



Atualizado de acordo com
o DSM-5 e a CID-11

Paulo

Dalgalarondo

Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais

3ª Edição

© Artmed Editora Ltda., 2019

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa, projeto gráfico e editoração: *Paola Manica e equipe*

Preparação do original: *Camila Wisnieski Heck*

Leitura final: *Antonio Augusto da Roza*

Ilustrações: *Gilnei da Costa Cunha*

Produção digital: *Loope* | www.loope.com.br

D142p Dalgallarrondo, Paulo.
Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico] / Paulo Dalgallarrondo. – 3. ed. – Porto Alegre :
Artmed, 2019.
E-pub.
Editado também como livro impresso em 2019.
ISBN 978-85-8271-506-2

1. Psicopatologia. 2. Transtornos mentais. I. Título.

CDU 616.89-008

Catálogo na publicação: Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147



Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

SÃO PAULO
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

1. Introdução geral à semiologia psiquiátrica

Um dia escrevi que tudo é autobiografia, que a vida de cada um de nós a estamos contando em tudo quanto fazemos e dizemos, nos gestos, na maneira como nos sentamos, como andamos e olhamos, como viramos a cabeça ou apanhamos um objeto no chão. Queria eu dizer então que, vivendo rodeados de sinais, nós próprios somos um sistema de sinais.

José Saramago

O QUE É SEMIOLOGIA (EM GERAL E SEMIOLOGIA MÉDICA E PSICOPATOLÓGICA)

A semiologia, tomada em um sentido geral, é a **ciência dos signos**, não se restringindo, obviamente, à medicina, à psiquiatria ou à psicologia. É campo de grande importância para o estudo da linguagem (semiótica linguística), da música (semiologia musical), das artes em geral e de todos os campos de conhecimento e de atividades humanas que incluam a interação e a comunicação entre dois interlocutores por meio de sistemas de signos.

Já a **semiologia psicopatológica**, por sua vez, é o estudo dos **sinais e sintomas dos transtornos mentais**.

Entende-se por semiologia médica o estudo dos sintomas e dos sinais das doenças, o qual permite ao profissional da saúde identificar alterações físicas e mentais, ordenar os fenômenos observados, formular diagnósticos e empreender terapêuticas.

Embora esteja intimamente relacionada à linguística, a semiologia geral não se limita a esta, uma vez que o signo transcende a esfera da língua. São também signos os gestos, as atitudes e os comportamentos não verbais, os sinais matemáticos, os signos musicais, etc. De fato, a semiologia geral como ciência dos signos foi postulada pelo linguista suíço Ferdinand de Saussure [1916] (1970, p. 24), que afirmou:

Pode-se, então, conceber uma ciência que estude a vida dos signos no seio da vida social; [...] chamá-la-emos de Semiologia (do grego *semeion*, “signo”). Ela nos ensinará em que consistem os signos, que leis os regem.

Charles Morris (1946) discrimina três campos distintos no interior da semiologia: a **semântica**, responsável pelo estudo das relações entre os signos e os objetos a que se referem; a **sintaxe**, que compreende as regras e leis que regem as relações entre os vários signos de um sistema; e, por fim, a **pragmática**, que se ocupa das relações entre os signos e seus usuários, os sujeitos que os utilizam concretamente, em situações e contextos sociais e históricos do dia a dia.

O **signo** é o elemento nuclear da semiologia; ele está para a semiologia assim como a célula está para a biologia e o átomo para a física. O signo é um tipo de sinal. Define-se sinal como qualquer estímulo emitido pelos objetos do mundo. Assim, por exemplo, a fumaça é um sinal do fogo, a cor vermelha, do sangue, etc.

O signo é um sinal especial, sempre provido de significação. Dessa forma, na semiologia médica, sabe-se que a febre pode ser um sinal/signo de uma infecção, ou a fala extremamente rápida e fluente pode ser um sinal/signo de uma síndrome maníaca. A semiologia médica e a psicopatológica tratam particularmente dos signos que indicam a existência de transtornos e patologias.

Os signos de maior interesse para a psicopatologia são os **sinais comportamentais** objetivos, verificáveis pela observação direta do paciente, e os **sintomas**, isto é, as vivências subjetivas relatadas pelos indivíduos, suas queixas e narrativas, aquilo que o sujeito experimenta e, de alguma forma, comunica a alguém.

Sá Junior (1988) apresenta uma definição de sintoma e sinal um pouco diferente. Ele discrimina os **sintomas objetivos** (observados pelo examinador) dos **sintomas subjetivos** (percebidos apenas pelo paciente). Os **sinais**, por sua vez, são definidos como *dados elementares das doenças que são provocados (ativamente evocados) pelo examinador* (sinal de Romberg, sinal de Babinski, etc.).

Segundo o linguista russo Roman Jakobson (1896-1982), já os antigos filósofos estoicos desmembraram o signo em dois elementos básicos: *signans* (o significante) e *signatum* (o significado) (Jakobson, 1962; 1975). Assim, todo signo é constituído por estes dois elementos: o **significante**, que é o suporte material, o veículo do signo; e o **significado**, isto é, aquilo que é designado e que está ausente, o conteúdo do veículo.

De acordo com o filósofo norte-americano Charles S. Peirce (1839-1914), segundo as relações entre o **significado (conteúdo)** e o **significante (suporte material)** de um signo, há três tipos de signos: o ícone, o indicador e o símbolo (Peirce, 1904/1974).

O **ícone** é um tipo de signo no qual o elemento significante evoca imediatamente o significado, graças a uma grande semelhança entre eles, como se o significante fosse uma “fotografia” do significado. O desenho esquemático no papel de uma casa pode ser considerado um ícone do objeto casa.

No caso do **indicador**, ou índice, a relação entre o significante e o significado é de contiguidade; o significante é um índice, algo que aponta para o objeto significado. Assim, uma nuvem é um indicador de chuva, e a fumaça, de fogo.

O **símbolo**, por sua vez, é um tipo de signo totalmente diferente do ícone e do indicador; aqui, o elemento significante e o objeto ausente (significado) são distintos em aparência e sem relação de contiguidade. Não há qualquer relação direta entre eles; trata-se de uma **relação** puramente **convencional e arbitrária**. Entre o conjunto de letras agrupadas “C-A-S-A” e o objeto “casa” não existe qualquer semelhança (visual ou de qualquer outro tipo), o que constitui uma relação totalmente convencional. Por isso, o sentido e o valor de um símbolo dependem necessariamente das relações que este mantém com os outros símbolos do sistema simbólico total; depende, por exemplo, da ausência ou presença de outros símbolos que expressam significados próximos ou antagônicos a ele.

DIMENSÃO DUPLA DO SINTOMA PSICOPATOLÓGICO: INDICADOR E ELEMENTO SIMBÓLICO AO MESMO TEMPO

Os sintomas médicos e psicopatológicos têm, como signos, uma dimensão dupla. Eles são tanto um índice (indicador) como um símbolo. O sintoma como índice sugere uma disfunção que está em outro ponto do organismo ou do aparelho psíquico; porém, aqui, a relação do sintoma com a disfunção de base é, em certo sentido, de contiguidade. A febre pode corresponder a uma infecção que induz os leucócitos a liberarem certas citocinas, que, por sua ação no hipotálamo, produzem o aumento da temperatura. Assim, o sintoma febre tem determinada relação de contiguidade com o processo infeccioso de base.

Além de tal dimensão de indicador, os sintomas psicopatológicos, ao serem nomeados pelo paciente, por seu meio cultural ou pelo médico, passam a ser “símbolos linguísticos” no interior de uma linguagem.

No momento em que recebe um nome, o sintoma adquire o *status* de símbolo, de signo linguístico arbitrário, que só pode ser compreendido dentro de um sistema simbólico dado, em determinado universo cultural. Dessa forma, a angústia manifesta-se (e realiza-se) ao mesmo tempo como *mãos geladas*, *tremores e aperto na garganta* (que indicam, p. ex., uma disfunção no sistema nervoso autônomo), e, ao ser tal estado designado como *nervosismo*, *neurose*, *ansiedade ou gastura*, passa a receber certo significado simbólico e cultural (por isso, convencional e arbitrário), que só pode ser adequadamente compreendido e interpretado tendo-se como referência um universo cultural específico, um sistema de símbolos determinado.

A semiologia psicopatológica, portanto, cuida especificamente do estudo dos sinais e sintomas produzidos pelos transtornos mentais, signos que sempre contêm essa dupla dimensão.

DIVISÕES DA SEMIOLOGIA

A semiologia (tanto a médica como a psicopatológica) pode ser dividida em duas grandes subáreas: semiotécnica e semiogênese (Marques, 1970).

A **semiotécnica** refere-se a técnicas e procedimentos específicos de observação e coleta de sinais e sintomas, assim como da descrição de tais sintomas. No caso dos transtornos mentais, a semiotécnica concentra-se na entrevista direta com o paciente, seus familiares e demais pessoas com as quais convive.

A coleta de sinais e sintomas requer a habilidade sutil em formular as perguntas mais adequadas para o estabelecimento de uma relação produtiva e a consequente identificação dos signos dos transtornos mentais. São fundamentais o tipo de perguntas e “como” e “quando” fazê-las, assim como o modo de interpretar as respostas e a decorrente formulação de novas perguntas.

Além disso, é crucial, sobretudo para a semiotécnica em psicopatologia, a observação minuciosa, atenta e perspicaz do comportamento do paciente, do conteúdo de seu discurso e do seu modo de falar, da sua mímica, da postura, da vestimenta, da forma como reage e do seu estilo de relacionamento com o entrevistador, com seus familiares e, eventualmente, com outros pacientes.

Já a **semiogênese**, por sua vez, é o campo de investigação da origem, dos mecanismos de produção, do significado e do valor diagnóstico e clínico dos sinais e sintomas.

Por fim, alguns autores utilizam o termo “propedêutica médica” ou “psiquiátrica” para designar a semiologia. O termo **propedêutica**, de modo geral, é empregado em várias áreas do saber para designar o ensino prévio, os conhecimentos preliminares necessários ao início de uma ciência ou filosofia. Prefiro o termo “semiologia” a “propedêutica”, mas reconheço que a semiologia psicopatológica (como propedêutica) pode ser concebida como uma ciência preliminar, necessária a todo estudo psicopatológico e prática clínica em psiquiátrica e em psicologia clínica.

SÍNDROMES E ENTIDADES NOSOLÓGICAS (TRANSTORNOS ESPECÍFICOS)

Na prática clínica, os sinais e os sintomas não ocorrem de forma aleatória; surgem em certas associações, certos **clusters** (agrupamentos) mais ou menos frequentes. Definem-se, portanto, as **síndromes** como agrupamentos relativamente constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas.

Entretanto, ao se delimitar uma síndrome (como síndrome depressiva, demencial, paranoide, etc.), não se trata ainda da definição e da identificação de causas específicas, de um curso e evolução relativamente homogêneos e de uma estrutura básica do processo patológico. A síndrome é puramente uma definição descritiva de um conjunto momentâneo e recorrente de sinais e sintomas.

Denominam-se, em medicina e psiquiatria, **entidades nosológicas, doenças ou transtornos específicos** (como esquizofrenia, doença de Alzheimer, anorexia nervosa, etc.). São os fenômenos mórbidos nos quais podem-se identificar (ou pelo menos presumir com certa consistência) certas **causas** ou fatores causais (**etiologia**), o **curso** relativamente homogêneo, certos **padrões evolutivos** e **estados terminais** típicos.

Além disso, nas entidades nosológicas ou transtornos, busca-se identificar **mecanismos psicológicos e psicopatológicos** característicos, antecedentes genético-familiares algo específicos e respostas a tratamentos e intervenções mais ou menos previsíveis.

Em psicopatologia e psiquiatria, frequentemente somos obrigados a trabalhar no âmbito das síndromes, pois, muitas vezes, o diagnóstico preciso de entidades nosológicas, doenças ou transtornos específicos é difícil ou incerto. Embora

muito esforço tenha sido (há mais de 200 anos!) empreendido no sentido de se identificar transtornos mentais específicos bem delimitados, na prática isso ainda não se consegue em todos os casos clínicos.

Cabe, ainda, lembrar que o reconhecimento dessas entidades não tem apenas um interesse científico ou acadêmico (valor teórico); ele geralmente viabiliza ou facilita o desenvolvimento de procedimentos e intervenções terapêuticos e preventivos mais eficazes (valor pragmático).



2. Definição de psicopatologia e ordenação dos seus fenômenos

*Um fenômeno é sempre biológico em suas raízes e social em sua extensão final.
Mas nós não nos devemos esquecer, também, de que, entre esses dois, ele é
mental.*

Jean Piaget

Campbell (1986) define a psicopatologia como o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença ou transtorno mental – suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação. Entretanto, nem todo estudo psicopatológico segue a rigor os ditames de uma “ciência dura”, “ciência *sensu strictu*”. A psicopatologia, em acepção mais ampla, pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um conhecimento que se esforça por ser sistemático, elucidativo e desmistificante.

Como conhecimento que visa ser científico, a psicopatologia não inclui critérios de valor, nem aceita dogmas ou verdades *a priori*. Ao se estudar e praticar a psicopatologia, não se julga moralmente aquilo que se estuda; busca-se apenas observar, identificar e compreender os diversos elementos do transtorno mental. Além disso, em psicopatologia, deve-se rejeitar qualquer tipo de dogma, qualquer verdade pronta e intocável, seja ela religiosa, seja ela filosófica, psicológica ou biológica; o conhecimento que se busca está permanentemente sujeito a revisões, críticas e reformulações. Ou seja, a psicopatologia como ciência dos transtornos mentais requer um debate científico e público constante de todos os seus postulados, noções e verdades encontradas.

O campo da psicopatologia inclui uma variedade de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente de doença mental. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica (as vivências das pessoas com doenças mentais apresentam dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” do normal) e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal (o mundo

da doença mental não é totalmente estranho ao mundo das experiências psicológicas “normais”).

A psicopatologia tem boa parte de suas raízes na tradição médica (na obra dos grandes clínicos e alienistas do passado, sobretudo dos séculos XVIII até o presente), que propiciou, nos últimos 300 anos, a observação prolongada e cuidadosa de um considerável contingente de pessoas com transtornos mentais.

Em outra vertente, a psicopatologia nutre-se de uma tradição humanística e universitária (filosofia, literatura, artes, psicologia, psicanálise), a qual sempre viu na “alienação mental”, no *pathos* do sofrimento mental extremo, uma possibilidade excepcionalmente rica de reconhecimento de dimensões humanas que, sem o fenômeno “doença mental”, permaneceriam desconhecidas.

Apesar de se beneficiar das tradições neurológicas, psicológicas e filosóficas, a psicopatologia não se confunde com a neurologia das chamadas funções corticais superiores (não se resume, portanto, a uma ciência natural dos fenômenos relacionados às zonas associativas do cérebro lesado) nem com a hipotética psicologia das funções mentais desviadas. Assim, podemos defini-la como uma ciência autônoma, e não um prolongamento da neurologia, da neuropsicologia ou da psicologia (seja ela experimental, seja ela psicométrica ou social). Ela é ricamente nutrida por essas tradições, mas não se confunde com elas.

Karl Jaspers (1883-1969), um dos principais autores da psicopatologia moderna, pensa que esta é uma ciência básica, que serve de auxílio à psiquiatria e à psicologia clínica, a qual é, por sua vez, um conhecimento aplicado a uma prática profissional e social concreta. Jaspers é muito claro em relação aos **limites da psicopatologia**: embora o objeto de estudo seja o ser humano na sua totalidade (“Nosso tema é o homem todo em sua enfermidade.” [Jaspers, 1913/1979]), os limites da ciência psicopatológica consistem precisamente em **nunca** se poder **reduzir** por completo o **ser humano a conceitos psicopatológicos**. O domínio dessa ciência, segundo ele, estende-se a “[...] todo fenômeno psíquico que possa ser apreendido em conceitos de significação constantes e com possibilidade de comunicação” (Jaspers, 1979, p. 13). Assim, a psicopatologia, como **ciência**, exige um rigoroso **pensamento conceitual**, que seja **sistemático** e que possa ser **comunicado de modo inequívoco**.

Entretanto, na **prática profissional**, no trabalho clínico, além da ciência psicopatológica que o clínico deve ter, participam ainda **opiniões instintivas**, uma **intuição pessoal** que nunca se pode comunicar. Dessa forma, a ciência psicopatológica é tida como uma das abordagens possíveis do ser humano

mentalmente doente, uma parte do que compõe o saber clínico, mas não o único saber ou conhecimento. Há, ao lado da ciência, a arte do trabalho clínico, as habilidades, intuições que compõem o encontro clínico.

Em todo indivíduo, oculta-se algo que não se consegue conhecer, pois a ciência requer um pensamento conceitual sistemático, o qual cristaliza e torna evidente, mas também aprisiona e limita, o conhecimento. Quanto mais conceitualiza, afirma Jaspers, “[...] quanto mais reconhece e caracteriza o típico, o que se acha de acordo com os princípios, tanto mais reconhece que, em todo indivíduo, se oculta algo que não pode conhecer” (Jaspers, 1979, p. 12).

Assim, a psicopatologia como ciência sempre perde, obrigatoriamente, aspectos essenciais do ser humano, sobretudo nas dimensões existenciais, estéticas, éticas e metafísicas. O filósofo Hans-Georg Gadamer (1900-2002) postula para a arte o que pode ser também formulado para a prática clínica (Gadamer, 1990, p. 220):

[...] diante de uma obra de arte, experimentamos uma verdade inacessível por qualquer outra via; é isso o que constitui o significado filosófico da arte. Da mesma forma que a experiência da filosofia, também a experiência da arte incita a consciência científica a reconhecer seus limites.

Dito de outra forma, não se pode compreender ou explicar tudo o que existe em um ser humano por meio de conceitos psicopatológicos. Assim, ao se diagnosticar Van Gogh como esquizofrênico (ou epilético, maníaco-depressivo ou qualquer que seja o diagnóstico formulado), ao se fazer uma análise psicopatológica de sua biografia, isso nunca explicará totalmente sua vida e sua obra. Sempre resta algo que transcende à psicopatologia e mesmo à ciência, permanecendo no domínio do mistério.

FORMA E CONTEÚDO DOS SINTOMAS: PATOGENESE E PATOPLASTIA

Em geral, quando se estudam os sintomas psicopatológicos, dois aspectos básicos devem ser enfocados: a **forma** dos sintomas, isto é, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes e nas diversas sociedades (a forma “alucinação”, “delírio”, “ideia obsessiva”, “fobia”, etc.), e seu **conteúdo**, ou seja, aquilo que preenche a alteração estrutural (o conteúdo de culpa, religioso, de perseguição, de um delírio, de uma alucinação ou de uma ideia obsessiva, por exemplo).

Na tradição psicopatológica, seguindo-se o modelo proposto pelo psicopatólogo alemão Karl Birbaum (1878-1950), a forma dos sintomas se relaciona ao que ele chamou de **patogênese**, que representa o processo de como os diferentes sintomas da psicopatologia se formam e se estruturam.

À configuração e preenchimento dos conteúdos dos sintomas, ou seja, como a forma é preenchida pelos temas específicos, Birbaum (1923) denominou **patoplastia**. Assim, os contornos específicos dos sintomas, os temas e histórias que preenchem essas manifestações, dependentes da história de vida singular do paciente e da cultura em que vive, são determinados pela chamada patoplastia.

Enfim, a forma (*patogênese*) seria mais geral e universal, comum a todos os pacientes, em todas ou quase todas as culturas, enquanto o conteúdo (*patoplastia*) seria algo bem mais pessoal, dependendo da história de vida singular do indivíduo, de seu universo cultural específico e da personalidade e cognição prévias ao adoecimento (Birbaum, 1924).

De modo geral, embora sejam pessoais, singulares, os conteúdos dos sintomas são extraídos ou constituídos pelos temas centrais da existência humana, como sobrevivência e segurança, sexualidade, ameaças e temores básicos (morte, doença, miséria, abandono, desamparo, etc.), religiosidade, entre outros. Esses temas representam uma espécie de substrato que participa como ingrediente fundamental na constituição da experiência psicopatológica. Nesse sentido, os Quadros 2.1 e 2.2 apresentam um esquema simplificado de temas e temores básicos e universais do ser humano.

Quadro 2.1 | Temas existenciais básicos que com frequência se expressam no conteúdo dos sintomas psicopatológicos

TEMAS E INTERESSES CENTRAIS PARA O SER HUMANO	O QUE BUSCA E DESEJA
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação • Sexo • Conforto físico 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevivência • Prazer
<ul style="list-style-type: none"> • Poder (econômico, político, social, etc.) • Prestígio • Relacionar-se com os outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurança • Controle sobre si e sobre os outros • Ser reconhecido pelos demais

Quadro 2.2 | Temores que frequentemente se expressam no conteúdo dos sintomas psicopatológicos

TEMORES CENTRAIS DO SER HUMANO	FORMAS FREQUENTES DE LIDAR COM TAIS TEMORES
<ul style="list-style-type: none"> • Morte 	<ul style="list-style-type: none"> • Religião/mundo místico • Continuidade através das novas gerações

<ul style="list-style-type: none"> • Ter uma doença grave • Sofrer dor física ou moral • Miséria 	<ul style="list-style-type: none"> • Vias sobrenaturais/medicina/psicologia, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sentido existencial • Perda da identidade e do sentido do <i>self</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Relações interpessoais significativas • Cultura

A ORDENAÇÃO DOS FENÔMENOS EM PSICOPATOLOGIA

O estudo da doença ou transtorno mental, como o de qualquer outro objeto, se inicia pela observação cuidadosa de suas manifestações. A observação articula-se dialeticamente com a ordenação dos fenômenos. Isso significa que, para observar, também é preciso definir, classificar, interpretar e ordenar o objeto observado em determinada perspectiva, seguindo certa lógica observacional e classificatória.

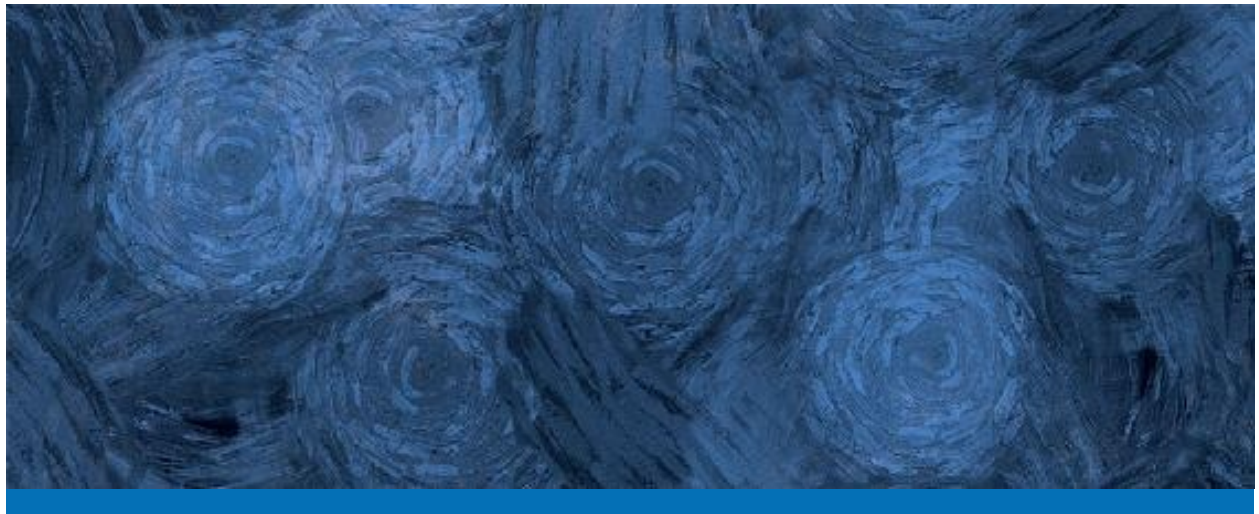
Assim, desde Aristóteles, o problema da classificação está intimamente ligado ao da definição e do conhecimento de modo geral. Segundo ele, definir é indicar o *gênero próximo* e a *diferença específica*. Isso quer dizer que definir é, por um lado, afirmar a que o fenômeno definido se assemelha, do que é aparentado, com o que deve ser agrupado (gênero próximo) e, por outro, identificar do que ele se diferencia, ao que é estranho ou oposto (diferença específica). Portanto, na linha aristotélica, o problema da classificação é a questão da unidade e da variedade dos fatos e dos conhecimentos que sobre eles são produzidos.

Classicamente, distinguem-se três tipos de fenômenos humanos para a psicopatologia:

- 1. Fenômenos semelhantes em todas ou quase todas as pessoas.** É o plano dos fenômenos psicológicos, fisiológicos, daquilo que é o normal. De modo geral, todo ou quase todo ser humano sente fome, sede ou sono. Aqui se inclui também o medo de um animal perigoso, a ansiedade perante desafios difíceis, o desejo por uma pessoa amada, etc. Embora haja uma qualidade pessoal própria para cada ser humano, certas experiências são basicamente semelhantes para todos.
- 2. Fenômenos em parte semelhantes e em parte diferentes.** É o plano em que o psicológico e o psicopatológico se sobrepõem. São fenômenos que o ser

humano comum experimenta, mas que apenas em parte são semelhantes aos vivenciados pela pessoa com transtorno mental. Assim, todo indivíduo comum pode sentir tristeza, mas a alteração profunda, avassaladora, que uma paciente com depressão psicótica experimenta é apenas parcialmente semelhante à tristeza normal. A depressão grave, por exemplo, com ideias de ruína, lentificação psicomotora, apatia, etc., introduz algo qualitativamente novo na experiência humana.

3. **Fenômenos qualitativamente novos, distintos das vivências normais.** É o campo específico das ocorrências e vivências psicopatológicas. São praticamente próprios a apenas (ou quase apenas) certas doenças, transtornos e estados mentais. Aqui, incluem-se alguns fenômenos psicóticos, como alucinações e delírios, ou cognitivos, como turvação da consciência, alteração da memória nas demências, entre outros.



3. Os principais campos e tipos de psicopatologia

Uma das principais características da psicopatologia, como campo de conhecimento, é a multiplicidade de abordagens e referenciais teóricos que tem incorporado nos últimos 200 anos. Tal multiplicidade é vista por alguns como “debilidade” científica, como prova de sua imaturidade. Os psicopatólogos são criticados por essa diversidade de “explicações” e teorias, por seu aspecto híbrido em termos epistemológicos (Ionesco, 1994).

Dizem alguns que, quando se conhece realmente algo, tem-se apenas uma teoria que explica cabalmente e organiza a observação dos fatos; quando não se conhece a realidade que se estuda, são construídas centenas de teorias conflitantes. Discordo de tal visão; querer uma única “explicação”, uma única concepção teórica que resolva todos os problemas e dúvidas de uma área tão complexa e multifacetada como a psicopatologia, é impor uma solução simplista e artificial, que deformaria o fenômeno psicopatológico.

A psicopatologia é, por natureza e destino histórico, um campo de conhecimento que requer debate constante e aprofundado, no qual não há e não pode haver uma teoria ou perspectiva amplamente hegemônica. Aqui, o conflito de ideias não é uma debilidade, mas uma necessidade. Não se avança em psicopatologia negando e anulando diferenças conceituais e teóricas; evolui-se, sim, pelo esforço de esclarecimento e aprofundamento de tais diferenças, em discussão aberta, desmistificante e honesta.

A seguir, são apresentadas algumas das principais correntes da psicopatologia, dispostas de forma arbitrária, por motivos estritamente didáticos, em pares antagônicos.

PSICOPATOLOGIA DESCRITIVA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA DINÂMICA

Para a **psiquiatria descritiva**, interessa fundamentalmente a descrição das formas de alterações psíquicas, as estruturas dos sintomas, aquilo que

caracteriza e descreve a vivência patológica como sintoma mais ou menos típico.

Já para a **psiquiatria dinâmica** interessa o conteúdo das vivências, os movimentos internos de afetos, desejos e temores do indivíduo, sua experiência particular, pessoal, singular, não necessariamente classificável em sintomas previamente descritos.

A boa prática em saúde mental implica a combinação hábil e equilibrada de uma abordagem descritiva, diagnóstica e objetiva e de uma abordagem dinâmica, pessoal e subjetiva do paciente e de sua doença. Assim, logo na introdução de seu tratado de psiquiatria, Eugen Bleuler (1857-1939) afirma que:

Quando um médico se defronta com a grande tarefa de ajudar uma pessoa psiquicamente enferma, vê à sua frente dois caminhos: ele pode registrar o que é mórbido. Irá, então, a partir dos sintomas da doença, concluir pela existência de um dos quadros mórbidos impessoais que foram descritos. [...] ou pode trilhar outro caminho: pode escutar o doente como se fosse um amigo de confiança. Nesse caso, dirigirá a sua atenção menos para constatar o que é mórbido, para anotar sintomas psicopatológicos e, a partir disso, chegar a um diagnóstico impessoal, e mais para tentar compreender uma pessoa humana na sua singularidade e co-vivenciar suas aflições, seus temores, seus desejos e suas expectativas pessoais (Bleuler, 1985, p. 1).

PSICOPATOLOGIA MÉDICA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA EXISTENCIAL

A **perspectiva médico-naturalista** trabalha com uma noção de ser humano centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. Assim, o adoecimento mental é visto como um mau funcionamento do cérebro, uma desregulação, uma disfunção de alguma parte ou sistema do “aparelho biológico”.

Já na **perspectiva existencial**, o paciente é visto principalmente como “existência singular”, como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que é fundamentalmente histórico e humano. O ser é construído por meio da experiência particular de cada sujeito, na sua relação com os outros, na abertura para a construção de cada destino pessoal. O transtorno mental, nessa perspectiva, não é visto tanto como disfunção biológica ou psicológica, mas, sobretudo, como um modo particular

de existência, uma forma, muitas vezes trágica, de ser no mundo, de construir um destino, um modo particularmente doloroso de ser com os outros.

PSICOPATOLOGIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVISTA *VERSUS* PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

Na **visão comportamental**, o ser humano é visto como um conjunto de comportamentos observáveis, verificáveis, que são regulados por estímulos específicos e gerais, bem como por suas respostas (estímulos antecedentes e consequências; contingências). Em suma, o comportamento se baseia em certas leis e determinantes do aprendizado.

Associada a essa visão, a **perspectiva cognitivista** centra seu foco sobre as representações cognitivas (cognições) de cada indivíduo. As cognições seriam vistas como essenciais ao funcionamento mental, tanto normal como patológico. Os sintomas resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pela experiência familiar e social.

Em contraposição, na **visão psicanalítica**, o ser humano é visto como ser “sobredeterminado”, dominado por forças, desejos e conflitos inconscientes. A psicanálise dá grande importância aos afetos, que, segundo ela, dominam o psiquismo. O ser humano racional, autocontrolado, senhor de si e de seus desejos, é, para ela, uma enorme ilusão.

Na visão psicanalítica, os sintomas e síndromes mentais são considerados formas de expressão de conflitos, predominantemente inconscientes, de desejos que não podem ser realizados, de temores aos quais o indivíduo não tem acesso. O sintoma é encarado, nesse caso, como uma “formação de compromisso”, um certo arranjo entre o desejo inconsciente, as normas e as permissões culturais e as possibilidades reais de satisfação desse desejo. A resultante desse emaranhado de forças, dessa “trama conflitiva” inconsciente, é o que se identifica como sintoma psicopatológico.

PSICOPATOLOGIA CATEGORIAL *VERSUS* PSICOPATOLOGIA DIMENSIONAL

As entidades nosológicas ou doenças mentais específicas podem ser compreendidas como entidades completamente individualizadas, com contornos e fronteiras bem demarcados. As **categorias diagnósticas** seriam “espécies únicas”, tal qual espécies biológicas, cuja identificação precisa constituiria uma das tarefas da psicopatologia. Assim, entre a esquizofrenia e os transtornos bipolares e os delirantes, haveria, por exemplo, uma fronteira nítida, configurando-os como entidades ou categorias diagnósticas diferentes e discerníveis em sua natureza básica.

Em contraposição a essa visão “categorial”, alguns autores propõem uma **perspectiva “dimensional”** em psicopatologia, que seria hipoteticamente mais adequada à realidade clínica. Haveria, então, dimensões como, por exemplo, o espectro esquizofrênico, que incluiria desde formas muito graves, tipo “demência precoce” (com grave deterioração da personalidade, embotamento afetivo, muitos sintomas negativos residuais), formas menos deteriorantes de esquizofrenia, formas com sintomas afetivos, chegando até um outro polo, de transtornos afetivos, incluindo formas de transtorno afetivo com sintomas psicóticos até formas puras de depressão e mania (hipótese esta que se relaciona à antiga noção de psicose unitária). Algumas polaridades dimensionais em psicopatologia seriam, por exemplo:

Esquizofrenia deficitária, esquizofrenia benigna, psicoses esquizoafetivas, transtornos afetivos com sintomas psicóticos, transtornos afetivos menores
ou

Depressões graves (estupor, psicótica), depressão bipolar, depressões moderadas, distímia, personalidade depressiva, depressão subclínica.

PSICOPATOLOGIA BIOLÓGICA VERSUS PSICOPATOLOGIA SOCIOCULTURAL

A **psicopatologia biológica** enfatiza os aspectos cerebrais, neuroquímicos ou neurofisiológicos das doenças e dos sintomas mentais. A base de todo transtorno mental consiste em alterações de mecanismos neurais e de determinadas áreas e circuitos cerebrais. Nesse sentido, o aforismo do psiquiatra alemão Wilhelm Griesinger (1817-1868) resume bem essa perspectiva: “doenças mentais devem ser vistas como afecções do cérebro” (Griesinger, 1997, p. 7).

Em contraposição, a **perspectiva sociocultural** visa estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de certos fatores

socioculturais, como discriminação, pobreza, migração, estresse ocupacional, desmoralização sociofamiliar, etc. Os sintomas e os transtornos devem ser estudados, segundo essa visão, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico e histórico.

É nesse contexto de normas, valores e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado e, portanto, poderiam ser precisamente estudados e tratados. Mais que isso, a cultura, em tal perspectiva, é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico, na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade.

PSICOPATOLOGIA OPERACIONAL-PRAGMÁTICA VERSUS PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Na **visão operacional-pragmática**, as definições básicas de transtornos mentais e sintomas são formuladas e tomadas de modo arbitrário, em função de sua utilidade pragmática, clínica ou orientada à pesquisa. Não se questiona a natureza da doença ou do sintoma, tampouco os fundamentos filosóficos ou antropológicos de determinada definição. Trata-se do modelo adotado pelas modernas classificações de transtornos mentais: o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), norte-americano, e a *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por sua vez, o projeto de **psicopatologia fundamental**, proposto pelo psicanalista francês Pierre Fedida, visa centrar a atenção da pesquisa psicopatológica sobre os fundamentos históricos e conceituais de cada conceito psicopatológico, os quais incluem não apenas a tradição médica da psicopatologia, mas também as tradições literárias, artísticas e de outras áreas das humanidades.

Além disso, tal psicopatologia dá ênfase à noção de doença mental como *pathos*, que significa sofrimento, paixão e passividade. O *pathos*, diz Manoel T. Berlinck (1937-2016), é um sofrimento-paixão que, ao ser narrado a um interlocutor, em certas condições, pode ser transformado em experiência e enriquecimento (Berlinck, 1977).

As dicotomias apresentadas revelam a pluralidade teórica e de modos de aplicação clínica desses diversos campos e abordagens. Visões mais integrativas e menos parciais são desejáveis, no sentido de superação das dicotomias das *dimensões biológicas* (o congênito, genético) e *ambientais* (o aprendido, cultural) nas diversas psicopatologias.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA À PSICOPATOLOGIA

A psicologia, em suas diversas áreas (psicologia das diferentes funções mentais, experimental, social, do desenvolvimento, etc.), tem fornecido contribuições fundamentais à ciência, sendo, portanto, fonte de consulta, inspiração e orientação à psicopatologia geral.

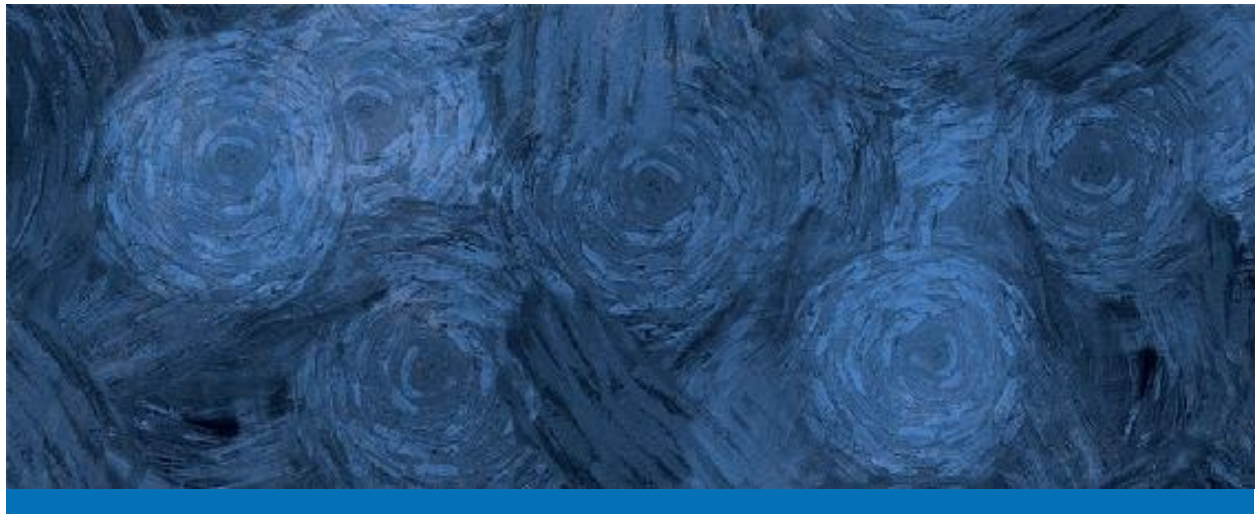
Não cabe aqui tentar resumir de forma apressada e incompleta esse vasto campo de conhecimento. Nessa linha, sugere-se a consulta a bons textos de psicologia geral, como os excelentes tratados *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento* (Gazzaniga; Heatherton, 2005); *Desenvolvimento humano* (Papalia; Feldman, 2013); e *Introdução à psicologia* (Feldman, 2015).

RELAÇÕES DA PSICOPATOLOGIA COM A PSICOLOGIA GERAL

Segundo Sonenreich e Bassitt (1979), as relações da psicopatologia com a psicologia geral e a psiquiatria são múltiplas. Há diversas visões sobre a posição exata da psicopatologia em relação a essas duas outras ciências (Ionescu, 1997). Apresentam-se aqui algumas dessas visões:

- 1. Psicopatologia como “patologia do psicológico”.** Aqui, a psicopatologia é tida como um ramo da psicologia geral. Nesse sentido, se a psicologia é o estudo sistemático da vida psíquica normal, a psicopatologia deveria ser vista, então, não propriamente como uma disciplina autônoma, mas como uma parte ou um ramo da psicologia geral, uma subdisciplina que estuda os fenômenos anormais. Os fenômenos psicopatológicos (delírios, alucinações, alterações do humor, da vontade, etc.) seriam derivados dos fenômenos psicológicos normais, desvios em certa continuidade com os fenômenos normais.

2. **Psicopatologia como “psicologia (especial) do patológico” (da mente alterada ou patológica).** A psicopatologia seria, neste caso, uma ciência autônoma, porque, em seu campo de estudo, entraria uma série de fenômenos especiais que não representam alterações quantitativas do normal, simples desvios do normal. Alguns fenômenos psicopatológicos seriam produções novas, como o delírio verdadeiro, as alucinações verdadeiras, as alterações de humor no transtorno bipolar (TB). Seriam fenômenos originais, descontínuos, não deriváveis dos fenômenos psicológicos normais (como o pensamento e julgamento normal, as percepções normais, a afetividade normal).
3. **Psicopatologia como semiologia psiquiátrica.** Em tal concepção, a psicopatologia se concentraria na descrição e no estudo dos sintomas e dos sinais dos transtornos mentais, como unidades de estudo, sem se ater a questões outras da psiquiatria e psicologia clínica. É nesse sentido que Henri Ey (1965) emprega o termo, assim como muitos tratados clássicos de psiquiatria. É, aparentemente, uma perspectiva menos ambiciosa de ciência, mas de grande relevância para o avanço do conhecimento.
4. **Psicopatologia como propedêutica psiquiátrica.** Nessa conceitualização, a psicopatologia passa a ser vista como o campo de estudo dos princípios e dos métodos de estudo do adoecimento mental, a ciência introdutória e prévia à psiquiatria e psicologia clínica. Ela visaria elucidar as bases conceituais e epistêmicas da prática clínica em saúde mental, da psiquiatria e psicologia clínica como campos de saber, bem como os pressupostos filosóficos e metodológicos que fundamentam o estudo dos transtornos mentais. Seria, então, uma disciplina introdutória, preparatória para os estudos em psiquiatria e psicologia clínica.



4. A questão da normalidade e da medicalização

*Que é loucura: ser cavaleiro andante
ou segui-lo como escudeiro?
De nós dois, quem o louco verdadeiro?
O que, acordado, sonha doidamente?
O que, mesmo vendado,
vê o real e segue o sonho
de um doido pelas bruxas embruxado?*

Carlos Drummond de Andrade

A QUESTÃO DA NORMALIDADE EM PSICOPATOLOGIA

O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grande controvérsia, sendo fundamental o questionamento permanente e aprofundado sobre o que seriam o normal e o patológico (Almeida Filho, 2000).

Há questões particularmente difíceis na determinação de normalidade/anormalidade em psicopatologia. Historicamente, essas noções receberam grande **carga valorativa**; assim, definir alguém como normal ou anormal psicopatologicamente tem sido associado àquilo que é “desejável” ou “indesejável”, ou àquilo que é “bom” ou “ruim”. Tais valores, mesmo que se busque esclarecer que não devam estar presentes, retornam quase sempre, de forma explícita ou camuflada, quando se caracteriza alguém como “anormal” psicopatologicamente (Duyckaerts, 1966).

Além disso, o **comportamento** e o **estado mental** das pessoas **não são fatos neutros**, exteriores aos interesses e preocupações humanas. Não se fica indiferente perante outros indivíduos, ao lidar com seus comportamentos, sentimentos e outros estados mentais. A classificação de Plutão como *planeta-anão* ou *plutoide*, *asteroide* ou *cometa*, perdendo, enfim, o *status* de *planeta*, não

afeta nada, ou quase nada, a vida dos seres humanos. Já classificar de normal/anormal ou patológico/saudável alguém cuja orientação do desejo erótico é homossexual ou cuja identidade de gênero é de transgênero afeta marcadamente milhares de pessoas reais, para as quais essas definições interferem diretamente em suas vidas. Assim, o debate sobre normalidade em psicopatologia é um debate vivo, intenso, interessado, repleto de valores (explícitos ou não), com conotações políticas e filosóficas (explícitas ou não) e conceitos que implicam o modo como milhares de pessoas serão situadas em suas vidas na sociedade.

Obviamente, quando são casos extremos que estão em discussão, cujas alterações comportamentais e mentais são de intensidade acentuada e de longa duração, com sofrimento mental intenso e disfunções graves no dia a dia, como demências avançadas, psicoses graves ou deficiência intelectual profunda, o delineamento das fronteiras entre o normal e o patológico não é tão problemático. Entretanto, há muitos casos menos intensos e delimitados, além daqueles limítrofes e complexos em sua definição, nos quais a delimitação entre comportamentos, estados mentais e formas de sentir normais ou patológicas é bastante difícil e problemática. Nessas situações, o conceito de normalidade em psicopatologia e saúde mental ganha especial relevância. Na CID-11, o transtorno leve de personalidade (*mild personality disorder*) é um exemplo infeliz de criação de entidade nosológica que, por ser muito próxima ao comportamento de um grande número de pessoas em geral tidas como normais (p. ex., que, em apenas alguns contextos sociais, apresentam problemas não graves na identidade, alguma dificuldade em relações interpessoais, desempenho no trabalho e em relações sociais), poderá gerar diagnósticos psicopatológicos exagerados e medicalização inapropriada.

Tal problema não é exclusivo da psicopatologia, mas de toda a medicina e psicologia clínica (Almeida Filho, 2001). Tome-se, como exemplo, a questão da delimitação dos níveis de tensão arterial para a determinação de hipertensão ou de glicemia na definição do diabetes. Essas delimitações mudaram em função de visões de saúde e de políticas sanitárias da sociedade. Esse problema foi cuidadosamente estudado pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1943/1978), cujo livro *O normal e o patológico* tornou-se uma obra clássica e indispensável em tal discussão.

O **conceito de normalidade** em psicopatologia também implica a própria definição do que é saúde e doença/transtorno mental. Os próprios termos levantam discussão. No século XIX, usava-se o termo “**alienação**”, oriundo do

direito; no século XX, passou-se a usar o termo “**doença mental**”; e, nas últimas décadas, com os sistemas diagnósticos *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID) e *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) ganhando protagonismo, passou-se a usar o termo “**transtorno mental**”.

O termo “doença” foi criticado para a área de psiquiatria e psicologia clínica, pois implicaria sempre ou quase sempre alterações patológicas no corpo (no caso, no cérebro). Como em muitas das condições psicopatológicas não se evidenciam alterações anatômicas, fisiológicas ou histológicas no cérebro, convencionou-se usar o termo “transtorno”. Neste livro, usam-se como sinônimos os termos “doença” e “transtorno”.

Os temas relacionados ao debate sobre normalidade apresentam desdobramentos em várias áreas da saúde mental e da psicopatologia, a saber:

- 1. Psiquiatria e psicologia legal ou forense.** A determinação de anormalidade psicopatológica pode ter importantes implicações legais, criminais e éticas, podendo definir o destino social, institucional e legal de uma pessoa. A definição de alguém como normal psicopatologicamente significa que o indivíduo em questão é plenamente responsável por seus atos e deve responder legalmente por eles. Caso se defina a pessoa como anormal e tal anormalidade a impeça de avaliar a realidade e de agir racionalmente, respeitando as leis de sua sociedade, ela passa a ser considerada não responsável por seus atos, perdendo a autonomia, de um lado, e, de outro, a possibilidade de ser acusada e punida judicialmente. Assim, a definição de normalidade/anormalidade tem um peso marcante nessa dimensão da vida.
- 2. Epidemiologia dos transtornos mentais.** Nesse caso, a definição de normalidade é tanto um problema como um objeto de trabalho e pesquisa. A epidemiologia, inclusive, pode contribuir para a discussão e o aprofundamento do conceito de normalidade em saúde em geral e em psicopatologia, em particular.
- 3. Psiquiatria cultural e etnopsiquiatria.** Aqui, o conceito de normalidade é tema importante de pesquisas e debates. De modo geral, o conceito de normalidade em psicopatologia impõe a análise do contexto sociocultural. Aqui se exige necessariamente o estudo da relação entre o fenômeno supostamente patológico e o contexto social no qual tal fenômeno emerge e recebe este ou aquele significado cultural.

4. **Planejamento em saúde mental e políticas de saúde.** Nessa área, é preciso estabelecer critérios de normalidade, principalmente no sentido de verificar as demandas assistenciais de determinado grupo populacional, as necessidades de serviços, quais e quantos serviços devem ser colocados à disposição desse grupo, etc.
5. **Orientação e capacitação profissional.** São importantes na definição de capacidade e adequação de um indivíduo para exercer certa profissão, manipular máquinas, usar armas, dirigir veículos, etc. – por exemplo, o caso de indivíduos com déficits cognitivos e que desejam dirigir veículos, pessoas psicóticas que querem portar armas, sujeitos com crises epiléticas que manipulam máquinas perigosas, entre outros casos.
6. **Prática clínica.** É muito importante a capacidade de discriminar, no processo de avaliação e intervenção clínica, se tal ou qual fenômeno é patológico ou normal, se faz parte de um momento existencial do indivíduo ou se é algo francamente patológico. De modo geral, são incluídas na prática clínica apenas as pessoas com transtornos mentais; entretanto, isso não é absoluto, pois aquelas com sofrimento mental significativo, sem uma psicopatologia, também podem se beneficiar de intervenções profissionais em saúde mental, como psicoterapia, arte-terapia, orientação e mesmo, em certos casos avaliados individualmente e com cuidado, uso de psicofármacos por períodos breves.

Critérios de normalidade

Há vários e distintos critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um ou outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional ou da instituição em que ocorre a atenção à saúde (Canguilhem, 1978). Os principais critérios de normalidade utilizados em psicopatologia são:

1. **Normalidade como ausência de doença.** O primeiro critério que geralmente se utiliza é o de saúde como “ausência de sintomas, de sinais ou de doenças”. Segundo expressiva formulação de um dos fundadores das pesquisas médicas de intervenção sobre a dor física, René Leriche (1879-1955), “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (Leriche, 1936).
Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria, então, aquele indivíduo que simplesmente não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é

bastante falho e precário, pois, além de redundante, baseia-se em uma “definição negativa”, ou seja, define-se a normalidade não por aquilo que ela supostamente é, mas por aquilo que ela não é, pelo que lhe falta (Almeida Filho & Jucá, 2002).

2. **Normalidade ideal.** A normalidade aqui é tomada como certa “utopia”. Estabelece-se arbitrariamente uma norma ideal, aquilo que é supostamente “sadio”, mais “evoluído”. Tal norma é, de fato, socialmente constituída e referendada. Depende, portanto, de critérios socioculturais e ideológicos arbitrários e, às vezes, dogmáticos e doutrinários. Exemplos de tais conceitos de normalidade são aqueles com base na adaptação do indivíduo às normas morais e políticas de determinada sociedade (como nos casos do macarthismo nos Estados Unidos e do pseudodiagnóstico de dissidentes políticos como doentes mentais na antiga União Soviética).

3. **Normalidade estatística.** A normalidade estatística identifica norma e frequência. Trata-se de um conceito de normalidade que se aplica especialmente a fenômenos quantitativos, com determinada distribuição estatística na população geral (como peso, altura, tensão arterial, horas de sono, quantidade de sintomas ansiosos, etc.).

O normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Os indivíduos que se situam estatisticamente fora (ou no extremo) de uma curva de distribuição normal passam, por exemplo, a ser considerados anormais ou doentes. Esse é um critério muitas vezes falho em saúde geral e mental, pois nem tudo o que é frequente é necessariamente “saudável”, assim como nem tudo que é raro ou infrequente é patológico. Tomem-se como exemplo fenômenos como as cáries dentárias, a presbiopia, os sintomas ansiosos e depressivos leves, o uso pesado de álcool, os quais podem ser muito frequentes, mas que evidentemente não podem, *a priori*, ser considerados normais ou saudáveis.

4. **Normalidade como bem-estar.** A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946) definiu, em 1946, a saúde como o “completo bem-estar físico, mental e social”, e não simplesmente como ausência de doença. É um conceito criticável por ser muito amplo e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria “saudáveis”.

5. **Normalidade funcional.** Tal conceito baseia-se em aspectos funcionais e não necessariamente quantitativos. O fenômeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional e produz sofrimento para o próprio indivíduo ou para seu grupo social.
6. **Normalidade como processo.** Nesse caso, mais que uma visão estática, consideram-se os aspectos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, das desestruturações e das reestruturações ao longo do tempo, de crises, de mudanças próprias a certos períodos etários. Esse conceito é particularmente útil na chamada psicopatologia do desenvolvimento relacionada a psiquiatria e psicologia clínica de crianças, adolescentes e idosos.
7. **Normalidade subjetiva.** Aqui, é dada maior ênfase à percepção subjetiva do próprio indivíduo em relação a seu estado de saúde, às suas vivências subjetivas. O ponto falho desse critério é que muitas pessoas que se sentem bem, “muito saudáveis e felizes”, como no caso de sujeitos em fase maníaca no transtorno bipolar, apresentam, de fato, um transtorno mental grave.
8. **Normalidade como liberdade.** Alguns autores de orientação fenomenológica e existencial propõem conceituar a doença mental como perda da liberdade existencial. Dessa forma, a saúde mental se vincularia às possibilidades de transitar com graus distintos de liberdade sobre o mundo e sobre o próprio destino.

O psicopatólogo francês Henri Ey (1900-1977) formulou com clareza esta noção:

[...] as enfermidades físicas são ameaças à vida, as enfermidades mentais são **ataques à liberdade**. [...] no transtorno mental [...] o processo mórbido travando, bloqueando, dissolvendo a atividade psíquica, diminui a liberdade e responsabilidade do paciente mental (Ey, 2008, p. 77).

A doença/transtorno mental é, portanto, constrangimento do ser, é fechamento, fossilização das possibilidades existenciais. Dentro desse espírito, o psiquiatra gaúcho Cyro Martins (apud Guilhermano, 1996, p. 12) afirmava que a saúde mental poderia ser vista, em certo sentido, como a possibilidade de dispor de “**senso de realidade, senso de humor e de um sentido poético perante a vida**”, atributos esses que permitiriam ao indivíduo “relativizar” os sofrimentos e as limitações inerentes à condição humana e, assim, desfrutar do resquício de liberdade e prazer que a existência oferece.

9. Normalidade operacional. Trata-se de um critério assumidamente arbitrário, com finalidades pragmáticas explícitas. Define-se, *a priori*, o que é normal e o que é patológico e busca-se trabalhar operacionalmente com esses conceitos, aceitando as consequências de tal definição prévia. Até certo ponto, a demarcação de separação entre normal e patológico dos sistemas diagnósticos atuais (CID e DSM) emprega critérios operacionais e pragmáticos na definição dos transtornos mentais.

Portanto, de modo geral, pode-se concluir que os critérios de normalidade e de doença em psicopatologia variam consideravelmente em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalha e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional ou da instituição. Além disso, em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença/transtorno, de acordo com o objetivo que se tem em mente. De toda forma, essa é uma área da psicopatologia que exige postura permanentemente crítica e reflexiva dos profissionais.

MEDICALIZAÇÃO, PSIQUIATRIZAÇÃO, PSICOLOGIZAÇÃO

Em excelente trabalho abrangente e crítico, Rafaela T. Zorzanelli e colaboradores apontam para os múltiplos (e, às vezes, confusos) sentidos do termo “medicalização” na atualidade (Zorzanelli et al., 2014).

Campos e condições como infância e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), timidez e fobia social, envelhecimento e menopausa, memória e transtorno de estresse pós-traumático exemplificam temas que são reiteradamente incluídos nas críticas sobre medicalização. Por **medicalização** entende-se “o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007).

No campo da psicopatologia, medicalização é um conceito que se refere mais especificamente à transformação de comportamentos desviantes em doenças ou transtornos mentais, implicando geralmente a ação do controle e poder médico sobre as condições transformadas em *entidades médicas*.

Assim, o termo “medicalização” teve, no início do uso desse construto, um sentido de denúncia sobre o chamado “poder médico” (ver, por exemplo, as críticas de Zola, 1972). Os termos “psiquiatrização” (transformação de

problemas não psiquiátricos em psiquiátricos) e “psicologização” (transformação de problemas não psicológicos em psicológicos), embora menos empregados, teriam um sentido análogo ao de “medicalização”.

Assim, o que está em jogo na crítica que o termo “medicalização” implica é o processo ideológico e político de rotular comportamentos desviantes, moralmente repreensíveis ou mal-adaptados e transgressivos como doença, como transtorno mental, e, assim, monitorar, regular e controlá-los melhor, ou desqualificar as pessoas que recebem tal rótulo.

Na atualidade, a noção de medicalização se tornou mais problemática e complexa, sobretudo pela busca que pessoas não profissionais fazem por identidades relacionadas a certas condições médicas e pela apropriação de categorias médicas pela população em geral (Zorzaneli et al., 2014).

Embora a denúncia da medicalização, psiquiatrização e psicologização seja importante, há diversos aspectos controversos em torno dela. Em diversos países e no Brasil, em particular, há o paradoxo de muitas pessoas com transtornos mentais graves (como esquizofrenia, transtorno bipolar, autismo, depressão grave, etc.) não terem acesso a cuidados de saúde mental adequados, enquanto em outros grupos, socioeconomicamente mais privilegiados, há medicalização e psiquiatrização de condições não médicas (p. ex., a tristeza comum, decorrente de conflitos e/ou infelicidade conjugal, sendo medicalizada como “depressão” e tratada com psicofármacos, ou o fracasso escolar devido a inadequações pedagógicas sendo psiquiatrizado como TDAH).

A questão, na maioria das vezes, não é se o indivíduo recebe ou não diagnóstico e tratamento médico, psiquiátrico ou psicológico, mas, antes, se aqueles que necessitam de fato recebem diagnóstico e tratamento adequados, e aqueles que não necessitam possam ficar isentos de ações médicas com implicações inadequadas (Glasziou, 2013).

A definição de um conjunto de comportamentos como normal ou anormal, como transtorno mental, transgressão legal ou anormalidade social, tem implicações marcantes sobre a economia (p. ex., a indústria farmacêutica), a vida política, o sistema judicial e, enfim, sobre a vida concreta, muitas vezes, de milhares de pessoas.

