

SEMI-IMPUTABILIDADE, NEUROSE E A TEORIA DOS EIXOS¹

ÂNGELO ROBERTO ILHA DA SILVA

Doutor em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Professor Universitário. Procurador da República

RICARDO HOLMER HODARA

Doutor em Ciências Cognitivas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicólogo Clínico

Resumo: O tema que se traz a debate diz respeito a uma das categorias tida por muitos como um dos componentes na compreensão do que seja semi-imputabilidade ou capacidade penal diminuída, a denominada neurose. Atentando-se para o fato de que a referida categoria constituiria para muitos hipótese enquadrável no parágrafo único do art. 26 do Código Penal, procedeu-se, com o estudo, a um esforço no sentido de delinear conceitualmente o que seja neurose, bem como aferir sua repercussão na imputabilidade penal, tudo com base nos manuais The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, os DSM.

Palavras - chave: Capacidade penal diminuída - Semi-imputabilidade - Neurose - Teoria dos Eixos

Abstract: This article debates the legal category which holds the idea of “neurosis” and its conceptual framework as a component of the so called “diminished penal capacity”. We criticize the referred category due to its ill-defined scientific concept as it was introduced into the Brazilian art. 26 of the Penal Code. We just proceed with this study in order to make an effort to delineate what might be “neurosis”, as well as to check its conceptual changing during the recent decades. We address the official and historic DSM guide (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) as the source which endorses our assumptions.

Keywords: Diminished penal capacity - Neurosis - Multiaxial inventory of mental disorders

¹ Motivou-nos a escrever este breve texto o fato de estarmos trabalhando em escrito mais amplo de caráter monográfico sobre psicopatologia forense, o qual se encontra em fase de conclusão.

SUMÁRIO: 1 Introdução; 2 Considerações preliminares; 3 A disciplina legal da semi-imputabilidade e a neurose; 4 Em busca do conceito de neurose; 5 Teoria de espectro & o inconsciente, fé na existência do verdadeiro eu e (ir)responsabilidade penal; 6 Conclusão

I INTRODUÇÃO

O trabalho ora ofertado tem por objetivo precípuo empreender um delineamento conceitual acerca do fenômeno conhecido como neurose, qualificativo dos denominados fronteiriços, o qual, segundo significativa corrente doutrinária, constitui causa – ao lado de outras tantas – de diminuição da capacidade penal de agente delituoso.

A evolução no campo das ciências que estudam o psiquismo foi particularmente significativa nas últimas décadas, resultando no que tange à aferição e à catalogação de doenças mentais, especialmente com a edição do DSM-IV, *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quarta versão, e que será o referencial de nosso estudo.

Tanto o problema da inimputabilidade quanto o problema da semi-imputabilidade ou capacidade penal diminuída, constituem temas a desafiar estudos em nível de tratado, tal é a complexidade e a polêmica que os envolvem. Porém, aqui nosso objetivo é bem delimitado: examinar em que consiste a neurose, bem como apurar se essa categoria enquadra-se nos casos de semi-imputabilidade de que cuida o parágrafo único do artigo 26 do Código Penal.

2 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Consoante asseverava Anibal Bruno,¹ a “natureza não traça linha firme entre o são e o insano mental”. Entre uma e outra situação haveria uma “zona de limites imprecisos”, cujos ocupantes enquadrar-se-iam numa denominada “faixa cinzenta”. José Frederico Marques² obtemperava

¹ BRUNO, Anibal. *Direito Penal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1967. t. 2, p. 138.

² MARQUES, José Frederico. *Tratado de Direito Penal*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, v. II, p. 190-191.

tratar-se o problema da semi-imputabilidade um dos mais controvertidos, aí inserindo-se os chamados psicopatas, como fórmula mais ou menos genérica, incluindo-se, segundo o autor, como subespécies “os histéricos, neurastênicos e perversos” (não há o negrito no original).

A lição de Nelson Hungria³ é particularmente interessante para se ter uma idéia do terreno movediço a se palmilhar, inclusive no que tange ao setor doutrinário que podemos identificar como adeptos da psicoterapia dinâmica: “Finalmente, vejamos o que postula a psicologia individual, que tem relação muito íntima com o marxismo. A doutrina foi formulada por Adler, discípulo dissidente de FREUD, e encontrou apóstolos decididos em Eugen Schmidt, Wexberg e Bohne. A tese adleriana é um amálgama de Freud, Nietzsche e Marx. Não é o instinto sexual que deve explicar a dinâmica do psiquismo. Predomina em nós o instinto do Ego (Ichtriebe), cujo conteúdo é o desejo de poder. Nos neuróticos, esse instinto se exaspera e atua mais que o Eros de Freud ou a libido de JUNG. O conflito não ocorre entre o sexualismo e as inibições éticas, mas entre o instinto egoístico da personalidade e a realidade social. O que o indivíduo manda para o inconsciente são as lembranças de tudo quanto, no domínio do consciente, tornariam presentes à memória os seus próprios defeitos e os seus insucessos sociais e lhe criariam um penoso complexo de inferioridade. É este sentimento que produz o neurótico, em cujo inconsciente se lhe disfarça a debilidade ou insuficiência do eu” (os grifos em negrito não constam no original).

Por sua vez, Francisco de Assis Toledo,⁴ jurista que ocupou a presidência da Comissão de Reforma que ensejou a Nova Parte Geral do Código Penal, por meio da edição da Lei nº 7.209/84, sustentava que o aspecto volitivo da culpabilidade poderia não estar vinculado ao aspecto cognitivo, constituindo, segundo o autor, precisamente “o que ocorre com alguma frequência em indivíduos portadores de certas psiconeuroses, os quais agem com plena consciência do que fazem, mas não conseguem ter domínio de seus atos, isto é, não podem evitá-los. São situações mórbidas, experimentalmente identificadas e comprovadas [...]” (g.n.). O disposto do parágrafo único do art. 26 abarcaria tais hipóteses, cuja consequência seria

³ HUNGRIA, Nelson. *Comentários ao Código Penal*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1978. v. I, t. II, p. 346.

⁴ TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios Básicos de Direito Penal*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 316.

o abrandamento da pena, em face da redução da capacidade penal.

O entendimento segundo o qual a neurose configuraria hipótese de semi-imputabilidade ou de capacidade diminuída é esposado por Hélio Gomes, cuja obra sobre Medicina Legal constitui texto básico nas faculdades de direito, Brasil afora, cujo quadro de anomalias delimitado pelo autor ora se reproduz:

Limites e modificadores da responsabilidade penal e da capacidade civil⁵

a) **Biológicos:** Idade
sexo
Emoção e paixão normais
Agonia (moribundos)

b) **Psicopatológicos:** Sonambulismo
Hipnotismo
Surdo-mudez
Afasia
Prodigalidade
Embriaguez

c) **Psiquiátricos:** Dependência de drogas
Doenças mentais
Deficiências de inteligência
Transtornos de personalidade
Neuroses

d) **Mesológicos:** Civilização (silvícolas)
Psicologia coletiva (multidões)

e) **Legais:** Causa e circunstâncias do crime

Asier Urruela Mora⁶ adverte, referindo-se ao “concepto popular de

⁵ GOMES, Hélio. *Medicina Legal*. 33. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004. p. 514.

⁶ URRUELA MORA, Asier. *Imputabilidad Penal y Anomalia o Alteración Psíquica: La Capacidad de Culpabilidad Penal a la Luz de los Modernos Avances en Psiquiatria y Genética*. Bilbao: Comares, 2004. p. 282.

neurosis”, para “la falta de consenso existente en el seno de la Ciencia psiquiátrica en torno a la relevancia de los referidos trastornos a efectos de su incidencia sobre las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto”.

Porém, o que se entende por neurose hoje e qual sua repercussão no âmbito da capacidade penal? Além disso, qual a utilidade da manutenção do conceito no estágio atual? Após fazermos breve incursão acerca da disciplina legal da semi-imputabilidade envidaremos em nos desincumbir das indagações levantadas.

3 A DISCIPLINA LEGAL DA SEMI-IMPUTABILIDADE E A NEUROSE

A disciplina legal da semi-imputabilidade ou da capacidade penal diminuída é-nos dada pelo parágrafo único do Código Penal, cuja dicção soa nos seguintes termos:

“Art. 26 [...]

Redução da pena

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Prevê o parágrafo único do art. 26 do CP, a hipótese da capacidade penal diminuída ou semi-imputabilidade. Consoante a reforma procedida pela Lei nº 7.209/84, optou-se pelo o sistema vicariante em detrimento do sistema do duplo binário,⁷ previsto na sistemática original do Código Penal de 1940. Pelo sistema do duplo binário o semi-imputável deveria cumprir pena e medida de segurança como consequência jurídica pela prática de um fato punível. Isso, como bem leciona Miguel Reale Júnior,⁸ impunha “prejuízo para o condenado, pois se cumpria antes a medida de segurança curativa depois desperdiçaria o tratamento com o aprisionamento; se cumpria antes a pena, a periculosidade existente só se agravaria

⁷ Sobre o tema, leia-se, ainda, DIAS, Jorge de Figueiredo. *Direito Penal Português – As Consequências Jurídicas do Crime*. Lisboa: Aequitas, 1993. p. 413.

⁸ REALE JÚNIOR, Miguel. *Instituições de Direito Penal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004. v. II, p. 212.

no meio prisional, tornando mais difícil o tratamento posterior”.

Hoje, ao semi-imputável ou ao agente com capacidade diminuída, é imputada uma medida de segurança, “tendo como pressupostos a prática de ilícito-típico aliado ao pressuposto subjetivo traduzido na periculosidade do agente”.⁹ Segundo Luiz Régis Prado,¹⁰ “constitui uma causa geral diminuinte de pena”. Não obstante, ao agente que esteja incurso na descrição do referido parágrafo poderá, ainda, o juiz abrir mão da pena aplicando-lhe uma medida de segurança, para fins de tratamento, sempre que observar tratar-se de caso em que necessite o condenado de especial tratamento curativo (art. 98 do CP). A medida pode tanto ser privativa de liberdade como não privativa de liberdade,¹¹ conforme se tratar o fato praticado de crime sujeito à pena de reclusão ou à de detenção, respectivamente.

Por derradeiro, sustenta Claus Roxin¹² que a capacidade de culpabilidade diminuída não é uma forma autônoma de “semi-imputabilidade” verificável entre a imputabilidade e a inimputabilidade, senão um caso de imputabilidade (ou capacidade). Isso porque o agente encontra-se (ainda) capaz de compreender o injusto do fato e de atuar conforme essa compreensão.

Consoante ressaltamos supra, há, e de forma expressiva, quem inclua os casos de semi-imputabilidade em uma zona fronteira, e, por outro lado, como quer Roxin, sejam tais casos considerados como de imputabilidade (ainda que diminuída), e não como uma categoria distinta (um *tertium genus*) de semi-imputabilidade.

Seja como for, abstraída essa discussão pontual, importa-nos, neste estudo procedermos a uma tomada de posição especificamente quanto a neurose, enquanto espécie compreendida no gênero semi-imputabilidade ou capacidade diminuída (ou de imputabilidade – ainda –, como quer Roxin).

⁹ FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 135.

¹⁰ PRADO, Luiz Régis. *Curso de Direito Penal Brasileiro*. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. v. 1, p. 378.

¹¹ GRACÍA MARTIN, Luis. *Tratado de las Consecuencias Jurídicas del Delito*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2006. p. 467.

¹² ROXIN, Claus. *Strafrecht. Allgemeiner Teil*. 4. Auflage. München: Verlag C. H. Beck, 2006, Band I, p. 902: “Die erheblich vermindere Schuldfähigkeit ist keine zwischen Schuldfähigkeit und Schuldunfähigkeit liegende selbstständige Form der ‘Halbzurechnungsfähigkeit’, sondern ein Fall der Schuldfähigkeit. Denn der Täter ist (noch) fähig, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln”.

4 EM BUSCA DO CONCEITO DE NEUROSE

Segundo leciona José Cerezo Mir,¹³ a descoberta da existência de pessoas cuja capacidade de culpabilidade para efeito de restrição da intervenção penal sob essa ótica, a par da incapacidade, concorreriam agentes cuja capacidade estaria diminuída procedeu-se ao final do século XIX. Estariam compreendidos na conceito de capacidade reduzida várias categorias, tais como os toxicômanos e até para alguns os psicopatas, que reclamam um estudo a parte. No Brasil, pode-se afirmar que, consoante entendimento doutrinário, a neurose seria o caso de semi-imputabilidade por excelência. Mas do que é mesmo que se está tratando?

O conceito de neurose, surgido no século XIX, e popularizado ao extremo por Freud e pela psicanálise, talvez tenha sido o mais equívoco e amplo conceito da psiquiatria em todos os tempos.

Nada era tão amplo ou eclético quanto o conceito de neurose. De acordo com os DSM-I e II – os dois primeiros grandes manuais diagnósticos e oficiais da psiquiatria norte-americana, elaborados em estreita correlação com o CID (código internacional de doenças), e que também eram manuais de orientação dinâmica e psicanalítica – o paciente diagnosticado poderia sofrer de quase todos os males possíveis e imagináveis em função da neurose.

Havia códigos diagnósticos oficiais para os mais variados tipos de transtorno físico ou cerebral, e que espontaneamente emergiam a partir do multivalente conceito de “neurose”.

De 1952, data da versão oficial dos DSM-I, até 1980, quando da publicação do dissidente e revolucionário DSM-III – o qual marcou época por instaurar o polêmico término da hegemonia da psicanálise na psiquiatria americana e no CID – o cidadão americano comum poderia ser oficialmente diagnosticado como, por exemplo, portador das mais variadas e díspares afecções (supostamente) de origem puramente psíquica e neurótica, como retirado da própria página do documento médico oficial de 1952 e escaneado a partir da biblioteca dos autores (figura 1).

Em resumo, eram diagnosticados e oficialmente definidos como de causa neurótica, isto é, psicogênica, emocional ou psicofisiológica, às vezes com simbolismo psicanalítico revelador da reação de conversão

¹³ CERZO MIR, José. *Curso de Direito Penal Español*. Madrid: Tecnos, 2001 (reimpressão 2004), p. 102.

histérica¹⁴, sendo então explicados transtornos clínicos tão díspares, quanto, por exemplo:

Vômito nervoso, amenorréia neurótica, espasmo histérico da laringe (sensação de bola na garganta), falsa gravidez neurótica, “intestino” neurótico, neurose da bexiga e do reto, retenção neurótica de urina, impotência e frigidez neuróticas, excesso ou falta de menstruação por neurose, coito doloroso e menopausa precoce de base neurótica, afecções de pele neuróticas (psoríase, etc), dor de garganta neurótica, gastrite emocional (neurótica), refluxo neurótico, espasmos da faringe neuróticos, câibras neuróticas, neurose da bexiga com ou sem incontinência, e muitos outros transtornos somatoformes supostamente psicogênicos, incluindo conversões históricas neuróticas, como, por exemplo, problemas de coordenação do timbre ou qualidade do som das cordas vocais, anestesia e perda de sensibilidade da garganta, parestesia e hiperestesia supostamente de origem não epilética, paralisia da fala, incontinência urinária, problemas de ereção, boca seca ou com saliva em excesso, mutismo súbito, acne nervosa, estrabismo, oclusão vascular da retina com perda fugaz de visão.

Além de reações propriamente emocionais e comportamentais também tidas como psicogênicas e neuróticas, como, por exemplo, o cansaço e irritabilidade sem explicação orgânica na época (deduzida, ad hoc, ergo, neurótica...) como na neurastenia, perda ou mudança neurótica de paladar ou olfato, cegueira ou surdez históricas, reação paranóide, ataque histérico similar ao epilético mas sem desmaio ou convulsão, e muito mais.

Observe-se que, à guisa de introdução, o trecho dos DSM exemplificados acima, introduzem a noção – de fato, uma noção psicanalítica – de que existem certas afecções da mente, ou transtornos, que seriam puramente psicogênicos, sem nenhum transtorno ou distúrbio correspondente no tecido nervoso cerebral: eram as doenças puramente emocionais defendidas, principalmente, por Freud e seus seguidores.

Mister, também, fazer notar que no período 1952 (DSM-I) até o não tão distante 1980 (ruptura dessa tradição, com o surgimento dos DSM-III), a psiquiatria norte-americana e ocidental afirmava, explicitamente, a validade de uma psicologia sem matéria e de importantes transtornos clínicos que supunham a existência de uma mente “sem cérebro”.

¹⁴ Nesse caso, o sintoma não seria “apenas” neurótico, mas também revelador de trauma ou conflito inconsciente de fundo sexual.

106

MENTAL DISORDERS

The classification of Mental deficiency has been restricted to hereditary, or familial and idiopathic. Mental deficiency as a part of the clinical picture associated with organic brain syndromes is compensated for by the use of the decimal digit combination x4.

Psychiatric disorders of psychogenic origin, or without brain tissue impairment are classified under the second caption. A change from previous editions is the expansion of the schizophrenic reactions and the reduction in the number of manic depressive reactions. The major change however, has been the inclusion of the classification of "Psychophysiologic autonomic and visceral disorders." These disorders formerly were classified under the various topographic disease sections of the nomenclature but have now been transferred to this section in recognition of the involvement of both psychic and somatic factors in these conditions. Some of the conditions transferred to this section are:

Code No. 3rd Ed.	Code No. 4th Ed.	Code Supp. Term	Old Diagnosis	New Diagnosis
110-550	001-580		Neurotic excoriations	Psychophysiologic skin reaction
631-550	006-580		Neurosis of pharynx	Psychophysiologic gastrointestinal reaction (Indicate manifestation by Supplementary Term)
631-555	000-x03	9222	Spasm of pharynx, hysterical	Conversion reaction
646-558	006-580	662	Achylia gastric, neurotic	Psychophysiologic gastrointestinal reaction (Indicate manifestation by Supplementary Term)
648-558	006-580	272	Atony of stomach, neurotic	Psychophysiologic gastrointestinal reaction (Indicate manifestation by Supplementary Term)
642-559	006-580	663	Hyperchlorhydria, neurotic	Psychophysiologic gastrointestinal reaction (Indicate manifestation by Supplementary Term)
640-550	006-580		Gastric neurosis	Psychophysiologic gastrointestinal reaction (Indicate manifestation by Supplementary Term)
640-556	006-580	614	Nervous vomiting	Psychophysiologic gastrointestinal reaction (Indicate manifestation by Supplementary Term)

Ao findar os anos setenta, no entanto, não apenas a “neurose” iria desaparecer dos manuais diagnósticos, como também a crença dogmática na existência de transtornos ou doenças mentais ou comportamentais em que o hardware do sistema, o cérebro, não estivesse diretamente envolvido.

Também estava implícito, naqueles DSM antigos, dada a centralidade do conceito de neurose e de seus complexos supostamente de etiologias universais, a noção de que não existiria um critério de demarcação claro, entre o são e o insano.

Essa tese era decorrente da teoria de espectro da doença mental, comum à tradição psicanalítica, e também uma decorrência natural da idéia de que os mesmos dinamismos inconscientes e traumas estão na base de todas as desordens psicogênicas ou funcionais da mente, caráter e emoções.

E, é claro, ao ruir do paradigma, todo esse conceito de que sanidade e insanidade compartilham as mesmas origens, participando de um mesmo continuum, estariam, por sua vez, também colocadas em cheque.

Ato contínuo, quando caem os fundamentos nosológicos e diagnósticos dos primeiros DSM de vertente analítica, também surgem, nascidos a partir do fênix meramente classificatório e sem julgamentos etiológicos prévios, como sugerido por Kraepelin¹⁵, os esquemas multiaxiais de definição do insano, permanecendo em aberto, quando não “sub judice”, a crença apriorística de que todos nós, uns mais, outros menos, somos fundamentalmente “loucos” em alguma medida diferenciadora e sobre um mesmo eixo qualitativo e humano básico.

Em lugar de focalizar em qualquer causa psicológica hipotetizada como subjacente às desordens mentais, Kraepelin deu ênfase à classificação de acordo com os (1) sintomas exclusivos da desordem, a seu (2) curso comum de desenvolvimento, e a seu (3) eventual resultado definitivo.

Posterior e mais recentemente, os organizadores dos DSM, em Washington, acrescentaram modernos estudos epidemiológicos estatísticos de comorbidade que permitiram “filtrar” e estabelecer a nosologia dos transtornos mentais com muito mais clareza, sugerindo, à parte, nítidos interfaces para as primeiras definições etiológicas rigorosamente científicas, i.e., baseadas em enunciados positivos. Numa palavra:

¹⁵ SHORTER, A. *History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, 1997. p. 108.

empiricamente observáveis e apuráveis.

Assim permitiram, os pesquisadores, que entendêssemos, antes de dispormos de diagnósticos oficiais pesquisados, quando estávamos apenas usando sinônimos diagnósticos (trocando seis por meia dúzia, por assim dizer) de forma a não mais cometermos esse erro de redundância e ambigüidade, e a entender quais quadros eram autônomos como modelos passíveis de critério diagnóstico objetivo – quadros nosológicos “de fato”, não apenas “de direito”.

E, desses quadros nosológicos, enfim, quais eram mais característicos e independentes que outros, quais eram mais comórbidos com outros quadros apesar de autônomos entre si, quais sintomas ou síndromes (conjuntos de sintomas) eram isolados e incapazes de definir novas possíveis nosologias por insuficiência de consistência estatística, mesmo quando suficientes e necessários para determinar a existência de um diagnóstico já firmado ou de um diagnóstico não específico por exclusão dos diagnósticos já firmados, caso esse em que tais síndromes desconhecidas são estatisticamente consistentes, mas populacionalmente ainda não significativos.

Enfim, havíamos aprendido a arte de diagnosticar empiricamente, sem pressupostos etiológicos ou pré-julgamentos teóricos, por mais excitantes ou interessantes que parecessem ser, a partida do jogo do conhecimento.

Em suma, a visão classificatória dura e objetiva, estatística, biológica e matemática, e, principalmente empiricista de Kraepelin, “Depressão, esquizofrenia, e assim sucessivamente era diferente da mesma maneira que caxumbas e pneumonia eram diferentes”¹⁶.

A aproximação classificatória de Kraepelin era puramente operacional em termos de coleta de dados para criação de novos quadros nosológicos e diagnósticos objetivamente definidos para a obtenção de uma capacidade diagnóstica psiquiátrica precisa e etiologicamente neutra.

Não obstante, Kraepelin não prescindia de uma visão teórica da natureza da doença e do transtorno mental¹⁷: ele acreditava que as desordens mentais são melhor compreendidas como análogas de doenças físicas; que a classificação dos transtornos demandam uma observação cuidadosa apenas dos sintomas visíveis em vez de teorias causais nunca comprovadas,

¹⁶ SHORTER, E. *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, 1997. p. 110.

¹⁷ YOUNG, Allan. *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. NJ: Princeton, 1995. p.18.

DSM-III CLASSIFICATION: AXES I AND II CATEGORIES AND CODES

All official DSM-III codes and terms are included in ICD-9-CM. However, in order to differentiate those DSM-III categories that use the same ICD-9-CM codes, unofficial non-ICD-9-CM codes are provided in parentheses for use when greater specificity is necessary.

The long dashes indicate the need for a fifth-digit subtype or other qualifying term.

DISORDERS USUALLY FIRST EVIDENT IN INFANCY, CHILDHOOD OR ADOLESCENCE

Mental retardation

(Code in fifth digit: 1 = with other behavioral symptoms [requiring attention or treatment and that are not part of another disorder], 0 = without other behavioral symptoms.)

- 317.0(x) Mild mental retardation, _____
- 318.0(x) Moderate mental retardation, _____
- 318.1(x) Severe mental retardation, _____
- 318.2(x) Profound mental retardation, _____
- 319.0(x) Unspecified mental retardation, _____

Attention deficit disorder

- 314.01 with hyperactivity
- 314.00 without hyperactivity
- 314.80 residual type

Conduct disorder

- 312.00 undersocialized, aggressive
- 312.10 undersocialized, nonaggressive
- 312.23 socialized, aggressive
- 312.21 socialized, nonaggressive
- 312.90 atypical

Anxiety disorders of childhood or adolescence

- 309.21 Separation anxiety disorder
- 313.21 Avoidant disorder of childhood or adolescence
- 313.00 Overanxious disorder

Other disorders of infancy, childhood or adolescence

- 313.89 Reactive attachment disorder of infancy
- 313.22 Schizoid disorder of childhood or adolescence

- 313.23 Elective mutism
- 313.81 Oppositional disorder
- 313.82 Identity disorder

Eating disorders

- 307.10 Anorexia nervosa
- 307.51 Bulimia
- 307.52 Pica
- 307.53 Rumination disorder of infancy
- 307.50 Atypical eating disorder

Stereotyped movement disorders

- 307.21 Transient tic disorder
- 307.22 Chronic motor tic disorder
- 307.23 Tourette's disorder
- 307.20 Atypical tic disorder
- 307.30 Atypical stereotyped movement disorder

Other disorders with physical manifestations

- 307.00 Stuttering
- 307.60 Functional enuresis
- 307.70 Functional encopresis
- 307.46 Sleepwalking disorder
- 307.46 Sleep terror disorder (307.49)

Pervasive developmental disorders

Code in fifth digit: 0 = full syndrome present, 1 = residual state.

- 299.0x Infantile autism, _____
- 299.9x Childhood onset pervasive developmental disorder, _____
- 299.8x Atypical, _____

Specific developmental disorders

Note: These are coded on Axis II.

- 315.00 Developmental reading disorder
- 315.10 Developmental arithmetic disorder
- 315.31 Developmental language disorder
- 315.39 Developmental articulation disorder
- 315.50 Mixed specific developmental disorder
- 315.90 Atypical specific developmental disorder

e que a pesquisa empírica demonstraria as origens orgânicas e bioquímicas da doença mental, mais cedo ou mais tarde.

Seguindo essa linha de abordagem do velho cientista alemão, agora enriquecida por enormes surveys de dados e cruzamento computadorizados de informação provenientes de milhares de profissionais de saúde espalhados por toda a rede clínica americana, os novos DSM, a partir da versão III – a primeira versão não mais etiológica nem psicanalítica – ao redescobrir sistemas classificatórios empíricos e sem pressupostos etiológicos, também inaugurou a nova sistemática de múltiplos eixos estatísticos para o diagnóstico do transtorno ou doença mental, abandonando as “seções” nosológicas e monoaxiais da anterior tradição.

Ora, como na raiz dessa enorme mudança psiquiátrica mundial reside o virtual desaparecimento do conceito de “neurose”, dentre outros conceitos, e, cientes das conseqüências fundamentais de tal fato para as áreas de ciências humanas e jurídicas, dedicaremos os parágrafos seguintes ao estudo dessa dissolução e do que a ela seguiu-se, e daremos menos ênfase às explicações técnicas quanto ao funcionamento dos diversos eixos diagnósticos dos atuais DSM-IV.

Se é verdade que os pediatras de hoje em dia, quando não sabem o que está acontecendo com a criança, sempre alegam que “é uma virose”, também os clínicos do passado, quando não entendiam a causa da típica doença somática que observavam, alegavam “neurose”, causa psicossomática, ou seja, gerada pelo inconsciente do paciente e decorrente de traumas de infância mal elaborados ou imaturidade emocional.

Assim, a neurose tornava-se um guarda-chuva que tudo podia explicar com base no circuito problema emocional de base neurótica, voluntária mas inconscientemente criado por sujeitos igualmente saudáveis do ponto de vista orgânico e cerebral, e que se expressavam simbolicamente por meio dos mais variados transtornos de saúde e sintomas clínicos, via de regra ligados direta ou indiretamente à sexualidade do paciente. Assim rezava a velha cartilha.

O paciente, por conseqüência, podia sofrer de quase tudo, em termos de neurose, pois acreditava-se que quase todo quadro sintomático concebível juntamente com suas queixas poderia ser de origem histérica ou hipocondríaca, neurótica, e que, portanto, quase todo transtorno aparente poderia ser psicogênico, criado pela mente do neurótico, com intensa realidade e vívido sofrimento.

No nível da explicação do porquê de tão estranhos resultados supos-

tamente causados por neuroses e vivências infantis sexuais traumáticas, advinham “pérolas de sabedoria”, inclusive de psicanalistas didatas famosos pelos quais muitos dos psicólogos ou psiquiatras em “formação”, passaram, como, por exemplo, a explicação para sintomas de conversão histérica no caso da cegueira ou surdez supostamente de causa neurótica: “o paciente, de repente, viu o que não devia ver... e, por associação a cenas angustiantes e proibidas observadas na infância, e agora lembradas de súbito, nega-se a ver qualquer outra coisa mais, sendo que dessa cegueira histérica resulta uma redução, mesmo que neurótica e pouco adaptativa, da ansiedade causada pela cena primária” (cena primária: ver os pais transando na infância).

Em suma, a profissão de fé pública dos psiquiatras da época da “neurose” e dos “complexos”, e de diversos profissionais da saúde humana influenciados por um misto de desconhecimento dos processos materiais e fisiológicos mais complexos e específicos do cérebro e do corpo, fundidos à ideologia psicanalítica hegemônica, produziram um tal repertório de diagnósticos oficiais não condizentes com os reclamos científicos e uma tal plethora de pressupostos etiológicos explanatórios ainda mais inadequados, que, hoje, ao revermos tal época, só nos resta a perplexidade.

E, talvez, os profissionais da psicologia também sintam um certo remorso, no caso específico dos profissionais mais antigos e conscienciosos, devido aos erros e excessos ou falta de humildade intelectual, naquela época em que tudo sabia-se a priori graças à infalível formação psicanalítica.

Como vemos, “neurose” era “pau pra toda obra”. Apesar dessa vaguidade conceitual, entretanto, sabemos que a Ciência possui e usa, muitas vezes, conceitos úteis, mesmo que do tipo super-ordenado, como a “neurose” da psiquiatria antiga ou como a palavra super-ordenada “coisa” usada na língua ordinária; e não nos envergonhemos disso.

Os exemplos são vários e muito úteis, e historicamente prolíficos: “energia”, “matéria”, “partícula”, “noção matemática”, “quantidade”, “qualidade”, “movimento”, “lugar no espaço”, e assim por diante. Por que, então, o super-ordenado “neurose” seria tão ruim?

O maior problema com o conceito “neurose” estava subsumido em sua presunção racionalista: tudo que parecia ser de origem nervosa e que não tinha, ainda, outra explicação empírica, surgia como mais uma possível neurose, como um desdobramento da mesma fonte etiológica “descoberta” por Freud e seguidores.

Poderíamos até fazer uma pequena figura ilustrativa, em que o

analista, ao observar uma estranha e nunca antes descrita dor no pé de um paciente pedólatra, dor supostamente psicogênica, diria: “ – ora, essa, nada de imprevisto nem de estranho! Eis aqui mais um caso óbvio de histeria, mais um caso de neurose de conversão, pois não devem também existir pedólatras capazes de sentir o resultado ansiogênico do conflito e do mal-estar oculto em suas motivações sexuais inconscientes? Como de resto ocorre na mente de qualquer outro ser humano?”.

Sem dúvida, o equivocado “conhecimento” estava estabelecido na psiquiatria, e os manuais cresciam de forma ad hoc.

Finalmente, e em termos de conclusão, era pressuposto que, na origem etiológica comum das neuroses, especialmente dos sintomas de conversão, havia sempre o mesmo complexo ou trauma de origem: assim, a priori e de forma ad hoc, sempre atribuía-se à infância e à sexualidade mal resolvida, nas diversas etapas da vida individual, a causa última dos problemas somáticos, mentais, de interação social ou emocionais vividos no aqui e agora.

E o resultado, além de estéril, em termos de tratamento, pressupunha que fenômenos materialmente muito diversos, e que não guardavam nenhuma semelhança objetiva entre si, fossem estudados dentro da camisa-de-força de um pressuposto etiológico comum. Dessa forma, inibia-se tanto um tratamento clínico diversificado e interdisciplinar eficiente, quanto a própria pesquisa livre de causas variadas possíveis e não obrigatoriamente colimadas pela matriz daquela única causa pressuposta.

Assim, e em síntese, para além da evidente obsolescência histórica do conceito em tela, podemos afirmar que “neurose” não era apenas um conceito apriorista e anti-empírico (não-testável ergo irrefutável) e formulado de forma não consistente do ponto de vista científico. E também não era apenas um conceito vago e impreciso.

O conceito “neurose” não era tampouco apenas uma construção com pouca utilidade prática na clínica ou em termos pragmáticos e tecnológicos.

Mais do que isso, a etiologia apriorista “neurose” era um inibidor da diversificação dos métodos e descobertas, era inibidor de novas hipóteses, e da eventual sugestão de um pluralismo metodológico causal que poderia e deveria ser postulado em termos experimentais para fazer avançar o conhecimento psicológico, ou seja, “neurose” havia se convertido num conceito anti-heurístico, numa verdadeiro sofisma de autoridade.

Enfim, diríamos, que o conceito “neurose”, ao término dos anos

sessenta, havia se transformado num conceito com roupagem escolástica.

IV. NEUROSES (300)

300 Neuroses

- .0 Anxiety neurosis
- .1 Hysterical neurosis
- .13* Hysterical neurosis, conversion type*
- .14* Hysterical neurosis, dissociative type*
- .2 Phobic neurosis
- .3 Obsessive compulsive neurosis
- .4 Depressive neurosis
- .5 Neurasthenic neurosis ((1 Neurasthenia
- .6 Depersonalization neurosis ((Depersonalization syndrome))
- .7 Hypochondriacal neurosis
- .8 Other neurosis
- .9 [Unspecified neurosis]

Texto 1: Classificação das Neuroses nos DSM-II (1968) - última versão publicada de manual psiquiátrico oficial sob orientação psicanalítica nos EUA.

Observe-se, aqui, nesse excerto de um documento já considerado como parte da história passada da medicina e psicologia, a grande confusão reinante à época da psiquiatria dinâmica, em que reinava a teoria de espectro da doença mental, sistema de monoeixo ou monoaxial, supostamente lastreado na universalidade da etiologia psicanalítica encontrada nos casos clínicos didáticos inventariados por Freud e seguidores.

Observe-se que o conceito “neurose” na classificação geral era como um *fac simile* das demais classificações do próprio manual em tela, subtraindo, por assim dizer, de forma redundante e ambígua, elementos nosológicos fundamentais ou exclusivos das demais áreas de classificação como, v.g., de seções do manual relativas a transtornos de “personalidade” e “psicose funcional”.

Verifica-se, pois, o que afirmamos facilmente: aspectos psicóticos de pensamento alterado (neurose de despersonalização), afeto ou humor alterado (neurose depressiva), e transtorno de ansiedade descompensada

(neurose de ansiedade, neurose fóbica, neurose obsessiva) e até de personalidade (neurose de caráter histérico por conversão simbólica), e também encontramos na eclética mistura conceitual, elementos até mesmo de esquizofrenia (neurose histérica tipo dissociativo).

O conceito “neurose”, vê-se aqui claramente, era “um polvo ladrão de mil tentáculos” dentro de seu próprio e confuso manual, capturando para seu território elementos de sintomas idênticos entre si, mais ligados a características nosológicas alheias que ocorriam nas outras seções descritivas de outros transtornos (não neuróticos) supostamente autônomos, ao longo do manual, como, por exemplo, em psicose orgânica (seção II), psicose funcional (seção III), e transtornos de personalidade (seção V), além dos tradicionais (e neuróticos...) transtornos psicossomáticos (seção VI) – e, como não poderia deixar de ser, quase nada escapava da centralização conceitual, de fato ideológica e psicanalítica, que ocorria na “unificadora” seção IV (neuroses). Escapava do polvo psicanalítico redundante e faminto apenas a primeira seção, relativa a retardo mental (seção I).

Há que se dizer, no entanto, a título de maximizar a fidelidade de nosso apanhado histórico-conceitual, que também escapavam do polvo “neurose”, nos DSM-II, as seções VII, VIII, IX e X, que não iremos detalhar, mas que também seguiam o padrão da época, no caso, obedeciam a uma matriz explanatória psicossociológica de análise situacional e diagnóstica, lidando com a descrição de problemas decorrentes de “mal ajustamento” individual com autoridade social, delinquência juvenil, status marital e familiar, problemas de relacionamento, assim como problemas de transição no ciclo vital (choques da infância, adolescência, adultez, velhice), além de transtornos típicos de agressividade e outros fatores de ocorrência típica na infância e adolescência.

E também havia uma seção para sintomas especiais, não categorizados, como distúrbios do sono, enxaquecas, defeitos de aprendizado, dentre outros síndromes menos familiares.

Nesse curso, era essa a anatomia da doença mental e dos desvios de conduta e síndromes psicopatológicos, como vistos oficialmente nos Estados Unidos por volta de 1968 – “o ano que um dia realmente acabou”, diríamos, cerca de uns doze anos mais tarde –, por meio do modelo psicanalítico vitoriano que havia sido importado e absorvido pela quase totalidade da psiquiatria americana e ocidental da época.

A (cara) terapia psiquiátrica de primeira escolha, naqueles tempos, sempre que possível, era a psicoterapia dinâmica, de inspiração psicanalí-

tica, e seu objetivo audacioso era curar, nunca apenas remediar, a neurose individual, e, se possível, até mesmo a psicose - caso essa conseguisse ser reduzida - talvez com a ajuda dos novos fármacos - a uma simples neurose tratável pela palavra do analista e pela associação livre do paciente.

Esses fármacos, no entanto, eram vistos de forma eufemística e desdenhosa como drogas para pacientes mais alienados que teriam pouca chance de virem a ser analisados, sendo que também eram apelidados pelos psiquiatras dinâmicos de “muletas químicas” (aliás, de uso inaceitável para o psicanalista mais radical), algo somente para uso temporário, pois sendo consideradas como um “anestésico do ego” e do sofrimento necessário ao sucesso futuro da psicoterapia, podiam até mesmo reduzir o insight, atrasando os fantásticos resultados do tratamento. Ou seja, era preciso sofrer pelo menos um pouco mais, para que então os conflitos fossem elaborados e obtido sucesso no divã.

E as drogas, enquanto fossem usadas, ou se fossem usadas permanentemente, não permitiriam esse sofrimento psíquico cheio de promessas de paraíso (Freud acreditava, a sua maneira, no dístico da geração saúde, “no pain, no gain”).

Portanto, a farmacoterapia era percebida como um simples manejo, um mal necessário a serviço do neurótico em terapia, até que ocorresse o desfecho mais definitivo e duradouro da elaboração dos conflitos e estruturação do ego graças ao nunca demonstrado poder do divã.

Também é fácil para os profissionais mais velhos lembrarem que, à sombra da condição da neurose, vagava a própria Humanidade. Suas guerras, subserviências e escravidão, lutas intestinas e fratricídios, genocídios, conflitos sociais, lei, impérios, tiranias e ambições individuais, passavam coletivamente a ser explicadas a luz da psiquiatria, pois essa supostamente começava a compreender a gênese da neurose e do sofrimento humano, através da análise das primeiras relações supostamente reais e universais sujeito-objeto-sujeito e que dariam origem a “complexos” inconscientes também de origem universal (complexo de Édipo, castração, Electra, objeto parcial, arquetipológico, inferioridade, etc).

E, é claro que, se possível, a neurose coletiva seria eventualmente curada e a humanidade redimida pela fusão do pensamento sociológico revolucionário da época (marxismo, socialismo) unido à imensa sabedoria da psiquiatria dinâmica.

Ironia à parte, talvez o comentarista atualizado diante de tamanhos e tão grandiloquentes equívocos, devesse frisar que grandes teóricos

debruçavam-se sobre esses assuntos (v.g., Escola de Frankfurt, psicanalistas e marxistas, incluindo ativistas cristãos) e escreviam um sem-número de páginas sobre tais temáticas, unindo, na mesma matriz, discussões políticas, sociologia popular, literatura de ficção geralmente interpretada como depositário fidedigno dos desejos e da natureza humana – assim fez Freud na definição de paranóia a partir da autobiografia de Schreber – marxismo revolucionário, anarquismo, liberalismo e capitalismo, e, é claro, psiquiatria dinâmica.

Naturalmente, diante de tantos psiquiatras gurus a quererem guiar a humanidade, a profissão começou a cambalear, e a opinião pública e do restante da classe médica americana iniciou pressões por maior profissionalismo, o que redundou, é claro, em mudanças.

5 TEORIA DE ESPECTRO & O INCONSCIENTE, FÉ NA EXISTÊNCIA DO VERDADEIRO EU E (IR)RESPONSABILIDADE PENAL

Uma das conseqüências de natureza ética e ideológica que parece ter emergido da teoria das neuroses, dos complexos e de toda a constelação de raciocínios psicanalíticos quanto à essência causal dos atos humanos, parece ser a existência de complexos inconscientes sobrepondo-se ao ego, como um gênio escravizador que vem de fora e que tem domínio sobre um ego imaturo ou mal formado.

Assim, na visão antiga, evitando a emergência da maturidade emocional e do senso crítico, os complexos assumem o controle do indivíduo, e o que mais nos chama a atenção em termos do que poderia fazer de mais lógico, um jurista, um representante político ou da cultura geral e do senso-comum em relação a esse esquema conceitual, é acreditar no sentido da necessidade da capacidade reduzida do neurótico.

Ao sermos confrontados com tal tipo de iniciativa honesta de aperfeiçoamento legal, somos tentados a postular que, na gênese desse sentimento equivocado de justiça, na direção da afirmativa errônea de responsabilidade diminuída do sujeito que padece de algum tipo de neuroticismo, encontra-se a noção equivocada e superada de “complexo” – alma das neuroses – agindo contra a vontade ou no lugar do “verdadeiro eu” do sujeito perpetrador, um ego incapaz de evoluir e surgir à tona.

E essa é a idéia básica que sempre norteou a formulação da afecção neurótica. Para a psicanálise, um homem mentalmente doente era um

homem alienado, cheio de conflitos inconscientes vivendo em sua mente e determinando seus sintomas, sendo considerado, por isso mesmo, um homem heterônomo e incapaz de uma verdadeira ação intencional.

Era um sujeito doente e considerado heterônomo em relação a seus complexos interiores, e isso, na prática, era visto como uma verdadeira supressão do ego real que permanecia inexpresso em seu potencial não amadurecido devido a conflitos não elaborados, um ego para nós desconhecido e sob o eterno benefício da dúvida: o neurótico era visto como um indígena que obedece às ordens de seus totens e tabus, sem pestanejar. Era o extremo oposto do homem são no qual poderia se tornar um dia; era um modelo contra-normativo, o oposto do homem vitoriano consciente e senhor de seu destino.

Porém, no caso de aceitarmos as neuroses e a psicanálise como base teórica sustentadora de nossos julgamentos éticos, teríamos que avaliar uma realidade interna e universal como proposta pela velha teoria, algo que nenhum júri poderia ver ou cheirar, e que nenhum juiz saberia julgar, e que nenhum tribunal poderia demonstrar ser falso ou verdadeiro.

Assim sendo, se aceitássemos as idéias decorrentes do conceito psicanalítico de transtorno mental de qualquer tipo, seríamos obrigados a crer que, a todos neuróticos ou pessoas comuns que ainda não alcançaram o “verdadeiro eu” e que, por conseqüência, não tem livre expressão daquilo que são, e muito menos liberdade de agir de acordo com sua reais existências como indivíduos, caberia apenas a inimputabilidade total ou parcial e a anomia moral.

Em outras palavras, parece ter sido a idéia de que por trás dos atos de homens mentalmente enfermos encontra-se algum tipo de alienação decorrente de repressão a memórias traumáticas, mantidas por falta de insight e auto-conhecimento, aquela força motriz no sentido de, por assim dizer, indultar o verdadeiro sujeito oculto sob a pressão alienante e despersonalizante da neurose, transtorno que impediria, por meio de inúmeros “complexos”, a livre expressão do eu maduro, do verdadeiro sujeito da ação.

Como, nessa visão, a maior parte de nossas ações (e assim dizia Freud) são voluntárias, mas inconscientes, nós nunca seríamos plenamente cômicos de nossas verdadeiras motivações, mas, ao contrário, seríamos determinados por forças inconscientes, sendo mais do que natural supor-se que as verdadeiras intenções permaneceriam quase sempre ocultas e oprimidas pelo peso inexorável de complexos e neuroses.

Explicando a partir de exemplos meramente ilustrativos, seria o complexo de Édipo mal resolvido, por assim dizer, o agente verdadeiramente causador do "assassinato passional", o complexo de castração, o agente responsável pelo acidente de trânsito devido a "direção perigosa", e assim por diante ad nauseum.

Interessante notar que não desculparíamos os sujeitos em tela, nos exemplos imaginários acima, se acreditássemos que eles estavam sob o efeito de doenças físicas das quais estivessem conscientes, como, por exemplo, doenças infecciosas que podem alterar a correta percepção do sujeito, mas não seu senso crítico e autonomia ou resistência individual ao ilícito.

Aceitávamos, num primeiro momento, a argumentação da inimputabilidade parcial do neurótico, porque acreditávamos, não que os neuróticos estivessem sob influência de tendência irresistível ou força maior decorrente de "coerções internas", mas, mais dramaticamente, porque acreditávamos, isso sim, devido a influência das teorias psicanalíticas, que tais sujeitos criminais não seriam os verdadeiros sujeitos na medida em que seus egos subdesenvolvidos não seriam os agentes intencionais conscientes e responsáveis que supúnhamos dever existir para que alguém pudesse ir a julgamento.

Na medida em que sabemos, no entanto, que tais agentes invisíveis, que tais homúnculos opressores decorrentes de complexos inconscientes, de fato não existem ou que não são etiologias oficialmente aceitáveis, parece lógico colocarmos o fardo da acusação e da defesa nas costas de quem de direito.

Ou seja, pensamos que devemos pôr a acusação e a defesa, no caso dos chamados "neuróticos" sobre os ombros de sujeitos integrais, local e individualmente considerados em seu todo, e com o peso moral de sua (eventual) culpa.

Em lugar de seguirmos rachando o sujeito em mil pedaços e atribuindo aos complexos de infância as causas individuais e motivações ocultas e supostamente não intencionais dos crimes realizados aqui e agora, devemos considerar o sujeito inteiro e suas doenças ou transtornos, como sujeitos autônomos presos a moléstias ou problemas de saúde que não substituem nem anulam a existência de um ego já completo e funcional.

Sempre é bom lembrar que, do ponto de vista do sujeito com cérebro normal, crimes são realizados de forma consciente, e não apenas de forma voluntária porém supostamente alienada do verdadeiro "complexo" ou "eu" inconsciente por trás dos bastidores.

De um modo geral, aqueles que no passado chamávamos de “neuróticos” são, em termos muito gerais, apenas e tão-somente pessoas ansiosas, cansadas, passivas ou pouco dotadas em recursos de manejo de stress, ou, numa palavra, pessoas mal-adaptativas.

Pessoas “neuróticas” assim, por mais que sofram, não são loucas e merecem ser julgadas como sujeitos na integralidade, já que não há nenhum arquétipo ou complexo a agir e fazer escolhas criminais no lugar delas.

6 CONCLUSÃO

É absolutamente compreensível que os juristas possam não estar, eventualmente, familiarizados ou mesmo atualizados com os atuais estudos desenvolvidos no campo da Psicopatologia, bem assim como em outros como, v.g., Economia, Medicina, etc., pois trata-se, afinal, de conhecimento extrajurídico, ao qual não cabe ao jurista – a menos que tenha um particular interesse para tanto – se debruçar. Porém, ainda, que a afirmação cause perplexidade, o termo neurose hoje encontra-se oficialmente superado pelas ciências que estudam o psiquismo humano – e a comprovação é nitidamente observável nos DSM-IV –, não obstante a forte ligação dos autores pátrios com essa categoria. A evidenciar o que vimos de constatar, Paulo Dalgalarondo,¹⁸ professor de Psicopatologia da Unicamp, chega a afirmar a “tendência de abandono do conceito de neurose”, mas prefere mantê-lo, em seu livro, por entender “ser ele consideravelmente útil e heurístico”. Na verdade, a nosso ver, muito pelo contrário! É importante que se atente para o fato de que não se trata de questão meramente terminológica como se poderia pensar, mas sim de alteração de paradigma com repercussões de cunho científico e prático. Assim, pensamos que o apego a certas categorias não podem se eternizar só por força da tradição ou da simpatia a determinadas correntes, sobretudo quando a ciência aponta justamente para caminho oposto.

¹⁸ DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 319.