

# PREFÁCIO

***“O diagnóstico é a última coisa na compreensão psiquiátrica de um caso”***

JASPERS K., *Psicopatologia Geral*,  
Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1979, p. 33.

Logo nas primeiras páginas de seu clássico “*Psicopatologia Geral*”, de 1913, Karl Jaspers fazia uma advertência surpreendentemente contemporânea sobre o papel do diagnóstico nas práticas da psiquiatria: “O diagnóstico é a última coisa na compreensão psiquiátrica de um caso [...] é o que há de menos essencial no trabalho realmente psicopatológico”. Com isso, o grande mestre de Heidelberg visava destacar o caráter central da experiência concreta junto ao paciente e de uma análise clínica profunda, que não vise eliminar artificialmente “o caos dos fenômenos por meio de um nome dado no diagnóstico”. O diagnóstico deveria decorrer desse processo investigativo rigoroso. Jamais substituí-lo.

Na contramão dessa pertinente recomendação de Jaspers, para quem “muitas vezes em psiquiatria, diagnosticar equivale a girar esterilmente em círculos onde só muito poucos fenômenos entram no campo de visão de um saber conscien-

te”, assistimos hoje a hegemonia de uma prática psiquiátrica centrada no diagnóstico de entidades nosográficas de consistência estritamente convencional: os chamados “transtornos mentais”.

Desde o final dos anos 60, confrontada a severas críticas sobre a pouca confiabilidade de seus diagnósticos e sobre sua incapacidade em conseguir formular suas hipóteses de maneira que estas pudessem ser controladas através dos procedimentos de validação empírico-experimental habituais, a psiquiatria buscava desesperadamente encontrar novos meios para obter legitimação como especialidade médica. Em uma medicina estruturada em torno de conhecimentos objetivos sobre a realidade biológica da doença e de seus tratamentos, a psiquiatria encontrava enormes dificuldades para se fazer reconhecer como membro de pleno direito desse campo tão prestigioso. A publicação, em 1980, do DSM III pela Associação Psiquiátrica Norte-americana modifica completamente o panorama de desprestígio da disciplina. Ao estabelecer regras estritas para o uso da linguagem em relação a referentes clínicos específicos e imediatamente observáveis ou evidenciáveis na história relatada pelo paciente, esse manual permitiria, pela primeira vez, que a psiquiatria dispusesse de uma estabilização consensual do conteúdo empírico recoberto por cada etiqueta diagnóstica.

Essa nova nosografia de transtorno mentais, elaborada segundo princípios de uma linguística pragmática simplificada, recortava síndromes clínicas específicas para as quais se consideram legítimas intervenções de natureza psiquiátrica. Dessa forma, duas dificuldades maiores para a legitimação da psiquiatria como prática médica pareciam superadas: os diagnósticos psiquiátricos seriam doravante mais confiáveis e as entidades por eles delimitadas passariam a ser susceptíveis de

verificação segundo os critérios empíricos-experimentais da ciência dominante.

Um terceiro ponto crucial permanecia, contudo, ainda sem solução: a demonstração de que as entidades clínicas delimitadas por esse astucioso procedimento nosográfico, os transtornos mentais, tinham o estatuto ontológico de “doenças biológicas”, tal como acontece no restante da medicina. Esse problema é resolvido através de uma espécie de petição de princípio lançada para o futuro: a pesquisa sistemática permitida pelos sistemas classificatórios de transtornos mentais conduzirá, um dia, à construção de uma explicação completa do fenômeno mórbido segundo um jogo de linguagem biológico, o que tornará irrelevante qualquer referência psicológica ou psicopatológica, seja para a definição do transtorno, seja para a intervenção médica efetiva para solucioná-lo. O avanço da pesquisa naturalística conduzirá inexoravelmente a uma descrição biológica do fenômeno mórbido, capaz de fundamentar uma intervenção médica sem referência a qualquer conceito mental (cf. BANZATO, 2004).

O sucesso dessa abordagem rapidamente difundiu-se globalmente, fazendo com que os princípios de um manual de diagnósticos inicialmente elaborado para servir a uma associação psiquiátrica nacional se transformassem em referência hegemônica no mundo inteiro. As consequências científicas e clínicas desse fato são imensas e dominam o panorama da prática psiquiátrica contemporânea.

A noção central que organiza todos os sistemas de diagnóstico psiquiátrico inspirados no DSM é aquela de “transtorno mental”. Entre outras características, esse constructo operacional passa a ser considerado como entidade patológica autônoma, que se instala na vida mental do paciente. A ra-

cionalidade dominante na clínica psiquiátrica contemporânea baseia-se em dois procedimentos intrinsecamente conectados do ponto de vista de suas lógicas respectivas, situados em dois tempos lógicos distintos:

Tempo 1 – identificação do(s) transtorno(s) mental(is) que acomete(m) o paciente, segundo critérios explícitos e convencionais de inclusão e de exclusão do quadro clínico observado em uma determinada rubrica diagnóstica. Nessa perspectiva, o transtorno mental constituiria um alvo pragmaticamente recortado e objetivado para a intervenção terapêutica e/ou para a pesquisa científica de caráter empírico (seja de caráter estatístico, naturalístico-descritivo ou experimental).

Tempo 2 – intervenção terapêutica orientada pelo diagnóstico do transtorno mental específico (o *target*) e fundamentada em evidências estatísticas e empírico-experimentais da máxima eficácia e segurança do procedimento escolhido (psiquiatria baseada em evidências).

No interior dessa lógica, os valores fundamentais a serem alcançados esse tipo de prática clínica são 1) a objetividade e comunicabilidade eficaz do diagnóstico, 2) a eliminação tão ampla quanto possível da participação de elementos subjetivos - seja da parte do paciente, seja da parte do psiquiatra – na delimitação do problema a ser tratado e 3) a eficácia terapêutica, empiricamente verificável e concebida fundamentalmente como eliminação do transtorno, reabilitação psicossocial e diminuição de riscos para paciente e sociedade.

Mesmo que um sistema multi-axial de referências para o diagnóstico inspire a que se leve em conta o contexto no qual se inscreve o surgimento do transtorno, na prática este constitui um alvo relativamente autônomo, em termos dinâmicos, face ao restante da vida do sujeito. A clínica psiquiátrica contemporânea se estrutura, pois, fundamentalmente no diagnós-

tico preciso do transtorno mental e na sua eliminação através de intervenções médicas específicas, sobretudo psicofarmacológicas, seguindo em geral protocolos consensuais de conduta, internacionalmente validados. Em outros termos, poderíamos caracterizar a prática psiquiátrica contemporânea como uma prática clínica centrada no diagnóstico pragmático do transtorno mental. Quaisquer outras considerações de caráter contextual, psicológico, familiar, histórico ou sócio-cultural têm nela um estatuto meramente secundário e, na prática, são considerados como pouco relevantes para a compreensão do processo mórbido e para o planejamento do tratamento.

Foi como contraponto a esse estado de coisas, em particular no que se refere ao diagnóstico de quadros psiquiátricos próprios à infância e à adolescência que, poucos anos após a publicação do DSM-III, mais precisamente em 1983, uma força-tarefa liderada pelo psiquiatra e pesquisador Roger Misès publica na França a primeira edição da Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência (*Classification française de Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence - CFTMEA*). Essa constitui, desde então, uma alternativa concreta a uma nosografia psiquiátrica centrada na objetivação operacional de um determinado quadro sindrômico, re-introduzindo de maneira efetiva as referências psicopatológica e contextual para o estabelecimento do diagnóstico. Mais especificamente, a CFTMEA é concebida de tal maneira que as dimensões psicopatológica, psicodinâmica e contextual fazem parte efetiva do diagnóstico, não se reduzindo a meros complementos secundários do foco mórbido central. Note-se, pois, que não se trata da simples transformação de uma concepção categorial das entidades diagnósticas, em favor de uma perspectiva mais dimensional. Na CFTMEA é a própria noção

de diagnóstico psiquiátrico que se modifica em relação às nosografias inspiradas no DSM. Vejamos como.

Tratando-se de uma classificação diagnóstica de transtornos mentais próprios à infância e à adolescência, a CFTMEA incorpora em seus princípios a concepção segundo a qual nesses períodos específicos da vida a constituição da personalidade e a correlativa instalação e estabilização de condições psicopatológicas ainda são extremamente plásticas. A própria noção de “transtorno mental” não pode, pois, ter a conotação mais estável e consistente que aquela aplicável em adultos. Em psiquiatria infantil e de adolescentes é indispensável que a perspectiva de um desenvolvimento em curso faça parte do processo diagnóstico. Correlativamente, nesses períodos da existência humana é mais evidente a participação decisiva dos contextos biológicos, familiares e sociais, tanto na instalação dos processos psicopatológicos, quanto em sua possível transformação. Em outros termos, por suas próprias características, a psiquiatria infanto-juvenil impõe de maneira ainda mais direta a inclusão das dimensões contextuais e desenvolvimento no estabelecimento do diagnóstico.

A clínica psiquiátrica com crianças e adolescentes coloca em evidência o caráter problemático, e mesmo falacioso, de se centrar o processo diagnóstico na busca da objetivação do transtorno mental, enquanto entidade autônoma, foco natural das intervenções terapêuticas. Aqui, diferentes constelações de fatores podem conduzir a quadros clínicos formalmente parecidos ou, ao contrário, condições mórbidas semelhantes podem se expressar e evoluir de maneira muito diversa em função do contexto em que se desenvolvem.

Ao mesmo tempo, sabe-se que intervenções efetivas no plano sócio-familiar podem ter repercussões terapêuticas

decisivas em processos potencialmente graves do ponto de vista psicopatológico, mesmo quando suas bases são incontestavelmente biológica. Este é o caso, por exemplo, de crianças com síndrome de Down, para as quais os imensos progressos obtidos nas últimas décadas deveram-se fundamentalmente por modificações introduzidas nas mentalidades e ações daqueles que se ocupam desses indivíduos e da sociedade em geral. Vemos aqui, uma situação concreta em que uma condição psiquiátrica facilmente assimilável a um reducionismo biológico excessivo, tanto em termos psicopatológicos como terapêuticos, pode ser radicalmente transformada por intervenções no contexto sócio-cultural da criança. Dessa forma, o diagnóstico de Síndrome de Down, sem o diagnóstico correlativo do contexto familiar e social no qual se desenvolve o sujeito assim diagnosticado, se revela profundamente insuficiente para uma compreensão dinâmica do processo psicopatológico e para a orientação eficaz de um projeto terapêutico.

É assim que a CFTMEA se estrutura sobre dois eixos fundamentalmente distintos. O Eixo I reúne as categorias clínicas básicas. O Eixo II, por sua vez, estabelece os fatores associados e possivelmente etiológicos. A separação desses dois eixos permite que se conceba o diagnóstico sindrômico em um primeiro momento independentemente de hipóteses etiológicas ou contextuais.

O Eixo I é composto por nove categorias:

- 1 Autismo e transtornos psicóticos
- 2 Transtornos neuróticos
- 3 Borderline, Transtornos da Personalidade
- 4 Transtornos reativos
- 5 Atraso Mental

6 Transtornos do Desenvolvimento Específico de Funções Instrumentais

7 Transtornos do Comportamento e da Conduta

8 Transtornos psicossomáticos

9 Variações da Normalidade

O clínico deve escolher uma categoria principal entre as quatro primeiras (1-4). Cada uma destas é mutuamente excludente em reação às demais. Se nenhuma das categorias anteriores for apropriada, a seleção da categoria principal tem de ser feita no conjunto de categorias clínicas seguintes: de 5 a 9. Depois de selecionar uma categoria principal, pode-se, em seguida, selecionar uma ou mais categorias complementares (os itens codificados como 5, 6, 7, 8 e 9). Estas categorias não são mutuamente exclusivas e várias delas podem ser selecionadas na formulação de diagnóstico.

Ainda que não se recubram de maneira exata, a versão da CFTMEA aqui traduzida estabelece - para fins administrativos, estatísticos e de comunicação - as correspondências entre os diagnósticos do Eixo I com os transtornos listados na CID-X.

O Eixo II refere-se a fatores associados e possivelmente etiológicos que são divididos em duas categorias: fatores orgânicos (10-17) e fatores do meio ambiente (20-29) (MISES et al., 2002, p. 177). Pode-se acrescentar diferentes itens para se especificar cada uma dessas categorias.

O diagnóstico em cada um desses eixos dá-se em momentos necessariamente distintos, o segundo solicitando um conhecimento mais aprofundado da parte do clínico das condições biológicas prévias, familiares e sociais do paciente. O objetivo central é o estabelecimento de “um diagnóstico estrutural baseado em uma psicopatologia psicodinâmica” (MISES et al., 2002, p. 176).

A CFTMEA visa o estabelecimento de um diagnóstico psicopatológico global que não se baseie unicamente em listas de sintomas ou em descrições de síndromes. Ela procura levar em conta a forma como esses sintomas se relacionam entre si e com a organização estrutural de toda a desordem na qual estão incluídos. Este diagnóstico psicopatológico engloba as características de personalidade e leva consideração uma psicopatologia orientação psicodinâmica.

Apesar de não se apresentar com “ateórica” do ponto de vista psicopatológico, uma vez que busca o estabelecimento de um diagnóstico amplo do ponto de vista psicodinâmico, a CFTMEA foi elaborada de tal maneira que possa ser empregada por clínicos de diferentes orientações teóricas.

A chegada da tradução brasileira da CFTMEA deve ser saudada não apenas pelo acesso facilitado que permite, em nosso país, a um sistema diagnóstico alternativo em psiquiatria da infância e da adolescência. Ela deve igualmente inspirar debates e a reflexão sobre o papel das nosografias pragmáticas na clínica psiquiátrica quotidiana e o sentido mesmo do diagnóstico psiquiátrico em geral, em suas relações com a psicopatologia e com as práticas em todas as áreas da saúde mental.