

## **Esquizofrenias reunidas**

**ESMÉ WEIJUN WANG**

**Esquizofrenias reunidas**  
Ensaio

*Tradução*

Camila von Holdefer

*Posfácio*

Ary Gadelha

**CARAMBAIA**  
10 ANOS

Diagnóstico	11
Para uma patologia do possuído	39
Alto funcionamento	57
Yale não vai te salvar	75
A escolha dos filhos	97
Na unidade	115
O Slender Man, o Nada e eu	133
Realidade na tela	145
John Doe, psicose	155
Dias de danação	169
L'Appel du vide	185
Chimayó	195
Fazer a curva	213
Agradecimentos	231
Posfácio	235
por <i>Ary Gadelha</i>	

para Chris  
e  
para todos os que foram tocados  
pelas esquizofrenias

A recuperação [da esquizofrenia], que quase nunca é total, vai de um nível tolerável para a sociedade a um que pode não exigir hospitalização permanente, mas que na realidade não possibilita nem mesmo a aparência de uma vida normal. Mais do que qualquer sintoma, a característica definidora da doença é o profundo sentimento de incompreensão e inacessibilidade que aqueles que têm esse diagnóstico provocam nas outras pessoas.

– Sylvia Nasar, *Uma mente brilhante*

Como posso continuar assim?  
E como não?

– Susan Sontag

## Diagnóstico

A esquizofrenia aterroriza. É o transtorno arquetípico da insanidade. A loucura nos assusta porque somos criaturas que anseiam por estrutura e sentido; dividimos os intermináveis dias em anos, meses e semanas. Almejamos maneiras de cercear e controlar a má sorte, a doença, a infelicidade, o desconforto e a morte – todos os desenlaces inevitáveis que fingimos que são tudo menos isso. Ainda assim, a luta contra a entropia parece incrivelmente fútil diante da esquizofrenia, que se esquiva da realidade em detrimento da própria lógica interna.

As pessoas falam dos esquizofrênicos como se estivessem mortos sem terem morrido, ausentes aos olhos dos que lhes são próximos. Esquizofrênicos são vítimas da palavra russa *гибель* (*gibel*), que é sinônimo de “ruína” e “catástrofe” – não a morte nem o suicídio, necessariamente, mas uma funesta suspensão da existência; deterioramos de um jeito que para os outros é doloroso. O psicanalista Christopher Bollas define a “presença esquizofrênica” como a experiência psicodinâmica de “estar com [um esquizofrênico] que aparentemente fez a travessia do mundo humano para o ambiente não humano”, porque outras catástrofes

humanas são capazes de suportar o peso da narrativa humana – guerra, sequestro, morte –, mas o caos inerente à esquizofrenia resiste ao sentido. Tanto *gibel* quanto “presença esquizofrênica” tratam do sofrimento dos que estão próximos àquele que está sofrendo em primeiro lugar.

Porque o esquizofrênico sofre. Tenho andado psicologicamente perdida num quarto escuro feito breu. Há o chão, que não pode estar em nenhum outro lugar senão bem debaixo dos meus próprios pés anestesiados. Essas âncoras em forma de pés são os únicos pontos de referência confiáveis. Se fizer um movimento errado, vou ter de encarar a terrível consequência. Nesse abismo desolador, a chave é não ter medo, porque o medo, embora inevitável, só agrava a horrível sensação de estar perdida.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH na sigla em inglês para National Institute of Mental Health), a esquizofrenia afeta 1,1% da população adulta dos Estados Unidos. O número cresce quando se considera o espectro psicótico completo, também conhecido como “as esquizofrenias”: 0,3% da população dos Estados Unidos foi diagnosticada com transtorno esquizoafetivo<sup>1</sup>; 3,9% foram diagnosticados com transtorno de personalidade esquizotípica<sup>2</sup>. Estou ciente das implicações da palavra “afeta”, que carrega um viés neurotípico, mas também acredito no sofrimento das pessoas diagnosticadas com esquizofrenias e da nossa mente atormentada.

Fui oficialmente diagnosticada com transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar oito anos depois de ter vivenciado as primeiras alucinações, altura em que tive a primeira suspeita

1 The National Alliance on Mental Illness. [TODAS AS NOTAS SÃO DA AUTORA, EXCETO MENÇÃO CONTRÁRIA.]

2 Daniel R. Rosell et al., “Schizotypal Personality Disorder: A Current Review”, *Current Psychiatry Reports*, 2014, vol. 16, n. 452. Acesso em: 26 out. 2017.

de um novo inferno no meu cérebro. A demora ainda me surpreende. Fui diagnosticada com transtorno bipolar em 2001, mas escutei a primeira alucinação auditiva – uma voz – em 2005, com vinte e poucos anos. Sabia o suficiente de psicologia anormal<sup>3</sup> para compreender que pessoas com transtorno bipolar podiam vivenciar sintomas de psicose, mas não deveriam vivenciá-los fora de um episódio de humor. Comuniquei isso à dra. C, minha psiquiatra na época, mas ela jamais pronunciou as palavras “transtorno esquizoafetivo”, mesmo quando relatei que desviava de demônios invisíveis no campus e que observara uma locomotiva completamente formada rugir na minha direção antes de sumir. Comecei a chamar essas experiências de “distorções sensoriais”, uma expressão que a dra. C prontamente adotou na minha presença no lugar de “alucinações”, que é o que eram.

Alguns não gostam de diagnósticos, chamando-os, de forma grosseira, de caixas e rótulos, mas sempre encontrei consolo em condições preexistentes; gosto de saber que não estou na vanguarda de uma experiência inexplicável. Durante anos, sugeri à dra. C que transtorno esquizoafetivo talvez fosse um diagnóstico mais preciso para mim do que transtorno bipolar, mas em vão. Acho que ela estava receosa de me transferir oficialmente do terreno mais comum dos transtornos de humor e ansiedade para os confins das esquizofrenias, o que me sujeitaria à autocensura e ao estigma dos outros – incluindo aqueles com acesso ao meu prontuário. A dra. C continuou a tratar minha condição com estabilizadores de humor e antipsicóticos pelos oito anos seguintes, sem sugerir uma única vez sequer que minha doença pudesse ser outra coisa. Então comecei a desmoronar de verdade, e mudei para uma nova

3 Ramo da psicologia que estuda padrões incomuns de percepção emocional e de pensamento. [NOTA DA REVISORA TÉCNICA]

psiquiatra. Com relutância, a dra. M me diagnosticou como tendo transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar, que continua a ser meu diagnóstico psiquiátrico principal. É um rótulo com o qual por ora estou bem.

Um diagnóstico é reconfortante porque fornece um contexto – uma comunidade, uma linhagem – e, se a sorte estiver a caminho, um tratamento ou uma cura. Um diagnóstico diz que sou louca, mas de um jeito específico: um que tem sido vivenciado e registrado não só em tempos modernos, mas também pelos antigos egípcios, que descreveram uma condição similar à esquizofrenia no Livro dos Corações e atribuíram a psicose à perigosa influência de um veneno no coração e no útero. Os antigos egípcios entendiam a importância de observar padrões de comportamento. Útero, histeria; coração, associações frouxas. Viram a utilidade de dar nomes a esses padrões.

Meu diagnóstico de transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar resultou de uma série de mensagens entre mim e minha psiquiatra, enviadas por meio da minha página no site do plano de saúde.

De: Wang, Esmé Weijun  
Enviada: 19/2/2013 9h28  
Para: Dra. M

infelizmente não tenho andado bem faz alguns dias (desde domingo)

no final do domingo estava chateada porque o dia tinha passado numa “névoa”, ou seja, não conseguia descrever o que tinha feito o dia inteiro apesar de ter [elaborado] minuciosamente uma lista do que tinha feito naquele dia, não conseguia me lembrar de ter feito nada, era como se tivesse “perdido a noção do tempo”; também estava muito cansada e

tirei 2 cochilos (não tomei mais Klonopin<sup>4</sup> do que o normal naquele dia, na verdade diria que tomei menos, talvez 2 mg)

na segunda me dei conta de que estava tendo o mesmo problema; dificuldade de funcionar no trabalho, especialmente com a concentração; encarava a mesma frase por um bom tempo e ela não fazia sentido; tirei um cochilo num sofá no escritório; de novo senti que o dia tinha passado sem eu existir nele; lá pelas 16 não sabia bem se eu era real ou se qualquer coisa era real, também me preocupava se tinha um rosto, mas não queria olhar para ver se tinha um rosto e estava inquietada com a perspectiva de outros rostos. sintomas cont. hoje

De: Dra. M

Recebida: 19/2/2013 12h59

Certo, só releia isso de novo – definitivamente parece que o problema é mais a psicose. Aumentar o Seroquel pode ser a saída (para um comprimido e meio – a dose máxima é de 800 mg). Acho que você pode ter transtorno esquizoafetivo – uma variante levemente diferente de bipolar I.

Aliás, você leu *The Center Cannot Hold* [O centro não está mais lá], da Elyn Saks? Tenho curiosidade de saber o que você acha dele

Anos depois, leio as entrelinhas da curta resposta da dra. M. Ela descreve o transtorno esquizoafetivo como “uma variante levemente diferente de bipolar I”, mas não especifica o que quer dizer com “variante” – uma variante do quê? Tanto a esquizofrenia quanto o transtorno bipolar são considerados Eixo I no *Manual Diagnóstico e Estatístico*

4 Clonazepam, similar ao Rivotril. [NOTA DA TRADUTORA]



de *Transtornos Mentais*<sup>5</sup>, transtornos clínicos; talvez “variante” se refira àquele reino enorme que inclui os ecossistemas da depressão e da ansiedade na própria geografia.

A dra. M lança, como se fosse um adendo, uma menção ao livro de memórias sobre a esquizofrenia mais famoso dos últimos trinta anos, escrito pela ganhadora de uma bolsa MacArthur Elyn R. Saks. A menção a Saks é um possível amortecedor para a má notícia de um diagnóstico terrível. Também pode ser vista como a maneira de a dra. M enfatizar a normalidade: você pode ter transtorno esquizoafetivo, *mas ainda podemos falar de livros*. Quatro anos depois, o transtorno esquizoafetivo será o que Ron Powers, em sua robusta análise da esquizofrenia intitulada *No One Cares about Crazy People* [Ninguém liga pra gente louca], chamará várias vezes seguidas de um diagnóstico pior do que a esquizofrenia, e, quatro anos depois, eu desenharia pontos de exclamação nas margens e discutiria com Powers a lápis. E ainda assim há também uma predecessora para eu admirar: Saks, que usou o dinheiro da bolsa MacArthur para criar um *think tank* para questões que afetam a saúde mental, cuja vocação foi moldada pela esquizofrenia. Os que gostam de cacarejar que “tudo acontece por um motivo” podem ver na pesquisa e no ativismo de Saks, que provavelmente nunca teriam se desenvolvido tivesse ela nascido neurotípica, parte do plano de Deus.

É assim que o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*, uma bíblia clínica criada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), descreve a esquizofrenia:

5 Conhecido pela sua sigla em inglês, *DSM*, esse manual é revisto de tempos em tempos. No *DSM-4* (que vigorou de 1994 até 2013), os transtornos eram agrupados em eixos, como referido aqui pela autora. A abordagem multiaxial deixou de existir no *DSM-5* (2013). [N.R.T.]

Esquizofrenia, 295.90 (F20.9)<sup>6</sup>

- A. Dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por uma parcela significativa de tempo durante o período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um destes<sup>7</sup> deve ser (1), (2) ou (3).
  - 1. Delírios.
  - 2. Alucinações.
  - 3. Discurso desorganizado (p. ex., descarrilamento<sup>8</sup> frequente ou incoerência).
  - 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.<sup>9</sup>
  - 5. Sintomas negativos (isto é, expressão emocional reduzida ou avolição).
- B. Por uma parcela significativa de tempo desde o surgimento do distúrbio, o nível de funcionamento<sup>10</sup> em uma ou mais áreas importantes, tais como o trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, é significativamente inferior ao nível atingido antes do início (ou, quando o surgimento se dá na infância ou adolescência, o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou ocupacional não é atingido).

6 Na última versão do manual, *DSM-5-TR*, lançada depois de a autora ter publicado este livro, há uma ligeira mudança nesse código, que agora aparece apenas como F20.9. [N.R.T.]

7 Os dois primeiros são sintomas de psicose. Ainda não vivenciei o terceiro.

8 O termo se refere a um padrão de discurso com mudanças bruscas e desconexas de um tópico a outro. Há quebra tanto na conexão lógica entre as ideias quanto no sentido. [N.R.T.]

9 No sentido clínico, comportamento catatônico não é o mesmo que catatonia no sentido leigo. De acordo com o *DSM-5*, catatonia pode incluir também atividade motora excessiva.

10 Para ser diagnosticada com esquizofrenia, uma pessoa deve ter baixo nível de funcionamento, embora uma pessoa que viva bem com a esquizofrenia também possa ser considerada como tendo alto nível de funcionamento.

- C. Os sinais continuados da perturbação duram ao menos seis meses. Esse período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que correspondem ao Critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais do distúrbio podem se manifestar apenas como sintomas negativos ou como dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes de forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptivas incomuns).
- D. O transtorno esquizoafetivo e o transtorno bipolar ou depressivo com características psicóticas foram descartados porque 1) nenhum episódio de depressão maior ou maníaco ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa, ou 2) se ocorreram episódios de humor durante os sintomas da fase ativa, estes estiveram presentes por um período menor de tempo em relação à duração total dos períodos ativo e residual da doença.
- E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., drogas de abuso, uma medicação) ou a outra condição médica.
- F. Se há histórico de transtorno do espectro autista ou transtorno da comunicação surgido na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes, junto aos outros sintomas requeridos da esquizofrenia, também estiverem presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Os médicos utilizam essas orientações a fim de identificar a presença da esquizofrenia. A medicina é uma ciência inexata, mas a psiquiatria é particularmente inexata. Não há nenhum exame de sangue, nenhum marcador genético que

determine sem sombra de dúvida que alguém é esquizofrênico, e a própria esquizofrenia é nada mais nada menos que uma constelação de sintomas cuja ocorrência tem sido frequentemente observada em conjunto. Observar padrões e dar nomes a eles é útil sobretudo se esses padrões puderem se reportar a uma mesma causa ou, ainda melhor, a um mesmo tratamento ou cura.

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais conhecido. O transtorno esquizoafetivo não é tão conhecido das pessoas leigas, de modo que tenho uma música-com-dancinha pronta que uso para explicá-lo. Já brinquei no palco diante de milhares de pessoas que o transtorno esquizoafetivo é o rebento da depressão maníaca e da esquizofrenia, embora isso não seja muito preciso; uma vez que o transtorno esquizoafetivo precisa incluir um episódio de humor maior, o transtorno pode combinar mania e esquizofrenia, ou depressão e esquizofrenia. Os critérios de diagnóstico, de acordo com o *DSM-5*, dizem o seguinte:

Transtorno Esquizoafetivo, tipo Bipolar 295.70 (F25.0)<sup>11</sup>  
 Esse subtipo se aplica se um episódio maníaco fizer parte da apresentação. Episódios depressivos maiores também podem ocorrer.<sup>12</sup>

- A. Um período ininterrupto de doença durante o qual há um episódio de humor maior (de depressão maior ou maníaco) concomitante ao Critério A da esquizofrenia. Nota: o episódio depressivo maior deve incluir o Critério A1: Humor deprimido.

11 No *DSM-5-TR*, se usa apenas o número entre parênteses, F25.0. [N.R.T.]

12 No *DSM-5-TR*, essa frase foi deslocada para o final da enumeração (A a D), pois o transtorno esquizoafetivo passou a ser especificado em mais um subtipo além do bipolar (F25.0): o depressivo (F25.1), que se aplica nos casos em que “apenas episódios depressivos maiores fizeram parte da apresentação”. [N.R.T.]

- B. Delírios ou alucinações por duas ou mais semanas na ausência de um episódio de humor maior (depressivo ou maníaco) na duração da doença ao longo da vida.
- C. Sintomas que correspondem aos critérios de um episódio de humor maior estão presentes por um período maior de tempo em relação à duração total dos períodos ativo e residual da doença.
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos de uma substância (p. ex., drogas de abuso, uma medicação) ou a outra condição médica.

Ler a definição do *DSM-5* da minha experiência vivida é ser afastada do horror da psicose e de um humor descontrolado; é revestir a circunstância crua com objetividade até as palavras perderem a cor. Recebi o novo diagnóstico de transtorno esquizoafetivo depois de doze anos sendo considerada bipolar, em meio a uma crise psiquiátrica que durou dez meses. Naquela altura, as árvores tinham perdido as folhas mortas havia muito. No início de 2013, porém, a psicose era jovem. Tinha meses de apagamento frequente do tempo pela frente; de uma perda de sentimentos em relação a meus familiares, como se tivessem sido substituídos por duplos (conhecido como delírio de Capgras); de incapacidade de ler uma página escrita, e assim por diante, o que significa que a inquietação que senti ao me dar conta de que algo estava muito errado nunca, nunca, nunca terminava.

Embora o médico alemão Emil Kraepelin leve o crédito pela identificação do transtorno que batizou de “*dementia praecox*” em 1893, foi o psiquiatra suíço Eugen Bleuler quem cunhou a palavra “esquizofrenia” em 1908. Bleuler derivou o termo das raízes gregas *esquizo* (“divisão”) e *frenia* (“mente”) para fazer referência aos chamados “descarrilamentos” que são comuns no transtorno. A noção de uma

mente dividida levou a uma incorporação rasteira – ou seja, tão capacitista quanto incorreta – da palavra “esquizofrenia” ao vocabulário. Em um artigo publicado na *Slate* em 2013, “*Schizophrenic Is the New Retarded*” [O esquizofrênico é o novo retardado], o neurocientista Patrick House observou que “um mercado de ações pode ser esquizofrênico quando é volátil, um político, quando rompe com as linhas partidárias, um compositor, quando é dissonante, um código tributário, quando é contraditório, o clima, quando é inclemente ou um rapper, quando se destaca como poeta”. Em outras palavras, a esquizofrenia é confusa, desconcertante, insensata, imprevisível, inexplicável e pura e simplesmente péssima. A esquizofrenia também é confundida com o transtorno dissociativo de identidade, mais comumente conhecido como transtorno de personalidade múltipla, graças ao uso corrente de “personalidade dividida” para fazer referência a um transtorno que não tem relação com personalidades fragmentadas. E, embora a psicose seja um fenômeno compartilhado por outros transtornos além da esquizofrenia, as palavras “psicopata” e “psicótico” são utilizadas para fazer referência a qualquer coisa entre ex-namoradas insuportáveis e assassinos em série sedentos de sangue.

Ainda que a cunhagem de Bleuler seja seu legado mais duradouro, ele passou a conduzir também a maior parte do trabalho pioneiro sobre esquizofrenia, incluindo a monografia seminal *Dementia Praecox, or The Group of Schizophrenias*. Como Victor Peralta e Manuel J. Cuesta descrevem em “Eugen Bleuler and the Schizophrenias: 100 Years After” (*Schizophrenia Bulletin*), Bleuler concebia as esquizofrenias como “um gênero em vez de uma espécie”. Como conceito, as esquizofrenias englobam uma variedade de transtornos psicóticos e é um gênero com o qual escolho me identificar como uma mulher cujo diagnóstico é estranho para a maioria – o troço peludo de dentes afiados, e não o lobo.

O *DSM* é publicado pela APA, que lançou a tão aguardada e atualizada “bíblia dos transtornos mentais”, o *DSM-5*, em maio de 2013. Atualizações do *DSM* não são programadas como um relógio; com efeito, o *DSM-4* só foi lançado em 1994, e o *DSM-3*, que contém o vergonhoso diagnóstico de “homossexualidade egodistônica”, saiu em 1980.<sup>13</sup> Não sou psiquiatra, psicóloga ou terapeuta, mas sou uma paciente cuja vida é afetada pelos rótulos que o *DSM* fornece, e estava curiosa para ver o que, além da mudança de algarismos romanos para arábicos, ia ser alterado. No fim das contas, é fácil esquecer que os diagnósticos psiquiátricos são constructos humanos, não são transmitidos por um Deus onisciente em tabuletas de pedra; “ter esquizofrenia” é se encaixar num conjunto de sintomas listados em um livro roxo feito por humanos.

Com a chegada do *DSM-5* veio a mudança mais significativa na bíblia psiquiátrica: não nos diagnósticos em si dentro do *DSM*, nem nos sintomas que estabelecem os diagnósticos, mas em vez disso na ideia de definir a psiquiatria em si. O NIMH, uma parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos – imortalizado pelo filme de animação de 1982 *The Secret of NIMH*<sup>14</sup>, que retrata a organização como como uma entidade sinistra e antiética –, mudou o cenário ao decretar que o *DSM* “já não é suficiente para os pesquisadores”, de acordo com o diretor do NIMH, Tomas Insel. A APA e o NIMH não iriam mais se unir em uma discussão uniforme do “que é a psiquiatria”; em vez disso, o NIMH declarou que estava, e estivera, trilhando o próprio caminho.

13 Como indicado anteriormente, houve uma revisão do *DSM-5* após a publicação original deste livro. Critérios diagnósticos referentes à esquizofrenia não mudaram do *DSM-5* para o *DSM-5-TR*. [N.R.T.]

14 Lançado no Brasil como *A ratinha valente*. [N.T.]

A psiquiatria dá ênfase à avaliação de um médico como principal ferramenta para um diagnóstico. Alguém sofrendo com problemas de saúde mental pode receber primeiro um exame de sangue ou uma tomografia cerebral por um médico de atenção básica. Se esses exames retornarem sem acusar nada, é papel do psiquiatra fazer perguntas destinadas a descobrir se a pessoa doente se qualifica para um dentre as centenas de diagnósticos delineados pelo *DSM*, cada um dos quais se baseia em grupos de sintomas e em padrões observados ou relatados. (Os transtornos estão indexados com números decimais, fazendo com que a empreitada pareça ainda mais Científica com C maiúsculo. Passei uma grande parte da adolescência dando uma olhada nos números do meu prontuário, tentando memorizá-los para poder consultá-los mais tarde. A esquizofrenia é 295.90<sup>15</sup>; meu diagnóstico de transtorno esquizoafetivo do tipo bipolar é 295.70 [F.25.0]<sup>16</sup>.) Humanos são os árbitros dos diagnósticos que são dados a outros humanos – que estão, na maior parte dos casos, sofrendo, e à mercê de médicos cujas decisões diagnósticas têm enorme poder. Dar a alguém o diagnóstico de esquizofrenia vai impactar a maneira como as pessoas se veem. Vai alterar a maneira como interagem com os amigos e a família. O diagnóstico vai afetar a maneira como são vistas pela comunidade médica, pelo sistema jurídico, pela Administração de Segurança no Transporte, e assim por diante.

15 Essa numeração caiu no *DSM-5-TR*, e o diagnóstico passou a ser identificado apenas por F20.9. Isso porque 295.90 era o código para esquizofrenia do CID-9 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), em vigor até 2014. Esse número ainda aparece no *DSM-5*, seguido do número entre parênteses, que é o código do CID-10 e do atual CID-11. No *DSM-5-TR* se usa apenas o novo código. [N.R.T.]

16 No *DSM-5-TR* esse diagnóstico é: Transtorno Esquizoafetivo (F20.9), especificado como tipo bipolar (F25.0). [N.R.T.]

A queixa mais comum sobre o *DSM-5*, e sobre as versões anteriores do *DSM*, é que os transtornos listados são baseados em agrupamentos de sintomas em vez de em medições objetivas. Eu me dei conta do quanto essas definições são arbitrárias na prática quando trabalhei como gerente de laboratório no Departamento de Psicologia de Stanford, onde fazia entrevistas clínicas para avaliar possíveis indivíduos para estudo. Na época, o Laboratório de Transtornos de Humor e Ansiedade de Stanford se baseava na Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do *DSM-4* [SCID na sigla em inglês], a fim de determinar se alguém se qualificava para o diagnóstico que estávamos tentando estudar. Passei por um ano de treinamento, incluindo meses de prática de entrevistas por telefone, fazendo uma prova escrita, passando por uma bateria de entrevistas simuladas com colegas de trabalho e por várias entrevistas oficiais com supervisão, até estar qualificada para fazer sozinha uma SCID de duas a três horas de duração.

“Fazer uma SCID” significa submeter um potencial sujeito de estudo a uma bateria de perguntas extraídas do fichário da SCID – uma pilha de papéis com uma lombada de vários centímetros de espessura. A entrevista começa com a coleta de dados demográficos preliminares, e segue em frente conduzindo uma pessoa por um fluxograma de diagnóstico. Por exemplo, “Você já ouviu coisas que as outras pessoas não conseguiam ouvir, como barulhos ou vozes de pessoas sussurrando ou falando? Você estava desperto na ocasião?” desemboca em “O que você ouvia? Com que frequência ouvia?”, se a resposta for sim. Se a resposta for não, a próxima pergunta vira “Você já teve visões ou viu coisas que as outras pessoas não conseguiam ver? Você estava desperto na ocasião? Quanto tempo duraram?”. No final da entrevista, o entrevistador determina o diagnóstico principal do entrevistado e o escreve a caneta.

No nosso laboratório, fazer uma SCID era não só a tarefa de maior prestígio que um colaborador podia realizar como

também era a mais exaustiva do ponto de vista emocional. Fazer uma única SCID com frequência significava ouvir a litania das experiências e lembranças mais excruciantes de uma pessoa. Não era permitido chorar durante essas entrevistas, mas muitas vezes eu reprimia as lágrimas durante as mais intensas. Era frustrante ver os entrevistados chegarem e revelarem seus pontos fracos na forma de feridas abertas, só para ter de rejeitar a participação deles nos estudos para os quais haviam se candidatado, e quase sempre por motivos que pareciam insignificantes. Um homem que lembrava o Bisonho do Ursinho Pooh e que chorava à toa e parecia claramente deprimido podia ser eliminado do nosso grupo de participantes com “transtorno depressivo maior” (TDM) por não se enquadrar em todos os requisitos. De acordo com o *DSM-4*, ele precisaria se enquadrar em cinco ou mais de uma lista de nove sintomas – incluindo fadiga ou perda de energia, perda ou ganho de peso ou sensação de inutilidade – durante a maior parte do tempo ao longo do mesmo período de duas semanas. Pelo menos um dos sintomas deveria ser humor deprimido, ou perda de interesse ou prazer (conhecida como anedonia). Se a pessoa deprimida tivesse só quatro dos nove sintomas, ou viesse ao nosso escritório com a marca de uma semana e meia, seria registrado como “sub-TDM”, porque aquilo não era uma clínica terapêutica, era um laboratório de pesquisa, e nossos sujeitos de estudo tinham de ser tão “puros” quanto possível – e fazer centenas de entrevistas, se não milhares, deixou claro para mim que diagnósticos raramente são tão simplistas.

Como pesquisadora, não tinha o luxo de poder flexibilizar os critérios. No entanto, os psiquiatras podem fazer isso, uma vez que o trabalho deles é aliviar os sintomas e o sofrimento que os acompanha, em vez de localizar, diagnosticar e estudar as imaculadas ocorrências de um transtorno qualquer. Um psiquiatra tentando chegar a um diagnóstico pode percorrer um fluxograma similar ao que compõe o SCID.

Pode fazer, usando uma linguagem direta, as mesmas perguntas encontradas nos fichários pesados que eu carregava da sala de entrevistas para o escritório central; mas alguém que eu teria rotulado de “sub-TDM” provavelmente seria diagnosticado por um psiquiatra como clinicamente deprimido, levando uma receita de Prozac na esteira. A flexibilidade clínica tem seus benefícios. E também guarda um potencial de erro humano, assim como a capacidade de causar danos.

Com o advento de novas tecnologias e da pesquisa genética, a psiquiatria está se voltando cada vez mais para a biologia, com o NIMH liderando o processo. Em um *press release* do *DSM-5*, publicado em 29 de abril de 2013, o NIMH falou dos supostos pontos fracos das categorizações do *DSM*, feitas mediante agrupamentos de sintomas observados ou relatados, anunciando que pacientes com transtornos mentais “merecem mais do que isso”. Simultaneamente, o NIMH promovia o próprio projeto – uma surpresa para os que não pertenciam à comunidade médica –, chamado de Critérios de Pesquisa por Domínios (RDOC). O objetivo do RDOC, segundo o Plano Estratégico de 2008 do NIMH, é “desenvolver, para fins de pesquisa, novas maneiras de classificar transtornos mentais com base em dimensões de comportamento observável e em parâmetros neurobiológicos”. Em outras palavras: vamos trazer mais *hard science*<sup>17</sup> à psiquiatria.

Gêmeos idênticos, de acordo com estudos seminais envolvendo gêmeos na década de 1960, têm somente 40% a 50% de chance de ambos virem a desenvolver a esquizofrenia, apesar dos genes compartilhados. De acordo com o modelo diátese-estresse de doença psiquiátrica, uma vulnerabilidade genética para um transtorno emerge apenas se estres-

17 Algumas vezes traduzida como “ciências duras”, a expressão refere-se à ciência baseada em dados sistematizados e replicáveis. [N.R.T.]

sores suficientes levarem esses genes vulneráveis a se manifestar. Quando eu trabalhava como gerente de laboratório, nós, pesquisadores, falávamos da possibilidade de nossos estudos darem um dia frutos práticos. Algum dia talvez sejamos capazes de informar os pais a respeito dos riscos genéticos dos filhos para doenças mentais, e esses pais talvez sejam capazes de aplicar medidas de prevenção antes de os primeiros sinais se tornarem visíveis. Não discutíamos os aspectos práticos ou éticos de tomar tais medidas.

Alguns estressores parecem ser pré-natais. Pessoas diagnosticadas com esquizofrenia têm maior probabilidade de nascerem no inverno do que no verão, talvez devido a infecções maternas durante a gestação – nasci num mormaço de junho no Meio-Oeste. Partos difíceis, complicações obstétricas e situações estressantes que a mãe tenha enfrentado, como violência e guerra, também estão correlacionados. Minha cabeça tinha ficado presa atrás de um osso pélvico da minha mãe, o que traz indícios da transmissão intergeracional de um trauma; o estresse provoca o aumento do cortisol e de outras substâncias no cérebro, e minha jovem mãe recém-imigrada, recém-casada, tinha os próprios problemas psiquiátricos contra os quais lutar. Quem é que sabe o que acontece com o conjunto maleável e turvo das células fetais devido a essa tensão?

Certa vez, durante uma viagem de trem em Taiwan com minha mãe, perguntei a ela a respeito da minha tia-avó, que eu sabia que era maluca. Minha mãe pôs um caderno em cima da mesinha de refeições de armar e delineou a árvore genealógica da família. Ela desenhou X para designar aqueles que tinham algum tipo de doença mental. O que me surpreendeu não foram tanto os três X que existiam – a tia-avó que fora internada em uma instituição a maior parte da vida, apesar de pertencer à primeira geração a ir para a universidade, e que viveu uma existência trágica como a louca no sótão; o primo da minha mãe que se suicidara, aparentemente depois

de um término traumático; e, claro, eu –, mas em vez disso a quantidade de entidades desconhecidas, com ramificações que levavam a espaços em branco na página. “Ninguém fala dessas coisas”, ela disse. “Ninguém quer questionar quais legados genéticos podem se esconder na nossa linhagem.” Quando minha primeira psiquiatra lhe perguntou à queimadura, mais de uma década antes, se havia doenças mentais na família, minha mãe disse não, que não havia nenhuma. Mesmo agora, ela não se considera um X na árvore genealógica, preferindo manter a si mesma como um círculo neutro, absolvida na página a despeito da própria ideia suicida, do pânico e da tendência a se esconder em armários. O lado da família do meu pai tem outros problemas, principalmente o vício, mas não é considerado responsável pelos meus pretensos genes ruins. Herdei da minha mãe um amor pela escrita e um talento para as artes visuais, assim como os dedos longos e afilados dela; também herdei uma tendência à loucura.

A resposta da APA à crítica intempestiva do NIMH veio em forma de uma declaração do presidente da Força-Tarefa do *DSM-5*, David Kupfer. Kupfer respondeu publicamente que o RDOC “pode algum dia [...] revolucionar nossa área”, mas acrescentou que as pessoas com doenças mentais estão sofrendo neste momento. Seria maravilhoso ter marcadores genéticos e biológicos como ferramentas de diagnóstico, mas “essa promessa, que vínhamos antecipando desde a década de 1970, permanece lamentavelmente distante. [...] [O *DSM-5*] representa o sistema mais forte disponível atualmente para classificar os transtornos”. Falando diretamente à urgência da necessidade pública, Kupfer disse: “Nossos pacientes não merecem menos do que isso”.

Talvez o mais interessante no anúncio do RDOC, porém, seja o quanto um casamento do RDOC com o *DSM* pode se tornar complexo – e esse é um problema que os

pesquisadores estão trabalhando para solucionar. A dra. Sheri Johnson, professora de psicologia na Universidade da Califórnia em Berkeley, me disse: “Acho que estamos muito longe desse casamento. O RDOC é uma iniciativa fascinante, mas de fato é projetado para nos ajudar a entender algumas dimensões neurobiológicas centrais envolvidas na saúde mental. Há um bocado de trabalho a ser feito [...] Quando tivermos essas dimensões mapeadas de forma mais clara, isso poderá mudar a tal ponto a maneira como pensamos em diagnósticos que não iremos de fato usar os mesmos tipos de categorias que aparecem no *DSM*”.

O dr. Victor Reus, professor de psiquiatria na Universidade da Califórnia em São Francisco e psiquiatra, é igualmente cético quanto ao uso de biomarcadores como ferramentas clínicas ou de diagnóstico – pelo menos até que a pesquisa em genética se desenvolva aos trancos e barrancos. “Tudo indica que tratar biomarcadores de esquizofrenia como uma entidade seja uma tarefa sem futuro”, Reus me disse em uma entrevista, “simplesmente porque há tantas maneiras diferentes pelas quais as pessoas podem desenvolver uma síndrome que se parece com a esquizofrenia, ou que preenche os critérios da esquizofrenia como agora a definimos”. Ainda assim, o caso de outros transtornos pode ser diferente. “Certas categorias”, Reus afirma, “cruas como estão, ainda são úteis para captar um grupo de indivíduos que provavelmente têm mais semelhanças em termos de etiologia ou de mecanismos básicos do que diferenças. E certos transtornos são melhores do que outros nesse sentido. Então o autismo<sup>18</sup> tem se mostrado algo bastante útil. O transtorno bipolar tem se mostrado, acho, mais útil do que a esquizofrenia. O transtorno obsessivo-compulsivo é provavelmente um dos mais específicos. A depressão é

18 O termo considerado mais adequado hoje é “transtorno do espectro autista”. [N.R.T.]

problemática. O transtorno de ansiedade generalizada é muito problemático”.

Desde 2017, o NIMH continua a financiar fortemente as pesquisas em esquizofrenias. O orçamento de 2017 do NIMH descreve um aumento de 6 milhões de dólares (até um total de 15,5 milhões) para programas elaborados tendo em vista a psicose e seu tratamento; o objetivo de iniciativas como a Recuperação após um Episódio Inicial de Esquizofrenia [RAISE na sigla em inglês] e a Rede de Intervenção Precoce na Psicose [EPINET na sigla em inglês] é “garantir que lições aprendidas com a pesquisa e a experiência clínica sejam postas em prática sistemática e rapidamente para a melhoria [de vidas]”.

Por ora, os psiquiatras continuam a se basear no *DSM* e no *DSM-5*, o que significa que as mudanças na bíblia da psiquiatria continuam a afetar a vida das pessoas. A definição de “esquizofrenia” mudou com o *DSM-5*. Os subtipos da esquizofrenia – paranoide, hebefrênica, catatônica e indiferenciada – não existem mais no *DSM*, o que significa, entre outras coisas, que a cultura popular perdeu “esquizofrenia paranoide” como diagnóstico com o qual justificar atos criminosos. Os cinco sintomas-chave são assim listados: (1) delírios, (2) alucinações, (3) discurso desorganizado, (4) comportamento desorganizado ou catatônico e (5) sintomas “negativos” (sintomas prejudiciais, como a avolição). Agora uma pessoa tem de apresentar pelo menos dois dos sintomas especificados; antes, apenas um sintoma era necessário. Pelo menos um dos sintomas “positivos” – delírios, alucinações, discurso desorganizado – tem de estar presente.

O transtorno esquizoafetivo também mudou. Logo que fiquei sabendo que os critérios foram alterados, meus nervos se enrijeceram – meu diagnóstico fora suprimido? Se o diagnóstico não fora suprimido, teria então minha associação com ele sido suprimida, se não me encaixasse mais

nos critérios? Mas, enquanto rolava um PDF criado pela APA para acompanhar o lançamento do *DSM-5*, “Destaques das mudanças do *DSM-4-TR* para o *DSM-5*”, percebi que ainda me encaixava no molde. De acordo com o documento, “A principal mudança para o transtorno esquizoafetivo é a exigência de que um episódio de humor maior esteja presente durante a maior parte da duração total do transtorno após o Critério A ter sido atendido” (grifo meu).

Em “Schizoaffective Disorder in the *DSM-5*” [O transtorno esquizoafetivo no *DSM-5*], Dolores Malaspina et al. explicam essas mudanças ao pontuar que os sintomas psicóticos e os episódios de humor com frequência ocorrem de forma simultânea. Uma pessoa com transtorno bipolar pode vivenciar a psicose durante um episódio maníaco ou depressivo; uma pessoa com depressão maior pode vivenciar a psicose durante a depressão. Como resultado, o transtorno esquizoafetivo era diagnosticado mais vezes do que seria justificável para uma categoria diagnóstica que “foi originalmente delineada para [ser só] raramente necessária”.

A nova definição de transtorno esquizoafetivo do *DSM* pretende lançar um olhar para quem vive a vida inteira com a doença, e não para quem vivencia um episódio dela; um olhar longitudinal para o transtorno esquizoafetivo significa que deve haver pelo menos um período de duas semanas de psicose *sem* sintomas de humor clínico, e episódios integrais de transtorno de humor devem estar presentes “desde o início dos sintomas psicóticos até o diagnóstico atual”. Em outras palavras, o transtorno esquizoafetivo tem o objetivo de ser um diagnóstico incomum, e a intenção é que o indivíduo seja diagnosticado com base em uma vida inteira com a doença – e as duas coisas funcionarão se o *DSM-5* fizer seu trabalho. Sob os auspícios do *DSM-5*, permanece uma ave rara que, de acordo com a APA, provavelmente continuará a ter a doença pelo resto da vida. O *DSM* é aquilo que usamos para definir o problema, sim, mas ele tenta