZÃ, M. R. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, suppl.2, p. 169-173, 2007. [CrossRef](#).
- MCGLASHAN T. H. et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am. J. Psychiatry*, [S.l.], v. 163, n. 5, p. 790-799, May 2006. [CrossRef](#).
- MCGORRY, P. D. et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry*, [S.l.], v. 59, n. 10, p. 921-928, 2002.
- MILLER, J-A. et al. *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. 4ª reimp. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- OLIVEIRA, S. M. Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria? *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 291-309, 2012. [CrossRef](#).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89-109, jan./abr. 2009. [CrossRef](#).
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SCOUÉZEC, G. *Diccionario de las artes adivinatorias*. Barcelona: Martinez Roca, 1984.
- SZASZ, T. *O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.
- WOODS, S.; WALSH, B.; MCGLASHAN, T. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophr. Res.*, [S.l.], v. 123, n. 2-3, p. 199-207, 2010. [CrossRef](#).
- WOOTTON, B. Sickness or sin? *20 Century*, [S.l.], v. 159, p. 433-442, 1956.

Recebido em: 6 de julho de 2015

Aceito em: 9 de março de 2017