

VOZES EM DISPUTA: A TRAJETÓRIA EVOLUTIVA DO CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA

CONTESTED VOICES: THE EVOLUTIONARY TRAJECTORY OF THE CONCEPT
OF SCHIZOPHRENIA

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 14/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789269266](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789269266)

Hugo Tanizaka¹

RESUMO

Este ensaio reconstrói a história do conceito de esquizofrenia desde as genealogias oitocentistas da degeneração e da psicose até as formulações contemporâneas de espectro psicótico. O argumento central é que a “esquizofrenia” nunca foi uma entidade estável descoberta de uma vez por todas, mas um conceito clínico em disputa, moldado por mudanças na psicopatologia, nas instituições, nos sistemas classificatórios e nas expectativas sociais sobre prognóstico e normalidade. Analisa-se a síntese nosológica de Emil Kraepelin sob o rótulo *dementia praecox*; a revisão fenomenológica e psicodinâmica de Eugen Bleuler, que introduziu o termo Esquizofrenia; as contribuições da psicanálise, a influência de Kurt Schneider e dos sintomas de primeira ordem; a passagem para critérios operacionais no DSM-III e a convergência parcial entre DSM e CID; e, por fim, as críticas à validade, à heterogeneidade e às fronteiras categóricas do diagnóstico. A conclusão sustenta que o legado histórico do conceito é duplo: ele organizou um campo clínico e permitiu avanços terapêuticos, mas também cristalizou prognósticos pessimistas, estigma e uma falsa aparência de especificidade etiológica. As agendas atuais de dimensionalidade, neurodesenvolvimento e intervenção precoce podem ser entendidas como novas etapas dessa longa negociação entre descrição, explicação e utilidade clínica.

Palavras-chave: Esquizofrenia; história da psicopatologia; nosologia; etiologia.

ABSTRACT

This essay reconstructs the history of the concept of schizophrenia, tracing it from 19th-century genealogies of degeneration and psychosis to contemporary formulations of the psychotic spectrum. The central argument is that "schizophrenia" has never been a stable

entity discovered once and for all, but rather a contested clinical concept shaped by shifts in psychopathology, institutions, classification systems, and social expectations regarding prognosis and normality. The essay analyzes Emil Kraepelin's nosological synthesis under the label *dementia praecox*; Eugen Bleuler's phenomenological and psychodynamic revision, which introduced the term "schizophrenia"; the contributions of psychoanalysis; the influence of Kurt Schneider and "first-rank symptoms"; the transition to operational criteria in the DSM-III and the partial convergence between the DSM and the ICD; and, finally, criticisms regarding the diagnosis's validity, heterogeneity, and categorical boundaries. The conclusion posits that the concept's historical legacy is twofold: it organized a clinical field and enabled therapeutic advances, yet it also solidified pessimistic prognoses, stigma, and a misleading appearance of etiological specificity. Current agendas focusing on dimensionality, neurodevelopment, the RDoC framework, and early intervention can be understood as new stages in this long-standing negotiation between description, explanation, and clinical utility.

Keywords: Schizophrenia; history of psychopathology; nosology; etiology.

1. INTRODUÇÃO

Etimologicamente, a palavra esquizofrenia, significa uma condição de saúde que implica uma mente dividida ou uma mente separada, o que parece designar, à primeira vista, um quadro de doença mental do campo de outras patologias médicas. Entretanto, ao analisar de forma crítica a história deste conceito, verifica-se uma gama complexa de compreensões epistemológicas e diagnósticas acerca desta condição.

Desde que Philippe Pinel (1801/2004), instaurou os fundamentos para a diagnóstica da loucura, a partir de hipóteses de: lesão cerebral; incômodos, dores e queixas na região epigástrica; e alterações nas afecções morais do sujeito durante os episódios, que se tem investigado, com rigor, a manifestação e a causa dos sintomas psicopatológicos, bem como, formas de tratamento, à época, pela institucionalização e, atualmente, por políticas públicas de saúde integral, que o termo esquizofrenia foi criado no início do século XX, no entanto a sintomatologia expressa neste quadro clínico – delírios, alucinações, alterações do pensamento, prejuízo no funcionamento, catatonia, prejuízo volitivo e significativas mudanças na personalidade e na experiência subjetiva de ser sujeito – já eram descritos muito antes do surgimento desta nomenclatura.

Portanto, ao nos perguntarmos: O que mudou? O que justificou o agrupamento destas características sintomáticas já existentes no conceito de esquizofrenia? Logo, perceberemos que a resposta está longe de critérios puramente objetivos como frequência e intensidade destes fenômenos, e mais próxima de uma perspectiva técnica que compreende e nomeia estes sintomas, ligando-os a uma causa, a um curso e a um prognóstico, ou seja, uma compreensão dinâmica dos sintomas, para além de uma compreensão nosológica. Ao analisar a histórica do conceito de esquizofrenia, percebe-se que esta é marcada desde o início pela tendência à classificação dos sintomas e a necessidade de interpretação destes (Jablensky, 2010).

Este texto defende que a consolidação conceitual da esquizofrenia ocorre por constantes e sucessivas compreensões clínicas de acordo e desacordo entre seus proponentes. Primeiro, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, que reuniu diversos quadros antes separados em

uma expressão patológica definida por um curso deteriorante; depois seu contemporâneo suíço Eugen Bleuler, que desfez a ênfase exclusiva ao curso deteriorante, para incluir à condição clínica formas mais leves, latentes e remissivas; Kurt Schneider passou a buscar critérios fenomenológicos de maior confiabilidade e tecnicidade; posteriormente os manuais diagnósticos transformaram estas tradições epistemológicas em regras operacionais (critérios diagnósticos); e, atualmente as pesquisas contemporâneas voltam a questionar os problemas diagnósticos destas pluralidades clínicas. É fato que, em cada etapa, o conceito ganhou novas utilidades de diagnóstico e de intervenção, mas também carregou limitações históricas.

Sendo assim, reconstruir a história deste conceito, se torna relevante por razões que ultrapassam o mero interesse de revisar um tópico, mas convida uma nova geração de profissionais da saúde a observar a importância de atentar para o processo formativo de uma compreensão clínica e não apenas, sua constatação. Diagnósticos são muito mais do que uma perspectiva descritiva dos sujeitos, eles têm a função de orientar tratamentos, distribuir recursos, alimentar expectativas sobre o futuro, influenciam a identidade de pacientes e familiares, bem como, auxiliam na formação de políticas públicas em saúde. Conhecer os percalços e os percursos históricos que formaram um conceito, permite a utilização mais precisa deste conceito, evitando quadraturas e perspectivas determinantes.

2. A SEMIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA COMO UM FENÔMENO CLÍNICO E EXPRESSIVO, PORÉM SEM NOME.

Pesquisar a história da esquizofrenia, antes deste fenômeno ter sido nomeado não é tarefa fácil, ora pela vasta quantidade de trabalhos

que apresentavam os seus sintomas, porém com variados nomes, ora pela necessidade de atribuir critérios rígidos de inclusão e exclusão à forma de leitura do pesquisador, com a finalidade de não atribuir a outras experiências psicóticas o rótulo da esquizofrenia.

Ao estudar a história da psicopatologia, facilmente descobre-se que não existe uma linha simples e direta que percorra desde a ideia de “loucura” da antiguidade para a esquizofrenia moderna. Todas as escolas do pensamento médico, desde a medicina hipocrática, a psiquiatria moral, a neurologia e a psiquiatria moderna, classificaram experiências alienantes e da desrazão com vocábulos distintos.

No século XIX, o crescimento dos asilos, hospícios e manicômios, se deram a partir da valorização do ideário clínico sobre a mente humana, o que permitiu a comparação de casos ao longo do tempo, iniciando a incorporação da tradição médica de diagnósticos para a saúde mental (Almeida Filho; Coelho e Neto, 1999). O questionamento dos médicos da época deixa de ser “qual é o sintoma” e passa a ser “qual é a doença que explica toda a sequência dos sintomas?” Essa alteração no raciocínio clínico favoreceu a perspectiva nosológica baseada na ideia de curso da doença, que primazia a idade do sujeito quando os sintomas aparecem e o resultado final (episódios agudo e crônico do quadro) (Shansis, 2007).

Um marco histórico importante para o desenvolvimento futuro do conceito de esquizofrenia, foi a Teoria da Degeneração, proposta por Bénédict-Augustin Morel (1857; 1860), para o autor, certas doenças mentais expressavam uma deterioração hereditária que se agravaria ao longo das gerações. Embora sua teoria, represente pressupostos morais e eugenistas hoje rejeitados, a teoria de Morel (1860), deu

forças para a compreensão de que quadros semiológicos aparentemente diversos poderiam pertencer a uma mesma linhagem patológica. A ideia central de degeneração presente nesta teoria, facilitou a vinculação entre as áreas da psiquiatria com a biologia, antes do surgimento de marcadores laboratoriais, isto permitiu a criação de expectativas lógicas (para a época) de que esta classificação revelaria uma doença orgânica subjacente (Morel, 1857).

Além de Morel, outros autores descreveram síndromes que mais tarde seriam incorporadas ao quadro da esquizofrenia. Os pesquisadores Goldar, Starkstein e Hodgkiss (1995), ao revisarem as contribuições do psiquiatra alemão Karl Ludwig Kahlbaum, para o quadro da Catatonia, como uma sequência de estados motores e afetivos que sofrem intensa ação de sintomas psicóticos, destacam o quanto que as contribuições deste autor, futuramente iria influenciar as concepções de Kraeplin e Bleuler. O diagnóstico da Hebefrenia por Ewald Hecker, descrito como um quadro de desorganização significativa de conduta, linguagem e pensamento, somado a alterações emocionais graves com início na juventude (Sedler, 1985). Embora, estes quadros fossem relativamente independentes, a demarcação posterior de uma diagnóstica comum dependeria de uma estratégia de síntese, e não apenas, da descoberta de que todos os pacientes apresentavam os mesmos sinais. Além da catatonia e da hebefrenia a paranoia também foi reconhecida como uma categoria diagnóstica própria, neste sentido é importante destacar o aspecto retrospectivo da construção do diagnóstico de esquizofrenia (Jablensky, 2010).

A institucionalização da saúde mental também ajudou a moldar o objeto/fenômeno percebido e avaliado. A maior parte dos casos eram de pacientes institucionalizados e em observação por longos

períodos, o que tornava verificável a evolução dos quadros clínicos, possibilitando maior precisão em avaliação de gravidade e frequência dos sintomas, de acordo com Guloksuz e van Os (2021), dados da amostra institucional favoreceram a criação de uma imagem da psicose como uma deterioração inevitável. Os autores também apontam que estudos posteriores revelariam um viés na seleção de pacientes que comporiam as amostras estatísticas, visto a existência de uma tendência de os serviços institucionais reunirem os casos mais graves, incapacitantes e persistentes. Ou seja, a história da psicose e da esquizofrenia está diretamente imbricada à história dos asilos, hospícios e manicômios.

Neste momento do texto, é importante, conforme os ensinamentos de Foucault (2000), separar a história das palavras (significantes), da história das experiências (fenomenologia). Relatos de pessoas que ouviam vozes ou acreditavam estar sob alguma forma de influência externa aparecem em documentos religiosos, jurídicos e médicos de diversas épocas (Rosenhan, 1973; Foucault, 1997). Estes relatos não são apenas relatos de “casos de esquizofrenia, anteriores à esquizofrenia (tradução do autor)” (Willick, p. 32, 2001), visto não serem quadros meramente descritivos dos sintomas, mas invariavelmente, atrelados a tendências cosmológicas e institucionais distintas. A modernidade, reorganizou as narrativas e as experiências destes pacientes em um regime de observação clínica mais rígido e com a intenção investigativa de descobrir se àqueles sintomas indicavam um adoecimento individual, com etiologias individuais. Esta mudança na forma de compreender a sintomatologia destes quadros, retira a autoridade diagnóstica e interpretativa dos sintomas do clero, das comunidades e das famílias e a desloca para especialistas e hospitais.

A neurologia do século XIX, ao procurar sinais físicos e lesões cerebrais, em pacientes acometidos por sintomas psicológicos, passa a ter um papel significativo nessa transformação paradigmática no modo de compreender a experiência semiológica da psicose, uma vez que na maior parte dos casos, a investigação retornava com a negativa da hipótese. Mesmo, quando a investigação anatômica de casos de demência não encontrou uma lesão cerebral capaz de explicar os sintomas, a ausência foi entendida como limitações temporária da ciência médica e não como evidência para o descarte da hipótese (Mitchell, 2013).

Neste sentido, ao pesquisar a história do conceito de esquizofrenia, em texto prévio ao surgimento do diagnóstico, é como se houvesse imbuído nas pesquisas da época, uma promessa recorrente de que, a partir dos avanços médicos – microscopia, genética, neuroimagem ou avanço tecnológico do maquinário médico-científico – eventualmente seria revelado a verdade por trás destes sintomas. Entretanto, mesmo com todos estes avanços não foi bem assim que a história se desenvolveu.

2.1. Dementia Praecox – a Metodologia e a Nosologia de Emil Kraepelin

A história da esquizofrenia é marcada por diversas perspectivas, tendências, compreensões e proposições clínicas, entretanto, há um consenso de que foi a partir dos trabalhos de Emil Kraepelin que um entendimento consolidado, sobre o que viria a ser esta condição psicopatológica, passa a ser universalizado pelos pesquisadores e profissionais de saúde mental (Kendler, 2021).

Kraepelin, a partir da década de 1890, passou a reunir a hebefrenia, a catatonia e as formas paranoides em uma categoria única, e a nomeou como “*dementia praecox*”, para o autor, o critério decisivo era o curso da doença: início relativamente precoce, evolução prolongada do quadro de sintomas e tendência a deterioração psíquica e social (Kraepelin, 1904/2022). Estudiosos apontam que o termo “demência”, não significava apenas perda intelectual, mas referia-se a uma “desintegração global da personalidade, especialmente nas esferas afetivas e volitivas” (Cutting e Shepherd, 1987 – tradução do autor). O termo “precoce” presente no diagnóstico, indicava idade de início dos sintomas e, não rapidez de desenvolvimento do quadro.

O que Kraepelin, trouxe de novo para o debate sobre os sintomas psicóticos, foi em termos nosológicos e metodológicos. Ao invés de definir a patologia por um sintoma único, ele passou a comparar trajetórias do adoecimento, por exemplo: Episódios maníacos e depressivos podiam perder a intensidade do sintoma e retornar em ciclos, enquanto a *dementia praecox* teria uma tendência à deterioração do quadro, ou seja, este quadro implicava piora dos sintomas (Kraepelin, 1904/2022).

Estudos que se aprofundam na teoria de Kraepelin, apontam essa separação entre “insanidade maníaco-depressiva” e *dementia praecox*, como um divisor de águas na epistemologia psicopatológica, tanto que, esta separação passou a ser chamada de “dicotomia kraepeliniana, e passou, a direcionar e organizar pesquisas, ensino e até mesmo fomentar políticas de administração de hospitais psiquiátricos (Kendler, 2021). É interessante retomar os estudos da época, pois fica evidente que o diagnóstico abandona seu papel de sintetizar o momento presente de um paciente e passa

a dimensionar o futuro deste paciente, por meio de hipóteses e proposições de tratamentos (Berrios, 2008).

Além disto cabe apontar que as teorias do autor, foram evoluindo e se transformando ao longo do tempo. Em sua formulação final, ele reconhecia a heterogeneidade semiológica deste quadro, a diminuição da intensidade dos sintomas e até recuperações duradouras, entretanto enfatizava que a maior parcela dos pacientes tinha desfechos de incapacidade civil. O autor também inclui o diagnóstico de *dementia praecox* alguns subtipos: *dementia simplex*; formas circulares e; formas catatônicas. Kendler (2021), ao estudar as concepções finais de Kraepelin, demonstra que o autor ainda não estava satisfeito em apresentar um diagnóstico completo, Kraepelin, admitia dúvidas sobre a exclusão de casos que apresentavam melhorias e, também, reconhecia que era um campo ainda em desenvolvimento.

Entretanto, mesmo com estas dúvidas e com a clareza de que este diagnóstico ainda estava em construção para um modelo definitivo, Kraepelin, ficou associado ao desenvolvimento de um quadro clínico com prognóstico negativo para os sujeitos. Ao longo da história a classificação *dementia praecox* tornou-se, nos âmbitos médico e forense, sinônimo de doença degenerativa e de institucionalização permanente. Ainda mais para àqueles que ainda mantinham em seu pensamento, a herança de modelos manicomiais, que faziam diagnósticas indutivas², retomando um circuito histórico de sistematização da “loucura”, que anterior a avaliação de um paciente, havia uma orientação sobre quais sintomas buscar num sujeito; esta orientação fazia com diagnósticos fossem feitos de maneira indiscriminada, visto haver desde o início um viés de confirmação pelos sintomas; e quando os diagnósticos eram

confirmados, era reforçada a cultura de rotulação do doente mental. Se a perspectiva central fosse de irreversibilidade total do caso e degeneração, não havia porque buscar intervenções e terapêuticas.

Por fim, um último dado interessante que se obtém ao analisar a obra de Kraepelin (1904/2022), é a crença inequívoca, que este tinha de que a doença que ele descreveu deveria ter uma base natural (biológica), entretanto, o mesmo não pôde comprovar sua certeza. Porém, isto semeou nas gerações seguintes, principalmente as de teorias positivistas de saúde mental, a intenção comprobatória disto, embora estudos tenham surgido nenhum conseguiu atribuir aos quadros psicopatológicos um caráter médico inquestionável. O consenso atual é de que as causas são multifatoriais, com o ambiente exercendo forte influência no desenvolvimento e curso do quadro sintomatológico (Melo e Freitas, 2023). Portanto, a partir de Kraepelin, pode-se compreender que a tendência ao imperativo biomédico, baseado em descrições clínicas inespecíficas passou a existir de forma cêntrica na história da esquizofrenia. O conceito foi tratado como um quadro/doença específico mesmo quando os marcadores etiológicos não haviam sido definidos.

3. A CONCEITUAÇÃO DE EUGEN BLEULER E O GRUPO DAS ESQUIZOFRENIAS

A primeira contribuição notória de Bleuler para a categoria nosológica, foi questionar o que deveria ou não ser considerado essencial para o quadro clínico. Em 1911 publicou “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*”, que se tornou um marco nos estudos de psicopatologia. Utilizando da etimologia grega para descrever o fenômeno – *schizein*, “separar” ou “dividir” e *phren*, “mente” – distancia a ideia de personalidades múltiplas ou quadro

maníaco, e passa a indicar uma cisão com a realidade, bem como, a desagregação das funções psíquicas do pensamento, afetividade, volição, pragmatismo (Ashok, et al., 2012).

Bleuler (1911/1950), substituiu a unidade baseada no destino (nasce-se assim) pela unidade baseada em um processo psicopatológico (desenvolvimento). Em sua formulação, os sintomas fundamentais incluíam perturbações das associações, da afetividade, da ambivalência e do autismo — os chamados quatro “As”. Delírios e alucinações eram sintomas acessórios: importantes, mas não indispensáveis em todas as apresentações. Essa inversão foi decisiva. A esquizofrenia poderia existir sem o conjunto de sinais que o senso comum associa à psicose e poderia apresentar diferentes cursos clínicos.

O grupo das esquizofrenias de Bleuler era deliberadamente amplo. Incluía formas graves e formas latentes, estados remissivos e casos em que os sinais apareciam apenas como peculiaridades duradouras. A categoria tornou-se, portanto, menos prognóstica e mais fenomenológica, ao passo em que ampliou as formas compreensivas e interpretativas do adoecimento psicológico, para o modelo biomédico o preço dessa ampliação foi a perda de fronteiras nítidas. Podendo sintetizar o problema que a comunidade médico-científica da época tinha com a ideia de grupo da esquizofrenia de Bleuler, em um questionamento, ficaria algo assim: Se um grupo pode incluir manifestações muito diversas, como distinguir a unidade clínica da simples semelhança familiar entre casos?

Embora, Bleuler, ainda se orientasse primariamente pela perspectiva biomédica, ele ainda estava disposto a considerar que sintomas aparentemente incompreensíveis, poderiam ser interpretados como

respostas à fenômenos da vida psíquica do paciente, conforme postulava um jovem Freud. Essa abertura de Bleuler, para o aspecto etiológico da esquizofrenia, contrastava com os modelos anteriores que compreendiam a psicose apenas como déficit ou degeneração de estruturas psíquicas. Moskowitz e Heim (2021), destacam que a perspectiva de Bleuler, partia de uma tendência a centralizar as desordens do pensamento como aspecto principal do quadro esquizofrênico, e portanto, se dedicou a compreender a lógica interna das produções psicóticas, sem reduzir a pessoa à doença.

O tempo demonstrou que a herança de Bleuler, para a história da esquizofrenia, foi mista. Se, o termo esquizofrenia, tornou-se influente e digno de se tornar uma categoria nosológica em si próprio, a compreensão e diagnóstica do que esse termo significaria, enquanto categoria psicopatológica, foram sendo substituídas ao longo das décadas seguintes por versões mais estreitas. Em muitos manuais, a presença dos sintomas positivos ganhou prioridade; os quatro “As” perderam espaço; e a deterioração passou a ser desconsiderada como uma exigência diagnóstica. A nomenclatura permaneceu, mas seu sentido original foi sendo alterado e deslocado.

4. CORRENDO POR FORA: AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O CONCEITO DA ESQUIZOFRENIA

Desde o início dos debates e problematizações sobre a esquizofrenia, a psicanálise estava presente, enquanto se desenvolvia como base teórica-epistemológica e como prática clínica. A psicanálise teve participação na formação do vocabulário bleuleriano e ofereceu uma alternativa à ideia de que a psicose era apenas um quadro degenerativo. Freud leu a autobiografia de

Daniel Paul Schreber e, em 1911, propôs que o delírio pudesse ser compreendido como tentativa de reconstrução e restituição, não somente como erro cognitivo. Freud ainda era crítico quanto do modelo diagnóstico da *dementia praecox*, tanto pelo caráter orgânico da proposta diagnóstica, quanto por sua crença em um aspecto simbólico determinante na organização da vida psíquica, que contribuía com a formação dos sintomas psicóticos, levantando questionamentos sobre os componentes internos e externos que contribuíam com a produção dos sintomas (Freud, 1911/2010).

Em seus trabalhos iniciais, Carl Gustav Jung, aplicou o método de associação de palavras e a psicologia dinâmica à *dementia praecox*. Em sua monografia de 1907, defendeu que complexos afetivos e conflitos podiam organizar o conteúdo dos sintomas, fazendo com que a vida psíquica manifestasse por vias psicológicas variadas destes conteúdos. Diferente de Freud, Jung não descartava a dimensão orgânica; seu gesto foi mostrar que uma doença presumidamente cerebral também apresentava regularidades de sentido e significados. A contribuição histórica foi metodológica: mesmo quando a fala parece fragmentada, ela pode conter relações, metáforas e pontos de fixação que merecem escuta (Peterson e Jung, 1907/2015).

Bleuler, ao se deparar com as proposições psicanalíticas, em especial as de Freud, aceitou algumas premissas, mas teve problemas com outras. Incorporou aos seus estudos a existência de processos inconscientes e diversos outros conceitos freudianos, para compreender as associações, os discursos, as ambivalências afetivas e até mesmo a catatonia dos pacientes. Porém, manteve a convicção da base orgânica e hereditária da esquizofrenia (Ashok et al., 2012).

Entre as décadas de 1940 e 1960, Harry Stack Sullivan e Frieda Fromm-Reichmann deslocaram o foco dos sintomas psicóticos para a relação dos sujeitos com a sua realidade. Sullivan (1962), entendia a esquizofrenia como processo humano reativo oriundo de padrões de segurança, ansiedade e comunicação; Fromm-Reichmann (1952), desenvolveu uma metodologia de psicoterapia intensiva que apostava na possibilidade de estabelecer vínculo com pessoas consideradas inacessíveis, por meio do manejo transferencial. Em vez de interpretar o paciente apenas como portador de um déficit, esses autores investigaram como o ambiente terapêutico poderia ampliar linguagem, confiança e participação. A clínica relacional também tornou visível a contratransferência: o medo, a impotência ou a irritação do profissional podem influenciar o curso do encontro. Aqui se criaram as bases para os projetos atuais de grupos de ouvintes de vozes, que no Brasil, estão situados em serviços do Sistema Único de Saúde – SUS (Moraes et al., 2022; Candeloro, 2025).

Wilfred Bion (1957) aprofundou a discussão sobre pensamento a dinâmica da psicose. Sua distinção entre partes psicóticas e não psicóticas da personalidade permitia compreender a psicose como modo de funcionamento que pode emergir em graus e situações, sem reduzir a pessoa a uma identidade fixa, permitindo argumentações de tipos de esquizofrenia, com base em critérios clínicos de observação e interpretação dos sintomas. Conceitos como elementos beta³ e alfa⁴, assim como ataques ao vínculo procuravam descrever falhas na transformação de experiências sensoriais e emocionais em pensamentos compartilháveis. Embora esses modelos não constituam critérios diagnósticos empiricamente validados, eles contribuíram significativamente com o tratamento dos esquizofrênicos, uma vez que, a partir da escuta de estados de desorganização do trabalho com a comunicação não verbal, foi

possível identificar novas dinâmicas semiológicas e etiológicas de quadros psicóticos.

Jacques Lacan relê Freud com apoio da linguística e formula a psicose em termos estruturais. A partir da conceituação da forclusão do Nome-do-Pai designa um mecanismo distinto do recalque neurótico. A proposta não coincide com a esquizofrenia do DSM – Lacan, privilegia a estrutura, a relação com a linguagem e as formas de desencadeamento e estabilização. Estudos contemporâneos sobre a tradição lacaniana mostram que essa abordagem recoloca paranoia, fenômenos elementares e estabilizações corporais fora das fronteiras estreitas da nosologia neo-kraepeliniana (Lacan, 1955–1956/1993; Redmond, 2013; Lepoutre et al., 2017).

A partir deste breve histórico do pensamento lacaniano sobre a psicose, pode-se compreender que a contribuição mais significativa para a história do conceito de esquizofrenia, seja a ideia de que os sintomas psicóticos têm função e história na vida dos sujeitos, ainda que não seja voluntário e nem plenamente decifráveis pela interpretação clínica. Um delírio pode organizar, dar forma e sentido para uma experiência de ameaça; uma alucinação pode condensar relacionamentos, fobias, experiências traumáticas, culpa ou vigilância; o retraimento pode proteger contra excesso de estímulos; um ritual corporal pode estabilizar uma angústia difusa, ao deslocar o foco do sentido para o corpo. Essas formulações não devem ser usadas para culpar famílias ou substituir tratamento farmacológico. O valor está em impedir que o sintoma seja considerado sem sentido ou uma manifestação meramente espontânea, por definição.

Também é necessário reconhecer os limites. Algumas teorias psicanalíticas antigas atribuíram causalidade excessiva à família, à mãe ou a conflitos sexuais, com efeitos culpabilizantes. Willick (2001) chamou atenção para teorias etiológicas que não resistiram ao teste do tempo, principalmente por modificações nos estilos de vida e realidade político-social das pessoas, entretanto, defensores do método psicanalítico, incluem estas modificações da realidade em sua lente de análise e avaliação. A revisão histórica de Ruffalo (2023) sugere uma posição pluralista: psicoterapia psicodinâmica pode complementar medicamentos e intervenções psicossociais, mas não deve ser apresentada como cura exclusiva ou explicação total.

Assim, as contribuições psicanalíticas devem ser incorporadas como camadas interpretativas e clínicas, não como novo dogma nosológico, e nem tem esta intenção. Elas ampliam o conceito ao incluir sujeito, transferência, linguagem, desenvolvimento e sentido; os modelos semiológicos preservam a comunicação e a avaliação de risco; a neurociência investiga vulnerabilidades e mecanismos. A articulação desses níveis é mais fiel à história real da esquizofrenia do que a vitória de uma escola sobre as demais.

5. A PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA E A DIAGNÓSTICA DA EXPERIÊNCIA

Historiadores do adoecimento psicológico, como Cutting e Sheperd (1987), Shansis (2007) e Jablensky (2010), apontam um movimento, especialmente significativo para a história do conceito de esquizofrenia: o surgimento de um modelo de psicopatologia fenomenológica, proposta por Karl Jaspers⁵, no início do século XX. Este movimento, teve como intenção precípua se afastar de explicações ligas à dinâmica de causa e efeito (compreensão

descritiva), e passar a descrever a experiência semiológica, como algo manifesto subjetivamente, que não necessariamente tivesse uma causa acessível ou identificável.

Essa perspectiva, possibilitou que fosse introduzido um critério ético na diagnósticas destes pacientes, ao recomendar cautela avaliativa, a fim de não transformar qualquer excentricidade ou retraimento em sinal de uma doença, também possibilitou que fossem separados análise de vivências de pacientes psicóticos/esquizofrênicos, de julgamentos moralizantes sobre a conduta.

Nesta mesma corrente epistemológica, Kurt Schneider (1946/1997), passa a adotar um posicionamento epistemológico mais qualitativo sobre a vivência dos sintomas, distanciou-se de um quadro descritivo de sintomas positivos, e passou a compreender estas manifestações como vozes dialogando, intrusões do pensamento, experiências de influência e percepções delirantes, que passaram a serem chamados de sintomas de primeira ordem. A diferença não era sobre a verificação e constatação dos sintomas, mas sobre o peso que isso passaria a ter na construção diagnóstica e interventiva.

A influência de Schneider foi enorme, especialmente em sistemas nosológicos europeus⁶ anteriores ao DSM-III. Entretanto, estudos posteriores, de tendência biomédica, indicaram que os sintomas de primeira ordem não poderiam ser considerados patognomônicos⁷, pois apareciam em outros transtornos psicóticos (Soares-Weiser et al., 2015). Estas duas perspectivas sobre psicopatologia, organizam e sustentam pressupostos teóricos e achados técnico científicos até os dias de hoje, mas com uma tendência a manter os estudos biomédicos.

A existência destas duas perspectivas, mostra como a história do conceito oscila entre duas necessidades. A primeira é reconhecer a singularidade de certas experiências, sobretudo alterações do senso de agenciamento e da relação entre pensamento e mundo. A segunda é evitar que um fenômeno expressivo seja convertido em fronteira absoluta entre doenças. Quando um critério é tratado como essencial, a prática passa a procurá-lo de maneira seletiva; quando perde status, diagnósticos já estabelecidos podem ser reclassificados.

O mesmo enfoque, se faz presente no debate entre descrição e explicação. A esquizofrenia foi descrita com robustez teórico-clínica, mas suas causas permaneceram múltiplas e não específicas. Pesquisas demonstram que predisposições genéticas, desenvolvimento e ambiente, trauma, urbanização e contextos psicossociais, uso de cannabis e processos neurobiológicos participam do risco de quadros psicóticos, mas nenhum desses fatores define sozinho uma entidade natural-biológica (Rosso e Margolis, 2019; Hakak-Zargar et al., 2022; Ruffalo, 2023). Este modelo, inicia a discussão de que a ausência de marcadores únicos e definidos não invalida a experiência clínica, mas limita o grau de certeza e precisão diagnóstica com que se pode falar em doença singular.

6. A PRODUÇÃO SOCIAL DO DIAGNÓSTICO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

A história conceitual da esquizofrenia acompanha a história das instituições. Inicialmente os asilos e as enfermarias e, posteriormente, os hospitais psiquiátricos serviram de celeiro para a observação, diagnóstica e propostas de tratamento do quadro

esquizofrênico. A instituição existia como dispositivo de controle do tempo, da linguagem, da aparência, das interações sociais e do comportamento dos pacientes (Goffman, 1974; Foucault, 1997). Sintomas já expressivos, como apatia, mutismo, retraimento e até distímia, invariavelmente, eram agravados pelo isolamento, pela terapêutica medicamentosa sedativa e pela perda dos papéis sociais, mas esta correlação não era feita com frequência, havia um consenso em compreender esta deterioração do quadro, como manifestações da doença (Basaglia, 1985; 2005).

A introdução de tratamentos somáticos no século XX — A Terapia de Choque Insulínico⁸, eletroconvulsoterapia, coma farmacológico, psicocirurgia⁹ e, a partir da década de 1950, antipsicóticos — alterou o campo (Caponi, 2012; Guimarães et al., 2013). A clorpromazina e medicamentos posteriores reduziram alucinações e agitação para muitas pessoas, tornando possível diminuir o tempo de internação (Silva, 2006). Entretanto, cabe apontar que as respostas favoráveis à terapêutica medicamentosa, não resolveu o problema nosológico. Um fármaco pode aliviar um conjunto de sintomas presentes em quadros clínicos diferentes; sua eficácia não pode servir como comprovação da existência de uma doença única.

O contexto e a realidade institucional passaram a receber críticas de profissionais da saúde, acadêmicos, população e ativistas que começavam a questionar a institucionalização como forma central de intervenção da esquizofrenia e demais transtornos psicóticos, estavam aderindo a propostas da psiquiatria social e da psicologia institucional (Amarante, 1994). Isto associado aos avanços científicos acerca do quadro de esquizofrenia, como estudos ampliados em países diferentes encontraram cursos variados, incluindo remissão, recuperação funcional e recaídas episódicas. A clássica hipótese de

deterioração inevitável passou a parecer excessivamente dependente de amostras crônicas. A diagnóstica precoce e os serviços de emergência e internação reforçaram essa mudança ao mostrar que intervenções psicossociais, tratamento combinado e apoio comunitário podem modificar trajetórias (Amarante, 1994; Silva, 2006). A história do diagnóstico dimensionado e do prognóstico é, assim, também uma história de oportunidades terapêuticas.

A história nos mostra que a própria noção de “cronicidade” tem uma dimensão institucional. Longas internações interrompem escolaridade, trabalho, relações afetivas e participação comunitária; esses prejuízos podem ser posteriormente contabilizados como prova de que a doença era intrinsecamente incapacitante. A desinstitucionalização, apesar de desigual e precarizada de recursos financeiros e fomento político, permitiu observar pessoas fora da lógica do confinamento. Serviços comunitários, grupos de usuários, terapia familiar e reabilitação profissional introduziram indicadores de recuperação que não cabiam na antiga oposição entre alta hospitalar e deterioração (Basaglia, 2005).

Em 1973, Rosenhan publicou *“On Being Sane in Insane Places”*, estudo que desafiou a capacidade dos hospitais de distinguir normalidade e doença. A pesquisa teve impacto duradouro no debate sobre rotulagem e contexto, embora sua metodologia e a veracidade de partes do relato tenham sido posteriormente contestadas. O valor histórico desta pesquisa não é sobre aceitar seus resultados e premissas, mas sim a visibilidade dada a discussão de um diagnóstico pode continuar a organizar a interpretação de todas as ações de uma pessoa, mesmo depois que o motivo inicial da admissão desaparece (Rosenhan, 1973; Spitzer, 1976).

7. A VIRADA OPERACIONAL: A SISTEMATIZAÇÃO PELO DSM E PELA CID

Os primeiros manuais publicados pela Associação de Psiquiatria Americana – APA, apresentavam, em seu texto, fortes influências de modelos psicodinâmicos e etiológicos. A primeira versão do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais – DSM-I, publicado em 1952, apresentava as semiologias esquizofrênicas dentro de uma moldura psicanalítica, implicando a discussão de uma estrutura psicótica atrelada à formação da personalidade; o DSM-II, de 1968, mantinha descrições relativamente abertas e introduziu fortemente a ideia de disfunção psicológica em diversos transtornos. Estes manuais embora classificassem e organizassem os transtornos psicológicos, a confiabilidade era limitada, uma vez que profissionais diferentes, podiam aplicar o mesmo diagnóstico a conjuntos distintos de pacientes. A baixa concordância técnica entre a própria comunidade científica impulsionou uma mudança tanto metodológica quanto cultural sobre a classificação e o diagnóstico de transtornos mentais.

Em 1980, a APA, publica o DSM-III, que introduziu critérios explícitos de inclusão e exclusão, frequência mínima, e abandona orientações teóricas, adotando uma abordagem ateórica (em vigência até os dias atuais). A própria APA, ao analisar sua história, descreve a publicação da terceira versão do manual, como uma ruptura com modelos e escolas variadas, passando a utilizar a ampliação de critérios diagnósticos operacionais específicos (American Psychiatric Association, 1980, 2022).

No caso da esquizofrenia a ênfase se deu sobre a constatação de sintomas psicóticos observáveis (positivos) e, na exclusão de quadros

afetivos dominantes. A meta era aumentar a confiabilidade: profissionais diferentes deveriam chegar em diagnósticos mais próximos. É neste momento na história da esquizofrenia, que ocorre uma virada operacional, pois a partir disto a comunicação entre profissionais de saúde e as pesquisas sobre a condição se desenvolveram e passaram a apresentar consenso (American Psychiatric Association, 1980).

Mesmo com o aumento da confiabilidade, não foi resolvida a questão da validade/legitimidade dos diagnósticos. É possível que avaliadores concordem com precisão sobre uma categoria que não corresponda a uma entidade etiologicamente homogênea. A confiabilidade mede consistência entre julgamentos; já a questão da validade/legitimidade pergunta se o diagnóstico captura algo real, específico e clinicamente útil, o que não foi possível apresentar neste manual. O sucesso do DSM-III na padronização foi, portanto, acompanhado por um novo problema: a aparência de precisão poderia ser confundida com verdade ontológica.

DSM-IV e DSM-5 mantiveram a esquizofrenia no centro dos transtornos psicóticos, mas alteraram critérios e subtipos. O DSM-5 eliminou os subtipos clássicos — paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual — por sua baixa estabilidade e utilidade limitada. Também abandonou a “regra de primeira ordem” de Schneider como requisito especial, reconhecendo que sintomas psicóticos atravessam diagnósticos. O DSM-5-TR, publicado em 2022, preserva a categoria e atualiza texto, referências e códigos, ao mesmo tempo em que incentiva avaliações dimensionais de gravidade (American Psychiatric Association, 2022).

A CID percorreu caminho parcialmente paralelo. A CID-10 consolidou categorias de esquizofrenia e incluiu sintomas de “primeira ordem” de Schneider, em sua orientação diagnóstica; a CID-11 reduziu a dependência de subtipos e enfatizou dimensões de sintomas, curso e especificadores (World Health Organization, 1992, 2019). A convergência entre DSM e CID aumentou, mas não eliminou diferenças de duração, hierarquia e codificação. A coexistência dos sistemas mostra que a nosologia é também uma tecnologia administrativa internacional, ligada a pesquisa, epidemiologia, financiamento e políticas públicas.

E, ainda assim, neste contexto classificatório Guloksuz e van Os (2018, 2021) argumentam que o conceito tradicional de esquizofrenia está em “morte lenta” porque não oferece especificidade etiológica nem estabilidade prognóstica suficientes. Outros autores preferem reformá-lo, não o abandonar, lembrando que o termo ainda organiza conhecimento clínico e comunicação. A divergência é produtiva: ela mostra que a questão não é apenas qual nome é correto, mas qual arquitetura classificatória melhor equilibra validade, utilidade, direitos e reconhecimento da diversidade.

7.1. Perspectivas Críticas aos Modelos Diagnósticos Predominantemente Semiológicos e Neurofuncionais do DSM e da CID

A virada operacional do DSM e a padronização progressiva da CID resolveram um problema real de confiabilidade, mas não eliminaram a dependência de sinais e relatos organizados em *checklists* de critérios diagnósticos. O diagnóstico continua a partir de fenômenos reconhecidos por um entrevistador — delírios, alucinações, linguagem desorganizada, sintomas negativos, duração

e prejuízo. Muitos autores e pesquisadores ao analisarem as produções de diagnósticos em massa na contemporaneidade, embora compreensão que a organização semiológica seja indispensável para a prática, apontam o fato de que se apoiar exclusivamente nisto, torna reducionista a propriedade diagnóstica, quando transforma a pessoa em um conjunto de itens descontextualizados. A forma de uma experiência não informa, por si só, sua função, sua história, sua relação com trauma ou as condições sociais que a tornam persistente (Sauvagnat e Nogueira Santos, 2012; Caponi, 2014; Martinhago e Caponi, 2019; De Mamam e De Mamam, 2026; Tanizaka, 2026).

Os autores concordam que a crítica não implica abandonar DSM e CID, mas de distinguir de maneira crítica três níveis que tendem a ser confundidos: descrição, explicação e intervenção. Uma descrição pode ser confiável sem ser etiolologicamente específica; uma explicação neurobiológica pode ser plausível sem ter validade clínica individual; e uma proposta interventiva pode exigir a nomeação de um fenômeno sem que o nome capture toda a singularidade do fenômeno. Clark et al. (2017) mostram que DSM e CID respondem a finalidades diferentes. O erro ocorre quando um instrumento criado para pesquisa, orientação ou comunicação internacional é tratado como ontologia completa do sofrimento.

Por exemplo, é sabido que desde o final do século XX, evidências genéticas, epidemiológicas e neurocientíficas enfraqueceram a ideia de uma fronteira nítida entre esquizofrenia e outros transtornos. Estudos de associação genômica encontraram correlações de risco entre esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão e condições do neurodesenvolvimento. Mesmo assim, o consenso técnico é que tratar todos estes quadros com terapêuticas médicas específicas

seria um erro, e as recomendações sugerem componentes transdiagnósticos e combinações de fatores que atravessam as categorias tradicionais (Ruffalo, 2023). A dicotomia kraepeliniana, antes considerada natural, passou a ser tratada como hipótese histórica e clínica.

Este consenso, compreende que em vez de um ponto isolado e próprio, a psicose pode ser pensada como distribuição dimensional de experiências, vulnerabilidades, persistência e prejuízo funcional. Pessoas na população geral podem relatar experiências psicóticas subclínicas sem desenvolver um transtorno persistente; outras atravessam episódios breves, afetivos ou relacionados a substâncias; algumas apresentam trajetórias contínuas e incapacitantes. A tarefa clínica não é decidir simplesmente se alguém “tem” ou “não tem” esquizofrenia, mas caracterizar o padrão, a duração, o sofrimento e o impacto.

O desafio é evitar dois extremos: uma confiança excessiva no rótulo e um relativismo que impeça decisões clínicas. A solução mais plausível é uma nosologia híbrida, na qual um a diagnóstica e compreensão da psicose seja acompanhado por descrições dimensionais, avaliação cultural, história de desenvolvimento, comorbidades, riscos e objetivos da pessoa (Clark et al., 2017; Cuthbert e Michel, 2021; Ruffalo, 2023).

A categoria semiológica também produz circularidade. Os sintomas escolhidos para definir esquizofrenia são usados para selecionar amostras de pesquisa; os achados obtidos nessas amostras retornam aos manuais como confirmação da categoria. Como os critérios agregam fenômenos heterogêneos, diferentes mecanismos podem levar ao mesmo diagnóstico, e o mesmo mecanismo pode

aparecer em diagnósticos diferentes. A crítica à validade não é uma negação da clínica: é um alerta contra a reificação do agrupamento.

Uma crítica mais ampla pergunta se o problema é apenas escolher o melhor sistema ou se a psiquiatria precisa de pluralismo disciplinar. A semiótica clínica descreve a forma do sintoma; a epidemiologia acompanha distribuição e risco; a neurociência investiga mecanismos; a psicoterapia estuda mudança e relação; a antropologia examina significado e poder; e a história mostra como cada linguagem se tornou dominante. Nenhum nível pode reivindicar sozinho o monopólio do real. Para a esquizofrenia, a classificação mais responsável é aquela que mantém a utilidade dos códigos, mas os subordina à formulação clínica, à avaliação cultural e à participação do usuário.

Por fim, e considerando o atual contexto é importante situar que O neurodesenvolvimento oferece outra lente histórica. De acordo com Guths e Sausen (2024), em vez de localizar o início da doença no primeiro episódio psicótico, pesquisadores estudam trajetórias de linguagem, cognição, sociabilidade, trauma, sono e regulação emocional desde a infância. Isso pode favorecer prevenção e intervenção precoce, mas também cria perigos, Costa (2026), alerta que, também pode ocorrer a cultura de transformar diferenças infantis em sinais inevitáveis de doença e medicalizar populações vulneráveis. A história ensina que toda promessa de previsão, inclui diagnósticos em massa e hiperpatologização, portanto, deve ser acompanhada por critérios de benefício e de consentimento para garantir a proteção contra rotulação prematura.

A genética ilustra a mesma ambivalência. A identificação de milhares de variantes associadas ao risco de esquizofrenia ampliou a

compreensão da vulnerabilidade, mas não produziu um teste diagnóstico individual. O risco é poligênico, probabilístico e dependente do ambiente; variantes semelhantes aparecem em diferentes quadros. A tradução apressada de associação estatística para causalidade individual pode reforçar determinismo e culpa familiar. Historicamente, a linguagem genética retoma a promessa de hereditariedade presente na degeneração, mas em versão mais complexa e menos fatalista (Joseph, 2022; Ferreira et al., 2025).

Portanto, a fim de evitar quadraturas definitivas sobre o diagnóstico e a tratativa da esquizofrenia, é importante que o profissional, compreenda que a esquizofrenia um conceito em constante construção e que ainda hoje o consenso se dá sobre a manifestação semiológica e a necessidade de compreender o sujeito de forma integral e pluridimensional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar a história do conceito de esquizofrenia a partir da sequência Morel–Kraepelin–Bleuler–Psicanálise–Schneider–DSM, torna-se claro a necessidade de que os eventos, as descobertas, as hipóteses, as certezas, o abandono das certezas, as classificações e as críticas narradas não devem ser lidos como algo linear rumo à verdade. Cada etapa resolveu um problema e criou outro. A degeneração ofereceu uma genealogia biológica, mas carregou determinismo e hierarquias sociais. Kraepelin ofereceu uma classificação baseada no curso, mas associou o diagnóstico a deterioração e institucionalização. Bleuler reconheceu a heterogeneidade e o sentido da experiência, mas ampliou tanto o grupo que suas fronteiras ficaram incertas. A psicanálise, ampliou o conceito para o sentido do sintoma, mas propôs um caminho

interventivo em desacordo com as propostas médicas; Schneider buscou sinais distintivos, mas a especificidade prometida não se confirmou. O DSM-III aumentou a confiabilidade, mas a padronização não garantiu validade etiológica e assim se estende até o modelo mais recente deste manual.

Esta história revelou que diagnósticos psiquiátricos são simultaneamente científicos, institucionais e morais. Eles dependem de observações, mas também de hospitais, populações, linguagens, tecnologias terapêuticas e expectativas de futuro. A esquizofrenia não é uma ficção arbitrária: as pessoas sofrem experiências psicóticas reais e frequentemente precisam de cuidados intensivos. Contudo, o fato de o sofrimento ser real não obriga a tratar a categoria como entidade natural única, estável e etiologicamente específica.

O conceito também ganhou um vocabulário clínico que permanece útil. Termos como sintomas positivos e negativos, desorganização, catatonia, delírio, alucinação e déficit cognitivo permitem descrever necessidades concretas. Como ficou claro neste texto, o problema não está em nomear, mas em supor que a nomeação encerra a investigação. O diagnóstico da esquizofrenia é uma epistemológica técnica que serve de mapa, podendo orientar, mas sem substituir o território biográfico e social de cada pessoa.

Ao finalizar este breve histórico do conceito de esquizofrenia, o primeiro aprendizado que fica é que prognóstico e diagnóstico precisam ser separados. A categoria histórica de *dementia praecox* ensinou a esperar o pior (deterioração); as pesquisas contemporâneas mostram cursos variados. Recuperação não é exceção impossível, e a presença de um diagnóstico não determina

o destino de alguém. Essa mudança não é apenas semântica: influencia o modo como profissionais comunicam riscos, definem metas, oferecem reabilitação e respeitam decisões compartilhadas.

O segundo aprendizado é o quanto é frágil a validade de um conceito que não inclui sua validade social. Ou seja, sempre é colado ao conceito um significado, por exemplo, ao termo esquizofrenia pode ser atribuídos necessidade de melhora ao acesso dos serviços cuidados, reduzindo confusão, desinformação, facilita o desenvolvimento de pesquisas, fomentando políticas públicas e melhorando a qualidade de vida dos pacientes e familiares; mas também pode ser atribuído ao mesmo termo um significado que intensifica os estigmas, restringe direitos e patologiza de forma sistematizada diferenças culturais, raciais, socioeconômicas e psicossociais.

Sendo assim, a história da esquizofrenia, quando lida de maneira crítica, desloca as perguntas: “a doença existe?” “O que é a doença?” para “o que este diagnóstico faz, para quem, em quais instituições e com quais consequências?”

Uma prática historicamente informada deve conservar o que o conceito tornou visível — a gravidade de certos sintomas, a necessidade de tratamento, o valor da descrição clínica — e abandonar o que ele cristalizou de modo injustificado — fatalismo, subtipos reificados, fronteiras rígidas e silêncio sobre cultura e agência. O futuro provavelmente não será uma simples substituição da palavra esquizofrenia, mas uma arquitetura mais flexível: espectros e dimensões articulados a descrições individuais, avaliação contextual e decisões compartilhadas. Se debruçar sobre o

passado é condição para que essa transformação não repita, com novos rótulos, os mesmos limites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. **As palavras e as coisas.** São Paulo: Martins, 2000.

AMARANTE, Paulo (Ed.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 1994.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. (Ed.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-I.** American Psychiatric Association, 1952.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. (Ed.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II.** American Psychiatric Association, 1968.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. (Ed.). **Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais: DSM-III.** American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. (Ed.). **Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais: DSM-V - TR.** American Psychiatric Association, 2022.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. (Ed.). **Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais.** American Psychiatric Association, 1994.

ASHOK, Ahbishekh Hulegar; BAUGH, John; YERAGANI, Vikram K. Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia

(SCHIZOPRENIEGRUPPE). **Indian journal of psychiatry**, v. 54, n. 1, p. 95, 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**, Ed. Graal LTDA. RJ, 1985.

BERRIOS, German E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008.

BION, Wilfred. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. **Melanie Klein today: Developments in theory and practice**, v. 1, p. 61-78, 1957.

BLEULER, Eugen. **Dementia praecox or the group of schizophrenias**. 1950.

CANDELORO, Nicole Stef Vieira. **Características da implementação de grupos de ouvintes de vozes no Brasil**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 741-763, 2014.

CLARK, Lee Anna et al. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). **Psychological Science in the Public Interest**, v. 18, n. 2, p. 72-145, 2017.

COSTA, Maria Luiza Paulo de Oliveira. **Ação intersetorial no cuidado às crianças com Transtornos do Neurodesenvolvimento.** 2026. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CUTHBERT, Bruce N.; MORRIS, Sarah E. Evolving concepts of the schizophrenia spectrum: a research domain criteria perspective. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, p. 641319, 2021.

CUTTING, John; SHEPHERD, Michael (Ed.). **The Clinical roots of the schizophrenia concept: translations of seminal European contributions on schizophrenia.** CUP Archive, 1987.

DE ALMEIDA FILHO, Naomar; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. **Revista Usp**, n. 43, p. 100-125, 1999.

DE MAMAN, Daniela et al. CLASSIFICAÇÃO E SINGULARIDADE NA CLÍNICA PSICOLÓGICA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DSM-5 E DA CID-11. **Revista Tópicos**, v. 4, n. 32, p. 1-21, 2026.

FERREIRA, Gabriel Almeida et al. Esquizofrenia: abordagens terapêuticas, diagnóstico e desafios clínicos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 1, p. 51-59, 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade classica.** Perspectiva, 1978.

FREUD, Sigmund. **Freud (1911-1913) - Obras completas volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (" O caso Schreiber"), artigos sobre técnica e outros textos.** Editora Companhia das Letras, 2010.

FROMM-REICHMANN, Frieda. Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics. In: **Conference on Psychotherapy with Schizophrenic Patients, Dec, 1950, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, US; This paper was presented at the aforementioned conference.** International Universities Press, Inc, 1952.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** Perspectiva, 1974.

GOLDAR, Juan C.; STARKSTEIN, Sergio E.; HODGKISS, Andrew. Karl Ludwig Kahlbaum's concept of catatonia. **History of Psychiatry**, v. 6, n. 22, p. 201-207, 1995.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 361-369, 2013.

GULOKSUZ, Sinan; VAN OS, Jim. En attendant godot: waiting for the funeral of “Schizophrenia” and the baby shower of the psychosis spectrum. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, p. 618842, 2021.

GULOKSUZ, Sinan; VAN OS, Jim. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. **Psychological medicine**, v. 48, n. 2, p. 229-244, 2018.

GUTHS, Bruna Oliveira; SAUSEN, Tiago Rafael. Esquizofrenia: revisão histórica e características neuropsicológicas do transtorno. **Revista Neurociências**, v. 32, p. 1-21, 2024.

HAKAK-ZARGAR, Benyamin et al. The utility of research domain criteria in diagnosis and management of dual disorders: a mini-review. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, p. 805163, 2022.

ICD, WHO. Classification of mental and behavioural disorders. **Clinical descriptions and diagnostic guidelines (10th revision)**. Geneve: World Health Organization, 1992.

ICD, WHO. Classification of mental and behavioural disorders. **Clinical descriptions and diagnostic guidelines (11th revision)**. Geneve: World Health Organization, 2011.

JABLENSKY, Assen. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 12, n. 3, p. 271-287, 2010.

JASPERS, K. General Psychopathology (J. Hoenig e MW Hamilton, Eds.). 1963.

JOSEPH, Jay. **Schizophrenia and genetics: The end of an illusion**. Taylor e Francis, 2022.

KENDLER, Kenneth S. Kraepelin's final views on dementia praecox. **Schizophrenia bulletin**, v. 47, n. 3, p. 635-643, 2021.

KRAEPELIN, Emil. **Lectures on clinical psychiatry**. Legare Street Press, 2022.

LACAN, Jacques. **O Seminário. Livro 3: As Psicoses 1955-1956**. Jorge Zahar. 1992.

LEPOUTRE, Thomas; MADEIRA, Manoel L.; GUERIN, Nicolas. The Lacanian concept of paranoia: An historical perspective. **Frontiers in psychology**, v. 8, p. 1564, 2017.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 29, p. e290213, 2019.

MELO, Antonio Henrique Ferreira; FREITAS, Fernando. Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. **Saúde em Destaque**, v. 47, p. 96-109, 2023.

MITCHELL, James E. **Points of View: Stories of Psychopathology**. Routledge, 2013.

MORAIS, Giselle et al. As vozes dos usuários participantes de grupos de ouvidores de vozes. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, n. 01, p. 140-161, 2022.

MOREL, Bénédict Augustin. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades: Atlas**. chez JB Baillière, 1857.

MOREL, Bénédict-Augustin. **Traité des maladies mentales**. Victor Masson, 1860.

MOSKOWITZ, Andrew; HEIM, Gerhard. Eugen Bleuler's Praecox or The Group of Schizophrenias. **Schizophrenia Bulletin**, v.37(3), 471-479, 2011.

PETERSON, Frederick; JUNG, Carl Gustav. Psycho-physical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals. **Brain**, v. 30, p. 153-218, 1907.

PINEL, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (1801). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 3, p. 117-127, 2004.

REDMOND, Jonathan D. Contemporary perspectives on Lacanian theories of psychosis. **Frontiers in psychology**, v. 4, p. 350, 2013.

ROSENHAN, David L. On being sane in insane places. **Science**, v. 179, n. 4070, p. 250-258, 1973.

ROSS, Christopher A.; MARGOLIS, Russell L. Research domain criteria: strengths, weaknesses, and potential alternatives for future psychiatric research. **Complex Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 218-236, 2019.

RUFFALO, Mark L. The psychotherapy of schizophrenia: a review of the evidence for psychodynamic and nonpsychodynamic treatments. **Psychiatry and Clinical Psychopharmacology**, v. 33, n. 3, p. 222, 2023.

SAUVAGNAT, François; NOGUEIRA SANTOS, Rodrigo Afonso. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 1, n. 1, p. 13-27, 2012.

SCHNEIDER, K. Psicopatología clínica [Clinical psychopathology]. **Madrid, Spain: Fundación Archivos de Neurobiología (Original work published 1946)**, 1997.

SEDLER, Mark J. The legacy of Ewald Hecker: a new translation of "Die Hebephrenie". Translated by Marie-Louise Schoelly. **The American journal of psychiatry**, v. 142, n. 11, p. 1265-1271, 1985.

SHANSIS, Flávio. Resgatando a história da psiquiatria. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 150-151, 2007.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia Usp**, v. 17, p. 263-285, 2006.

SOARES-WEISER, Karla et al. First Rank Symptoms for Schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v1, CD010653, 2015.

SPITZER, Robert L. More on Pseudoscience in Science and the Case for Psychiatric Diagnosis: A Critique of DL Rosenhan's On Being Sane in Insane Places and The Contextual Nature of Psychiatric Diagnosis. **Archives of General Psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 459-470, 1976.

SULLIVAN, Harry Stack. Schizophrenia as a human process. **Academic Medicine**, v. 37, n. 8, p. 800, 1962.

TANIZAKA, Hugo. **Implantação do Serviço de Atendimento Psicossocial na Justiça Federal: um estudo em Psicologia Social Jurídica**. 2026. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

WILLICK, Martin S. Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, v. 49, n. 1, p. 27-56, 2001.

¹ Psicólogo; Doutor em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo – USP; Coordenador do Serviço de Atendimento Psicossocial da Justiça Federal de São Paulo; Docente dos cursos de graduação em Psicologia na Universidade Cidade de São Paulo – UNICID e na Faculdade Santa Marcelina – FASM.

² Tendência diagnóstica que surge a partir da revolução em saúde mental feita a partir do tratado de Philippe Pinel sobre Alienação Mental de 1801.

³ Impressões sensoperceptivas e afetos e emoções primitivos, não digeridas (organizadas e elaboradas), e caóticas, que ainda não ganharam significado mental. São incompatíveis com o pensamento e não utilizadas para sonhas, lembrar e pensar conscientemente, pela via dos sintomas são manifestadas na realidade (Bion, 1957).

⁴ Uma função mental, tanto consciente, quanto inconsciente que atua como filtro para as representações afetivas e simbólicas. Converte os elementos betas em conteúdos utilizáveis pelo sujeito conscientemente (Bion, 1957).

⁵ Psiquiatra e filósofo de origem alemã-suíça, autor do livro Psicopatologia Geral de 1913 e proponente da ampliação dos quadros delirantes ao distinguir os tipos de delírios em primários e secundários.

⁶ A CID – Classificação Internacional de Doenças; a Nosografia Germânica; e a Classificação Francesa de Transtornos Mentais – CFTM.

⁷ Sinal clínico, laboratorial ou físico exclusivo e específico de uma doença.

⁸ A Terapia de Choque Insulínico, criada em 1927, pelo médico Manfred Sakel, foi uma forma de tratamento psiquiátrico que induzia comas hipoglicêmicos propositais com altas doses de insulina para tratar a esquizofrenia, a crença médica era de que o choque metabólico causaria uma espécie de reset no funcionamento cerebral e aliviaria sintomas psicóticos graves. Este método interventivo em desuso na década de 1960 (cegada dos primeiros medicamentos antipsicóticos). Estudos revelaram que o método tinha baixa eficácia na redução dos sintomas e o risco de mortalidade e sequelas neurológicas eram significativos.

⁹ Intervenção cirúrgica no cérebro realizada para tratar doenças mentais graves que não apresentaram melhora após métodos menos invasivos como a eletroconvulsoterapia e a psicoterapia. Na época, os métodos psicocirúrgicos para o tratamento da esquizofrenia eram a lobotomia e a leucotomia.