

O VALOR DA QUEIXA NOS MODELOS COMPREENSIVOS DA PSICOPATOLOGIA

[THE VALUE OF COMPLAINT IN COMPREHENSIVE MODELS OF PSYCHOPATHOLOGY]

Cláudio Alexandre S. Carvalho *
Universidade do Porto, Portugal

RESUMO: Neste trabalho procuramos compreender de que modo a queixa é articulada como sintoma na clínica, salientando a preponderância de tal “fase” para a validação epistémica e normativa dos procedimentos terapêuticos. Partindo da perspetiva da filosofia da psiquiatria, consideramos os pressupostos pré-clínicos da queixa e o contexto da sua inscrição na gramática médica, assim como os diferentes modelos compreensivos que lhe estão subjacentes. Nestes modelos, em conformidade com o auto-encerramento comunicativo dos discursos e práticas médicas, encontramos diferentes níveis de abertura às dimensões subjetiva da queixa, isto é, à biografia e vivência do paciente, mas também à experiência clínica do terapeuta. Longe de apresentar um exame exaustivo dos tipos de queixa e sua relação com a particularidade do caso (individual) e da doença mental (enquanto tipo), ensaiamos um mapeamento ou cartografia conceptual que permitirá avançar para a exploração de problemas específicos.

PALAVRAS-CHAVE: queixa; filosofia da psiquiatria; saúde mental

ABSTRACT: In this work we try to understand how the complaint is articulated as a symptom in the clinic, highlighting the importance of this phase towards the epistemic and normative validation of therapeutic procedures. Departing from the framework of philosophy of psychiatry, we consider the pre-clinical presuppositions of complaint and the context of its inscription in the medical grammar, as well as the different comprehensive models grounding it. In these models, in accord with the communicative self-closure of medical discourses and practices, we find different levels of openness to the subjective dimension of complaint, i.e., to the patient’s biography and experience, but also to the clinical experience of the therapist. Far from an exhaustive exam of the types of complaint and their relation with the particularity of the case (individual) and the mental disease (as a type), we essay a conceptual mapping or cartography that will enable the move towards the exploration of specific problems.

KEYWORDS: complaint; mental health; philosophy of psychiatry

1. INTRODUÇÃO

O percurso que propomos é influenciado pelo horizonte teórico da filosofia da psiquiatria, recentemente formalizada, mas com raízes históricas profundas na vocação terapêutica da filosofia e na chamada ética do cuidado. Regra geral, seus representantes orientam-se não por divisões disciplinares, mas por

* Doutor em Filosofia (Universidade de Coimbra, 2012). Investigador de pós-doutoramento do Instituto de Filosofia (Universidade de Porto). É autor de numerosos artigos dedicados à constituição do meio e observação terapêuticas na sociedade moderna. A realização do presente trabalho foi possível graças a uma bolsa de pós-doutoramento (SFRH/BPD/116555/2016) concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. m@ilto:kraftcasc@gmail.com

problemas subjacentes ou estruturantes da prática psiquiátrica e psicoterapêutica que por sua vez convocam e mobilizam diferentes saberes¹. O crescente interesse, por vezes inusitado, por temas filosóficos suscitados na relação clínica e na ciência psiquiátrica, permite abordar temas que vão além das consequências procedimentais e teóricas do “explanatory gap” – entre a causalidade neurofisiológica e a psíquica- que aqui vou tratar. A psiquiatria fornece ao trabalho filosófico dados empíricos e modelos teóricos que permitem repensar questões irresolúveis inerentes à condição humana: entre mente e cérebro, liberdade e determinismo, dever-ser e ser². Por outro lado, ela constituiu-se como campo laboratorial para os conceitos de racionalidade, vontade e responsabilidade que já na ética clássica eram erigidos tendo em conta os desafios postos pelas perturbações mentais³.

Trata-se, portanto, de uma relação de mútuo benefício em que o trabalho filosófico não é relegado à posição de comentador dos avanços científicos, mas participa do trabalho de esclarecimento das práticas, e nas correntes terapêuticas de cunho hermenêutico e sistêmico, assume um papel efetivo na melhoria das abordagens empíricas, nos processos de intervenção e teorização.

Nas diferentes correntes teóricas referentes à assistência à doença mental, são incontornáveis as questões suscitadas pela imposição de um paradigma científico-natural que parece tender à exclusão das dimensões subjetiva e intersubjetiva do diagnóstico, seja pelas evidências dos instrumentos de análise e predição das neurociências (ciências cognitivas, neurologia e genética), pelas promessas da psicofarmacologia, ou pela conformação do caso particular à regularidade estatística dos transtornos e disfunções.

Do ponto de vista histórico-conceitual, a obra de K. Jaspers representa um marco incontornável na tematização da vivência do paciente como elemento fulcral para compreender a enfermidade mental além da sua dimensão formal e abstrata. Vários autores salientaram como a sua adaptação peculiar do método fenomenológico constitui uma reação às tendências reducionistas que subsistem no rescaldo da primeira grande revolução das neurociências (avanços ao nível da histologia e da anatomia patológica)⁴. Desde os seus primeiros artigos, Jaspers insiste na necessidade de um modelo compreensivo capaz de descrever aspetos da patologia não constatáveis ou mensuráveis pelos métodos de observação e descrição convencionais⁵.

Para o autor da *Allgemeine Psychopathologie*, a classificação taxonómica é sempre um modelo abstrato que não esgota a riqueza da configuração individual da doença, nas dimensões biológica e pessoal. Ainda assim, sua teorização da empatia como parte da compreensão da linguagem do paciente restringe-se a um valor descritivo. Ela permite revelar as modalidades intencionais da vivência patológica através de uma dialética entre identificação e distanciamento. É esta que permite fazer sentido de certos tipos de psicose, tomando os sintomas em sua referência à dimensão existencial, irredutíveis a configurações e regras mentais fechadas.

E aí se levantava a questão da testabilidade, uma vez que as descrições patológicas do “outro” não são perentórias, mas estão sujeitas a uma circularidade ou reentrada sucessiva. Assim a ideia correspondentista de testabilidade vigente no método experimental, parece ceder face à procura de uma coerência interna da abordagem. Nos futuros representantes da escola de Heidelberg, como Werner Janzarik e Michael Schmidt-Degenhard, mas também entre os fundadores da psiquiatria antropológica, Viktor v. Gebattel e Ludwig Binswanger, os recursos descritivos da fenomenologia serão complementados por modelos de interpretação hermenêutica de pendor existencial (BARISON, 1990). Nesta, o que conta como sintoma é uma construção que parte da situação existencial do sujeito e não, à maneira das abordagens empíricas dos sinais, uma constatação ou referência objetiva (algo captado). Indo além da dimensão descritiva, essa construção linguística procura elevar o paciente à condição de agente da sua própria mudança na psicoterapia. É a dimensão simbólica da linguagem que permite revelar e transformar os níveis pré-reflexivos, aprimorando a capacidade de se tematizar como sujeito de atualidade e possibilidade. É o pressuposto de que o caso individual

contém uma riqueza de sentido inexpugnável pela categoria abstrata (e pelos modelos endógenos), que leva Jaspers a privilegiar as patologias individuais de figuras consagradas das artes e letras (JASPERS, 1926). O modo como contrapõe a configuração melancólica às psicoses esquizofrênicas enaltece os diferentes cursos e potencialidades criativas de cada condição patológica (CARVALHO, 2017).

Se trata de uma construção que procede de uma relação idealmente cooperativa, mas cujas vicissitudes do evento comunicativo, requerem uma constante atenção ao particular, à situação e ao contexto clínico. Essa “reentrada da observação” deve ser informada pela interrogação do próprio agente da observação (o terapeuta) sobre si próprio, tornando, tanto quanto possível, manifestos seus pressupostos. Isto significa um ceticismo relativamente a práticas que se pretendem neutras do ponto de vista epistêmico e axiológico. Só essa forma de reflexividade garante uma circularidade aberta a reajustes, e uma atenção à inscrição social da queixa⁶. Neste segundo nível, referente à comunicação, o sentido decorre sempre de processos onde as atribuições e expectativas do outro têm grande relevância na construção de si.

2. DIFERENCIAÇÃO DA RESPOSTA À DOENÇA MENTAL E SUAS ESPECIFICIDADES NA SOCIEDADE MODERNA

É certo que com a melhoria da oferta terapêutica para as doenças mais letais, surgem diversos discursos e serviços que promovem uma concepção de saúde na plena aceção do termo, almejando um bem-estar integral: físico, psíquico e moral. Contudo, orientadas pelo código de base do sistema médico, o binómio “doença-não doença”⁷, na psiquiatria e na psicologia clínica, estão à partida excluídos estados e disposições psíquicas (afetivas e cognitivas) e comportamentais que, mesmo sendo passíveis de melhoria, não configuram uma forma anormal ou sancionável de vivência e comportamento. Esta autodelimitação do código médico garante-lhe uma circunscrição da funcionalidade que pretende (re)estabelecer, diferenciando-o de outras práticas emergentes na contemporaneidade, do aconselhamento e *coaching*, mas também do esotérico e do religioso.

Mas aquela distinção primeira do código médico não é inquestionável e, sobretudo no caso da doença mental, está sujeita a revisões frequentes. A indagação quanto aos modos de acesso e transformação da causalidade psíquica intensificada no dealbar do século XX, com a demarcação da psicanálise e da psiquiatria, revelou que a mesma não se pode circunscrever no domínio bioquímico, sobretudo porque emergem e se generalizam novos anseios de realização individual (LUHMANN, 1983).

Parte importante da inscrição da queixa na sintomatologia está dependente deste ponto primeiro, daí emergindo recentemente vários debates, que vão além do estatuto ontológico da doença mental, convocando reflexão quanto: 1) à medicalização excessiva de estados de sofrimento inerentes à condição humana, 2) ao método de diagnóstico adotado, mais ou menos diretivo ou estruturado, 3) à variabilidade cultural da doença.

Também na patologia geral, é nesta fase que se evidencia de modo mais conspícuo a abertura cognitiva (e emocional) do sistema terapêutico, a sua recetividade e inscrição de novidade em seus processos, não só em virtude do acréscimo potencial de situações, mas também por via da particularidade do caso. Aí se manifesta como os processos de autodiferenciação do sistema terapêutico, com maior acutilância as terapias da doença mental, são permeáveis às novas expectativas que a sociedade sobre si deposita, assumindo-a como caixa-de-ressonância de uma diversidade enorme de problemas, caracterizados pela sua ameaça à performance e funcionalidade expectadas em diferentes sistemas⁸.

Uma primeira conceptualização da queixa pode ser avançada, distinguindo entre um tipo de sintoma delineável (nas compulsões e fobias) mais ou menos automático, e toda uma ordem de padrões de comportamento que parecem afetar ou ser inerentes, por

sua consistência e recorrência, à personalidade (depressões, depressões bipolares...). Assim se parte de uma triagem de tipo espontâneo, que começa por ser pré-clínica, entre abatimentos, bloqueios ou ansiedades de tipo comum, cujo sofrimento inerente é compreensível à luz de uma forma de vida num certo contexto social particular, e aqueles tipos de sofrimento que, exacerbados ou desvinculados do curso biográfico, configuram uma desordem que carece de diagnóstico. Muitas vezes o problema ou o infortúnio ordinário, tidos por comuns em seus parâmetros formais e prevalência, evoluem para desordens carentes de tratamento. Mesmo se essa “evolução” é acompanhada ou mesmo motivada por uma base biológica, eventualmente epigenética, só a “auscultação” das sequências biográficas e da vivência individual, permitirão articular e tipificar o sintoma.

A inscrição da queixa no sintoma é o umbral que marca o encontro e confronto recursivos entre uma forma de vida e o meio comunicativo da terapia. Contudo, a consideração da queixa, a sua receção por parte do aparelho clínico e do discurso médico, não pode ser tomada simplesmente como meramente “instrutória”, devendo ser admitida como integrante do processo terapêutico. Isto não só na medida em que dela dependem os prognósticos e planos de tratamento, fases cuja compartimentação estanque foi há muito posta em causa pela antropologia médica⁹, mas porque contém já uma intervenção, o mais das vezes implícita, na disposição afetiva e na reflexividade do indivíduo.

Sendo certo que a psicopatologia apresenta uma grande variedade de categorias e manifestações variantes (bem como critérios de ordenação), sua unidade radica de algum modo na distinção inequívoca face às doenças somáticas. Esta distinção não se resume ao “objeto” de cada uma, dizendo primeiramente respeito à amplitude de sintomas e à distinção sempre problemática entre “dor” e “sofrimento”. Além dos danos na dimensão sensoriomotora e perceptiva, aqueles que são diretamente afetados nas doenças eminentemente físicas, a doença mental tem como “sintomas primários”¹⁰ a perturbação ou impedimento das dimensões emocional, cognitiva e deliberativa (singular ou cumulativamente). Significa isso que o nível afetado primeiramente é o pessoal, e isso, independentemente da sua etiologia genética, biológica ou psicogénica.

A psiquiatria, assim como as psicoterapias em geral, são confrontadas em sua gênese com uma dificuldade suplementar. Na maior parte dos transtornos que tomam como “objeto” não é evidente à partida qual o objetivo do tratamento, nem sequer se a condição deve ser tratada¹¹. A menos que se refira como fim genérico da terapia o bem-estar ou o alívio fornecido ou favorecido pela relação médica, os processos de diagnóstico e terapia estão abertos a debate. Debate que começa pela voz conferida ao paciente como pessoa provida de direitos (à informação e concordância), aos desejos e valores¹². Tais atribuições são suspensas somente em casos excepcionais. Contudo, o debate quanto aos fins da terapia extravasa a relação clínica propriamente dita, dependente de “fatores externos” decorrentes da sua inserção social, nomeadamente a sua dependência face aos sistemas político e económico¹³.

Um primeiro momento requererá que a queixa se faça ouvir, que se apresente na clínica. Ela não configura necessariamente um sintoma, sendo necessária uma triagem, sempre disputada, entre o sofrimento inerente à condição humana e o que é manifestamente excessivo ou disfuncional. Uma primeira distinção pode ser estabelecida entre 1) as disfunções em que é possível entrever um excesso relativamente a uma função psíquica e social, é assim em grande parte das neuroses, e 2) outras desordens que, situando-se num outro plano da experiência de si-mesmo, constituem experiências anormais do ponto de vista qualitativo, o caso das psicoses.

Por outro lado, a queixa, ou o modo como se apresenta, pode ser ela mesma sintomática. É esse o caso em dois tipos extremos, a hipocondria e as perversões e psicopatias. Na hipocondria a autoconstrução e ideação da queixa é compulsiva, sendo que essa mesma recorrência constitui o transtorno. Podíamos dizer neste caso a queixa se “autoinstruiu” na dependência do próprio discurso médico. Em sentido inverso, a queixa pode ser muda ou proveniente de um terceiro, recusando o próprio paciente a

sua articulação, casos da estrutura de personalidade perversa e na psicopatia. Assim, se num dos casos a queixa se insinua e procura inscrever-se na patografia, no outro o sintoma é descrito à revelia do próprio sujeito ou pelo menos sem a sua participação ativa.

Entender a queixa do paciente requer uma sensibilidade aos valores que a mesma tem ínsitos. Se isto é uma evidência na clínica da patologia geral, na psicopatologia a dimensão normativa dificilmente poderá ser excluída dos próprios processos de tratamento.

Mas a inexistência de uma teleologia unívoca que reja os cuidados de saúde mental, o restabelecimento de uma função, decorre também da necessidade de conciliar dois tipos de causalidade acessíveis por intermédio de instrumentos e técnicas distintos: a psíquica e a neurofisiológica. Ora, com os avanços dos instrumentos de diagnóstico desta última (técnicas de imagiologia e neuroquímica) a clínica parece condenada a elemento “vestigial”, mantido por mera cortesia do sistema médico face ao paciente, fornecendo-lhe a aparência de uma interpretação da sua condição e a ilusão de uma autodeterminação nos processos de tratamento. Mesmo os que advogam uma versão forte do modelo médico na Psiquiatria, tomando-a como “ramo aplicado das neurociências cognitivas”, admitem que só um conhecimento pleno da causalidade neuroquímica e neurofisiológica, dos seus processos e configurações patológicas ou disfuncionais, poderia constituir alternativa aos métodos de diagnóstico e intervenção assentes na relação clínica (MURPHY, 2006, pp. 262-263).

3. DIMENSÕES FILOSÓFICAS SUSCITADAS NO TRATAMENTO DA QUEIXA

A transição da queixa, articulação subjetiva de um padecimento, ao sintoma, indício de síndrome patológica, envolve três grandes eixos de reflexão não raras vezes difíceis de destrinçar.

Num primeiro plano temos a dimensão ontológica normalmente subjacente à queixa. Se algo subsiste em toda a história da psiquiatria, acompanhando as suas mutações terminológicas, semânticas e de método, é a disputa quanto à realidade ontológica da doença mental e, por conseguinte, do provimento, admissibilidade e natureza da queixa. Atenuadas as vozes da antipsiquiatria radical, nas versões propaladas por Th. Szasz¹⁴ e I. Illich¹⁵, denegadoras da existência de patologia mental, isto é, uma disfunção decorrente da configuração ou padrão da cognição, tornou-se importante saber se a doença mental está assente em marcadores biológicos que tornam a sua descrição e tratamento de tipo moral e pedagógico insuficientes como defendeu Kendell (1975). O reconhecimento generalizado de desordens psicogénicas ou exógenas, a par com a recusa de uma definição de patologia como facto tangível, motivaram uma atenção redobrada a novos campos disciplinares, nomeadamente colaborações entre os avanços da psiquiatria e da psicanálise. Contudo, mesmo nesta última perdura a convicção de que nem toda a resposta para a queixa terá lugar no domínio psicoterapêutico, isto é, envolvendo processos de aprendizagem cognitiva e emocional tendo o paciente como agente.

Em quase todos os domínios da doença mental está ausente a ideia de um poder universal das leis (bioquímicas e psíquicas) para circunscrever a doença, sendo admitidos “protótipos” de patologia, não exaustivos das suas características, mas resultantes da conjugação dos seus elementos centrais ou salientes (KENDLER; ZACHAR, 2008; GRAHAM, 2014). Tais constructos admitem descrições entre diferentes níveis de abordagem, infrapessoal e pessoal, e causalidade, bioquímica e de sentido. Não obstante, é sempre ao nível pessoal -do agregado de atribuições e expectativas psíquicas e comunicativas que recaem sobre o indivíduo- que em última análise se retorna na avaliação da sequência do tratamento.

Muitas vezes implicado nestas questões está o plano epistémico e a questão de saber quais as condições de conhecimento e validação dos procedimentos médicos.

Esse questionamento remonta às condições de observação, terá a doença mental uma realidade independente da vivência e, em caso afirmativo, poderá sua causalidade ser descritível de modo neutro, na terceira pessoa?

Respeitante à admissibilidade da queixa, à legitimidade da sua purificação ou dissolução, é necessário saber se a sua inserção num esquema preestabelecido ou mecânico não pode promover o apagamento da sua significação.

De referir aqui a empatia, que deve ser tomada não como virtude moral mas primeiramente epistêmica. Falamos em virtude, pois tal disposição do observador/terapeuta resulta de uma atitude que não é redutível a operações pontuais e espontâneas nem sequer a uma boa-vontade, decorrendo de um trabalho contínuo sobre a disposição afetiva, orientado pela compreensão. Além da descrição empírica dos sintomas, é necessário entender a sua vivência pelo sujeito, algo que pode requerer uma alteração dos modos comuns de organização da experiência. Por outro lado, além de promover uma exploração das modalidades irreflexivas ou intencionais em diversas desordens mentais, a empatia permite superar as barreiras impostas nos processos de contratransferência do terapeuta, tão frequentes por exemplo quando lida com casos borderline. Tal atitude não permite somente lidar com variantes da repulsa, mas também contrariar uma tendência para objetivar a condição mental, que começa na designação, reduzindo o paciente à sua doença. Assim sendo, é possível entrever neste exercício de auto-observação e “controle” das disposições e resposta psicoterapêutica, um contrabalanço à dessensibilização perante o sofrimento ou transtorno alheios, do qual carecem também outras áreas do cuidado médico.

O terceiro plano concerne aos pressupostos normativos a que deve obedecer a fase de diagnóstico, nomeadamente quanto ao papel da biografia e anseios pessoais, e ao lugar que lhes deve ser atribuído nos processos da terapia. Em causa está a permeabilidade da pessoa à normatividade, pois ela não é movida por uma necessidade causal, pelo menos linear; atribui-se e são-lhe atribuídas razões para acreditar, querer, julgar... Contudo, esta dimensão não implica a necessidade de uma reflexão moral que sirva de guia aos procedimentos terapêuticos. A “construção” do sintoma e os modos de tratamento interpessoais encarregam-se de descobrir uma diversidade de possibilidades éticas não “entrevistas” à partida.

Ao mesmo tempo, é neste nível que encontramos um dos elementos cruciais da eficácia da relação terapêutica, a construção de um vínculo comunicativo que assegura a passagem do saber, um saber de si, acerca da sua condição, à ação requerida para ultrapassar. É hoje evidente, também à luz de consequências desastrosas, que o comprometimento do paciente com o plano de tratamento foi um dos elementos descurados também na clínica geral¹⁶.

Mas as questões normativas não se cingem diretamente à técnica de construção e inscrição do sintoma, remetem antes mesmo para as dimensões ideológicas, económicas e políticas, nas quais se estabelecem perspetivas conflitantes quanto aos modelos que devem prevalecer, afetando a formação de terapeutas e a mobilização de recursos.

Somos tentados a reduzir o âmbito filosófico de análise da queixa a este nível, contudo os níveis anteriores são essenciais para esclarecer em que medida é legítima e desejável a redução da clínica a um processamento impessoal de sinais. Creio que a resposta a esta questão não pode ser perentória, está sobretudo dependente do tipo de patologia ou síndrome que esteja em causa, uma vez que nem sempre estamos perante os modos voluntários de queixa e porque, como veremos, os métodos de diagnóstico interpessoais, onde paciente e médico assumem um papel central na categorização do sintoma, no estabelecimento de planos de tratamento e prognóstico, apresentam falhas ao nível da sua precisão e eficácia.

Explorar a dimensão corpórea e incorporada das emoções e cognição na doença mental, sem atender à dimensão vivencial parece um procedimento inválido nos três registos da queixa: ontológico, epistemológico e normativo. O nível “composicional” apresenta uma causalidade que se pode descobrir como disfuncional ou impeditiva das características e atribuições da personalidade, caso em que estamos propriamente diante

da doença cerebral (relativa a lesões cerebrais ou disfunções do circuito neural). Mas nem sempre, mesmo quando esse nível permite descrever a desordem, se mostra pertinente para a compreensão plena da condição ou síndrome patológico.

4. VARIABILIDADE DE MODELOS DE ENCONTRO CLÍNICO

A psiquiatria assim como as psicoterapias em geral desenvolveram protocolos e técnicas que as distinguem de práticas indiferenciadas ou informais de consolo. Iniciam-se normalmente pelo “exame do estado mental”, sob as formas de entrevista, diálogo ou narração. Mesmo antes da questão inicial, nas suas múltiplas variações, “como se sente?” ou “o que o traz por cá?”, o terapeuta observa diversos indícios do estado mental, relacionados com a aparência (penteadado, higiene, contacto visual...) e identificação (idade, género, constituição física, estado civil...). A queixa propriamente dita desdobra-se no discurso, ela não é à partida evidente e, por vezes, quando um episódio ou condições de vida parecem a causa inequívoca, elas são somente a ocasião da sua manifestação ou mesmo algo indiretamente relacionado. Daí a necessidade da clínica em estabelecer relações entre a evolução dos sintomas e o historial médico anterior (incluindo o familiar) e aspetos biográficos. Será o modelo de objetivação do comportamento linguístico e corporal do paciente a revelar a forma de acesso, categorização ou supressão da vivência interior.

A relação do paciente com os sinais do padecimento não é redutível a uma “linguagem objetiva”, cingida, nos termos de Th. von Uexküll (1997), às dimensões icónica e indexical do sinal, articulando-se em modalidades intencionais particulares, com conteúdo afetivo e cognitivo. O paciente refere uma quebra na funcionalidade ou um impedimento, expressando-se numa infinidade de modos possíveis: uma ansiedade diante de algo, uma incapacidade de se recordar, de sentir, uma compulsão... A articulação da queixa tem sempre uma dimensão relacional implícita ou explícita. O sujeito posiciona-se em relação ao modo como é considerado pelos demais. Há ainda uma dimensão reflexiva, na qual o sujeito se coloca em perspetiva à luz da retrospeção e das possibilidades em aberto.

Estas três vias de articulação da queixa, consideradas por A. Mooij (2012), respetivamente fenomenológica, hermenêutica e estrutural, não são necessariamente incompatíveis com a abordagem da neurociência. A investigação neurofisiológica contribuiu para esclarecer os níveis emocionais, das respostas afeções primárias às adquiridas e passíveis de aprendizagem/revisão, até aos sentimentos propriamente ditos. Devido à operatividade diferenciada dos níveis infrapessoal (cerebral), pessoal/vivencial, o seu encadeamento não obedece a uma causalidade estrita, mas também não apresenta cisões absolutas.

Mas não é só do lado da neurociência que a vivência pessoal parece secundarizada, mesmo na clínica esta questão subsiste e é premente em virtude da evolução do *DSM*, tendente a conferir aos psicoterapeutas um papel de aplicadores de questionários e receituários, cada vez menos sensível à significação dos sintomas por parte do paciente¹⁷. Esta supressão da voz do paciente, mas desde logo o cercar do diálogo nos métodos estruturados de diagnóstico, potencia também formas de injustiça epistémica específicas da psicopatologia, baseada numa perceção desadequada dos problemas e interesses pessoais.

A injustiça epistémica na abordagem e tratamento da patologia parece agravada na doença mental. Mesmo se grande parte do estigma social associado ao recurso ao auxílio e tratamento mental parece ter sido amenizado, face a vários tipos de transtorno psíquico, sobretudo nas doenças com sintomatologia aguda, prevalecem o medo ou a incompreensão, contrastando com a comiseração que tende a suscitar a doença física. Além dos eixos da diferença sexual e étnica que parecem modelar a perceção do transtorno, quando a disfunção mental ou comportamental é diagnosticados em indivíduos em condições de exclusão social (deprivação e adições) sua etiologia e

evolução tendem a ser interpretadas não como condicionados ou propiciadas por fatores econômicos ou sociais, mas como resultantes da conduta dos sujeitos.

Por outro lado, além da especificidade da comunicação e interação clínica, os estereótipos sociais relativamente à doença mental têm consequências nos níveis: 1) político, promovendo o corte de financiamento nos tratamentos que privilegiam a abordagem interpessoal, 2) médico, com o descreditar da psiquiatria como demasiado subjetiva, e 3) econômico, com a imposição de uma forte indústria apostada em impor modos de tratamento assentes nos psicofármacos.

Da parte da Medicina em particular, urge inculcar a importância de abordagens qualitativas (a par com os métodos quantitativos) como guias de diagnóstico e tratamento, estimulando a formação de terapeutas que M. Fricker identificou como “ouvintes virtuosos” (2007, pp. 81-85)¹⁸.

Contudo, vários estudos revelam um inequívoco acréscimo da eficácia da resposta terapêutica nos casos em que o processo de auscultação e construção do sintoma são orientados ou estruturados por questionários ou guias preestabelecidos. Esta conclusão surpreendente tem base na fiabilidade dos preditores estatísticos, bem superior à aplicação livre de técnicas de construção do sintoma (BISHOP; TROUT, 2013). O processamento “automatizado” de dados, além de garantir uma replicação dos modelos, assegura uma exaustividade na leitura e a exclusão de inferências precipitadas decorrentes da prática. Ainda assim, a leitura do clínico permanece essencial para procurar e reconhecer os sinais sintomáticos e assegurar precisão na aplicação do guião.

As vicissitudes do método baseado na entrevista/auscultação não estruturada ficaram bem patentes em estudos onde se mostrava uma tendência para diagnósticos erróneos, sobretudo na distinção entre as perturbações de base afetiva e as de base endógena (BISHOP; TROUT, 2013, pp. 1025-1027). Os “falsos positivos” têm consequências devastadoras por força do impacto dos tratamentos na condição mental, reforçando a autocompreensão do paciente e tornando a sua “etiquetagem” irreversível¹⁹.

O reverso da indubitável fiabilidade do diagnóstico, e sobretudo da abordagem pragmática da patologia, é, para além da questão da validade da definição da patologia, a ausência de uma atenção ao sintoma individual, tendente a diagnosticar condições existenciais comuns, camuflando suas manifestações e avançando com respostas terapêuticas que anulam a sua compreensão.

A psicossomática e a antropologia médica alertaram para o descurar de aspetos da queixa sistematicamente excluídos dos sistemas simbólicos de compreensão da doença. Mas, tal como a mais recente imposição do modelo biopsicossocial, a atenção acrescida a dimensões normativas, mais pungentes na doença mental capitulou diante de pressões económicas e da sofisticação crescente da técnica. Mesmo quando cientes da importância de fatores vivenciais, os agentes não conseguem implementar esta dimensão nos protocolos. Contudo, esta exclusão do facto subjetivo da queixa não é inócua, retornando e insistindo na prática e na própria investigação científica. A sua exclusão ou constrangimento excessivo tende a originar frustração. Ela afeta o clínico, na essência e na qualidade do seu saber. A subjetividade constitui o objeto da psicopatologia, dela se depreendem na clínica a influência de fatores infrapessoais e o impacto da dimensão social. A sua supressão do diagnóstico e explanação da patologia, potencia uma auto-opacidade do paciente, sob a forma de uma objetivação das causas que desresponsabiliza, cerceia as hipóteses de autotransformação e a autodeterminação pessoais.

De certo modo, os processos da psicoterapia constituem o inverso das aplicações psicotécnicas empregues pelos recursos humanos. O diagnóstico e as fases de correção, aprendizagem e avaliação de sequências opõem-se a uma uniformização do múltiplo, à redução das aptidões a certos objetivos, primando pela multiplicidade de níveis a explorar ou a aflorar.

5. REFLEXÃO FINAL

A medicação excessiva, sobretudo de condições comuns, tende a automatizar a clínica ou mesmo a suprimi-la (também pela tentação da automedicação). Por outro lado, contribui para destabilizar ou adulterar as variáveis em análise nos tratamentos e ensaios clínicos. Um outro tema, suscitado na mais recente revisão do DSM é o da admissibilidade de uma interpretação do sintoma abstraído-o do seu significado pessoal. Isso implica que, por exemplo, às condições de luto e de depressão serão propostos tratamentos similares, secundarizando a dimensão pessoal (WAKEFIELD, 2015).

Seria adequado perguntar se em grande medida não são as explicações do “anormal” reduzidas aos níveis do acaso biofísico ou da necessidade da genética, o modo de conter e ladear a estranheza do sintoma e o seu significado? Dirimir a queixa em “explicações biologizantes e económicas, ‘familiares’ na ortodoxia freudiana” (Ricoeur, 1995, p. 33). Em tais perspetivas baseadas na exposição de uma causalidade inexorável, tende a desaparecer a dialética própria da prática interpretativa (reduzindo-se à explanação). Esta depende de uma tensão nunca inteiramente “resolvida” entre o conhecido e o desconhecido, o que cumpre desvelar. Mas, mesmo com os avanços das neurociências, da neurologia e da psicofarmacologia, o desaparecimento do mistério e da premência da decisão ética, que uns tomam como prenhe de redenção da condição humana, outros como caótico retorno a uma ordem da necessidade não mediada, estão longe de se cumprir. Mesmo surgindo uma transparência da “interioridade”, no domínio da neurociência mas sobretudo da clínica, a sua interpretação continuará dependente de questões éticas não resolúveis no domínio do ser.

6. REFERÊNCIAS

- ANDREASEN, Nancy. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin* 33 (1), pp. 108-122, 2007.
- BARISON, Ferdinando. La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia, conversazione tenuta nella Clinica Psichiatrica di Padova il 5 maggio 1989. *Comprendere*, 5, 1990. Disponível em: <http://www.rivistacomprendere.org/allegati/V.4.%20Barison.pdf>
- BISHOP Michael A.; TROUT, J. D. Diagnostic Prediction and Prognosis: Getting from Symptom to Treatment. In: FULFORD et al. (Eds.). *Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013, pp. 1023-1046.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Barrocas, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CARVALHO, Cláudio. O Problema XXX e o tratamento da condição melancólica em Aristóteles. *Revista Filosófica de Coimbra*, 24. (46), pp. 27-78, 2015.
- CARVALHO, Cláudio. *On the significance of Galen's concept of Hegemonikon and its role in the therapy of passions*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2016.
- CARVALHO, Cláudio. A linguagem cifrada da loucura criativa. As Patografias de Jaspers e os limites da observação estética. In LEÓN, Maria J.; MOURA, Vítor (Eds.), *Conceitos Estéticos*. II Encontro Ibérico de Estética. VN Famalicão: Húmus, 2017.
- CSORDAS Thomas J.; KLEINMAN, Arthur. “The therapeutic process” In: SARGENT, Carolyn F.; JOHNSON, Thomas M. (eds.) *Medical anthropology: contemporary theory and method*. New York: Praeger, 1996, pp. 3-20.
- DEPRAZ, Natalie. The Surprise of Non-Sense. In: CAPPUCCIO, Massimiliano; FROESE, Tom (Eds.), *Enactive Cognition at the Edge of Sense-Making. Making Sense of Non-Sense*. London: Palgrave Macmillan, 2014.
- FRICKER, Miranda. *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*. New York: Oxford U.P., 2007.
- FUCHS, Thomas (2010). Temporality and Psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 12(1), pp. 75–104, 2010.

- FUCHS, Thomas. Brain Mythologies. Jaspers' Critique of Reductionism from a Current Perspective. In: FUCHS, Thomas; BREYER, Thiemo; MUNDT, Christoph (Eds.). *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology*. Heidelberg: Springer, 2014.
- FULFORD, K.W.M et al. (Eds.). *Nature and Narrative: An Introduction to the New Philosophy of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- FULFORD et al. (Eds.). *Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- GALLAGHER, Shaun; ZAHAVI, Dan. *The phenomenological mind: An introduction to philosophy of mind and cognitive science*. London: Routledge, 2008.
- GRAHAM, George; STEPHENS, G. Lynn. *Philosophical psychopathology*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1994.
- GRAHAM, George. Being a Mental Disorder In: KINCAID, Harold; SULLIVAN, Jacqueline (eds.), *Classifying Psychopathology Mental Kinds and Natural Kinds*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 2014, pp. 123-143.
- HACKING, Ian. *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1995.
- ILLICH, Ivan. *Limits to Medicine. Medical nemesis the appropriation of health*. London: Calder & Boyars, 1976.
- JASPERS, Karl. *Strindberg und van Gogh. Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swedenborg und von Gogh*. 2^a ed. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1926.
- JASPERS, Karl. Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. In: *Zur Psychopathologie, Gesammelte Schriften*. Berlin: Springer, 1963, pp. 314–328.
- KENDLER, Kenneth. Towards a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 433-440, 2005.
- KENDLER, Kenneth S.; ZACHAR, Peter. "The incredible insecurity of psychiatric nosology". In: KENDLER Kenneth S.; PARNAS, Joseph (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology and Nosology*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008, pp. 368-382.
- KENDLER Kenneth S.; PARNAS, Joseph (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology and Nosology*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.
- LOBO ANTUNES, João. *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.
- LUHMANN, Niklas „Der medizinische Code“ in Id. *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990, pp. 183–195, p. 186.
- LUHMANN, Niklas. Anspruchsinflation im Krankheitssystem: Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: HERDER-DORNEICH, Philipp; SCHULLER, Alexander (Eds.), *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt*. Stuttgart: Kohlhammer, 1983, pp. 28-49.
- MOOIJ, Antoine. *Psychiatry as a Human Science. Phenomenological, Hermeneutical and Lacanian Perspectives*. Amsterdam - New York: Rodopi, 2012.
- MURPHY, Dominic, *Psychiatry in the Scientific Image*. Cambridge, MA: MIT Press, 2006.
- PARSONS, Talcott. Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*. 21, pp. 452–460, 1951.
- REACH, Gérard. *The Mental Mechanisms of Patient Adherence to Long-Term Therapies: Mind and Care*. Heidelberg: Springer, 2015.
- RICOEUR, Paul. *Réflexion faite – Autobiographie intellectuelle*. Paris: Éditions Esprit, 1995.
- ROSENBERG, Charles. *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- SHORTER, Edward. *What Psychiatry Left Out of the DSM-5: Historical Mental Disorders Today*. New York: Routledge, 2015.
- SPITZER, Manfred. Why philosophy? In: *Philosophy and Psychopathology*. SPITZER, Manfred; MAHRER, Brendan (Eds.), New York/Heidelberg/Berlin: Springer, 1990, pp. 3-19.

- SZASZ, Thomas. The myth of mental illness. *American Psychologist*. 15, pp. 113–18, 1960.
- THOMPSON, Evan. *Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge: Harvard University Press, 2007.
- UEXKÜLL Theodor von. Biosemiotics. In: POSNER, Roland; ROBERING, Klaus; SEBEOK, Thomas A. (eds.), *Semiotics: A Handbook on the Sign-Theoretic Foundations of Nature and Culture*, vol. 1. Berlin: Walter de Gruyter, 1997-2002, pp. 447-457.
- WAITZKIN, Howard. A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health and Social Behavior*. 30, pp. 220-239, 1989.
- WAKEFIELD, Jerome C. The Loss of Grief: Science and Pseudoscience in the Debate over DSM-5's Elimination of the Bereavement Exclusion. In: DEMAZEUX, Steeves; SINGY, Patrick (Eds.) *The DSM-5 in Perspective. Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Dordrecht: Springer, 2015, pp. 157-178.
- WENEGRAT, Brant. *Theatre of disorder: Patients, doctors, and the construction of illness*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- YOUNG, Garry. *Philosophical Psychopathology: Philosophy without Thought Experiments*. New York: Palgrave Macmillan, 2013.

NOTAS

- 1 A este respeito, retomando o legado de Jaspers, apresentava Manfred Spitzer, aquela que era a lacuna que a Filosofia podia ajudar a suprir não só na psicopatologia, mas na psiquiatria em geral: “[s]e não há factos puros e se a interferência minimal não é necessariamente o objetivo, como podemos integrar a psicopatologia como ciência com outras ciências que são aplicadas na medicina? Como podemos evitar perspectivas reducionistas que sempre ameaçam a psiquiatria, especialmente os jovens psiquiatras (que passam a maior parte de seu tempo no laboratório bioquímico) e a sua relação com os doentes?” SPITZER 1990, p. 16. Desde então, muitos têm sido os compêndios dedicados não somente aquele problema formativo, mas também a questões metodológicas, epistemológicas e éticas, suscitadas no tratamento de desordens particulares, ver por exemplo: GRAHAM; STEPHENS 1994; FULFORD et al. 2003; FULFORD et al. 2013.
- 2 Garry Young (2013) mostrou recentemente o modo como a psicopatologia pode informar o inquérito filosófico em áreas tão diversas como a consciência, a intencionalidade, a racionalidade e a redução epistêmica, apresentando alternativa, em seus *case studies* e paradigmas, ao predomínio dos “thought experiments”.
- 3 Considere-se por exemplo o livro VII da *Ética a Nicómaco* em que, prosseguindo a analogia entre o procedimento médico e o método da ética, Aristóteles aborda o modo como certas perturbações, decorrentes da compleição individual e/ou dos hábitos, debilitam a capacidade deliberativa Cf. *Eth.N.* VII, 1146 b - 1152a 27.
- 4 Revolução que veio a legitimar o perdurar de um cunho positivista na abordagem da doença mental (FUCHS, 2014).
- 5 Ver seu trabalho de 1912 (JASPERS 1963).
- 6 Ver nosso estudo em: CARVALHO, 2015, pp. 60-65.
- 7 “Logo à primeira vista é evidente: só há a considerar uma distinção para esta função do código binário -a do doente e do são. Qualquer outra distinção se subordinaria a outro âmbito de função superior. Só a distinção entre doente e são define o âmbito da comunicação do médico e seus pacientes (incluindo aqueles que evitam ir ao médico, ainda que descrevam sua condição a partir desta diferença e refiram a enfermidade” LUHMANN, 1990, p. 186.
- 8 T. Parsons destacava esta intersecção entre o sistema de saúde e os diagramas de obrigações sociais, sendo que o médico “(...) não é simplesmente a pessoa responsável pelo cuidado de uma classe especial de ‘casos problema. Ele posiciona-se no ponto estratégico do balanço de forças da sociedade da qual é parte” PARSONS, 1951, p. 460.
- 9 Com base na variabilidade histórico-cultural das doenças, Th. Csordas e A. Kleinman afirmam que a “a terapia depende primeiramente do que é definido como problema”. Por outro

lado: “[u]ma transformação fundamental da experiência tem lugar quando o sofrimento é reformulado como doença na prática médica (...). A prática moral torna-se prática técnica e esta última vem a definir como será definido, gerido e abordado o resultado” (1996, p.4-5).

- 10 Recorro aqui à terminologia galénica cujas distinções primeiras preservam valor descritivo também no âmbito da saúde mental. Ver: CARVALHO, 2016, pp. 21-22.
- 11 Continua pertinente a abordagem de G. Canguilhem quanto à dimensão normativa do conceito de saúde, também da saúde mental (CANGUILHEM 1995, pp. 87 ss).
- 12 Para o modo como o próprio paradigma da medicina baseada na evidência acomodou e generalizou estes anseios desde os trabalhos de Sir William Osler, ver: LOBO ANTUNES, 2012, pp. 30-34.
- 13 Sobre este tema cf.: WAITZKIN 1989.
- 14 A sua contestação da doença mental assenta num fiscalismo extremo de acordo como o qual só pode ser considerado patológico aquilo que afeta “a integridade funcional e estrutural do corpo humano” (SZASZ, 1960, 114) suprimindo a dimensão vivencial e normativa do sofrimento.
- 15 I. Illich mostrou o modo como a “medicalização” foi acompanhada por um coartar sistemático da autonomia do paciente no tratamento das perturbações, veja-se o quarto capítulo (The Invention and Elimination of Disease) do seu livro *Limits to Medicine* (1976).
- 16 G. Reach (2015, pp.167-185) adaptou os instrumentos teóricos da filosofia da mente para compreender o modo como os conceitos de adesão e compromisso desempenham um papel fulcral na continuidade e no sucesso das intervenções terapêuticas.
- 17 Andreasen notou que o pendor descritivo do DSM “tem tido um impacto desumanizante na prática da psiquiatria. O assentar do histórico -ferramenta de avaliação central na psiquiatria- foi frequentemente reduzido ao uso dos catálogos do DSM. O DSM desencoraja os clínicos de conhecerem o paciente como uma pessoa individual devido à aridez de sua abordagem empírica” ANDREASEN, 2007, p. 11.
- 18 O conceito de virtude aqui empregue pode ser equívoco uma vez que não nos pretendemos enredar na disputa quanto ao carácter espontâneo das disposições éticas, mas mostrar como a sua aplicação no domínio dos cuidados mentais não pode prescindir do questionamento dos pressupostos epistémicos subjacentes às intervenções terapêuticas.
- 19 Isto seguindo a revisão do conceito de “looping effect” proposta por Ian Hacking a respeito do síndrome de múltipla personalidade: “[a]s pessoas classificadas de uma certa maneira tendem a conformar-se e a reforçar os modos como são descritas; mas também desenvolvem as suas próprias maneiras, de modo que as classificações e descrições têm de ser constantemente revistas” HACKING 1995, 21.