

# As Exposições Clínicas

Além das teorias e dos protocolos,  
a diferença clínica é dada por quem trata.

All the clinics  
that are  
fit to print.

3

## Seminário de Jorge Forbes 2004

19 de maio de 2004  
sinopse por Andréa Naccache

### 3ª sessão Conversa com Carol Sonenreich

#### Os Códigos das Classificações Psiquiátricas

Princípios que nortearam as classificações dos transtornos mentais, em vigor desde 1980 (DSM 3 e seguintes; e CID 10) e as realizações da psiquiatria assim orientada.

#### Jorge Forbes: Abertura

“Os códigos se baseiam em princípios aberrantes (a idéia de serem atóxicos). Justificam-se pela esperança de uma confiabilidade, de unificar os diagnósticos, que não foi obtida, apesar de progressos dramáticos nesse sentido...”

Jorge Forbes introduz a sessão com essa passagem do texto “Notas sobre leituras psiquiátricas em 2002”, de Carol Sonenreich (p. 4), e comenta: a “esperança de confiabilidade” investida nesses códigos envolve a crença de que, se os psiquiatras falassem todos a mesma língua – uma língua comum e inequívoca – passariam a ver, na clínica, a partir das classes diagnósticas codificadas, sempre os mesmos fenômenos.

Segue com Sonenreich:

“Nos enquadrámos entre aqueles que aspiram a fazer uma psiquiatria científica. Mas não pensamos que a doutrina das classificações oficiais tem o monopólio da cientificidade. Nem aceitamos seu modo de definir as ciências. (...) Entendemos a psiquiatria como um corpo de saber, produto da atividade dos médicos. Uma atividade humana, não limitada às operações que lhe competem, mas inserida nas relações humanas, na comunicação.

Não podemos aspirar a afirmações, verdades absolutas. Construimos pontos de vista médicos, com respeito à situação do paciente. Claro que um ponto de vista não pretende dizer tudo sobre o objeto tratado, nem excluir a legitimidade de outros pontos de vista. Não temos a convicção de que a unanimidade diagnóstica, por exemplo, garanta o valor e a eficácia no combate da doença” (p. 5-6).

Carol Sonenreich não entende que a linguagem única ofereça um alcance científico ou primoroso da realidade, do mal-estar humano. É esta, no entanto, a posição daqueles que fazem clínica baseada em “evidências”.

No Brasil e na França, os condutores do movimento pela avaliação dos tratamentos *psi* assumem essa posição, diz Forbes, para defender que haveria um critério comum de medição da eficácia clínica, capaz de dar “nota” às diversas correntes terapêuticas, conforme obtivessem a remissão de sintomas “evidentes”.

Essa orientação não é, portanto, apenas médica, mas também da psicologia que ambiciona a ação “medicinal” e fala não apenas em remediar, mas em “prevenir”

sintomas psíquicos (cf. a entrevista de Luis Alberto Hanns na revista do Conselho Federal de Psicologia de maio/4).

Preocupa Forbes que uma tal proposta seja feita e, o que é pior, em nome de Freud. Contra o horror da proposta de prevenção no campo *psi*, contesta: Freud jamais pretendeu programar as reações de seus pacientes; Freud jamais excluiu o acaso e a singularidade da condição humana.

A revista *Scientific American* trouxe, este mês, o artigo de um neurocientista, Mark Solms, que afirma – ele também com base na “evidência” dos PET-Scans – que as teorias freudianas sobre o funcionamento da mente humana são confirmadas, hoje, por descobertas experimentais sobre o cérebro.

Avaliadores, codificadores, neuro-embaixadores, pretendem uma cientificidade da “prova” incapaz de responder à primeira e mais simples objeção posta por Sonenreich: o que a alguém parece “evidente”, não é mais que o seu ponto de vista. Daí o insucesso dos códigos nosográficos, nas últimas duas décadas, em unificar internacionalmente a “prova” psiquiátrica. A singularidade e o acaso humano admitidos por Freud – como mostra Forbes – oferecem resistência até mesmo àqueles que gostariam de tomar a teoria freudiana como “evidente”.

### **Carol Sonenreich: psiquiatria além das “evidências”.**

A fraqueza da MBE e do sistema nosográfico codificado está em sua própria condição: na estrita descrição de sintomas que realiza, não propicia conclusões clínicas. Por isso, Sonenreich retoma o que afirmara na sessão anterior do Seminário: a contestação à MBE atualmente ganha espaço, e tende a continuar crescendo. Já não é mais um movimento de periferia.

Nos hospitais, a fraqueza do sistema mostra-se quando os jovens psiquiatras percebem que precisam discutir seus casos com “dupla contabilidade”: a classificação oficial é usada especialmente nos protocolos, em atenção às formalidades burocráticas – para enquadramento nas categorias das seguradoras, nos parâmetros de controle do Estado –, mas a consideração clínica consistente, quando acontece, permanece baseada na reflexão psiquiátrica, com suas diversas correntes e orientações de tratamento.

Sonenreich indica a Austrália como um reconhecido exemplo mundial de clínica psiquiátrica de alta qualidade, desvincilhada dos pressupostos da “prova”.

Ao mesmo tempo, nota o recuo dos próprios condutores da MBE. A OMS e a Associação Mundial de Psiquiatria deixaram de promover a atualização dos códigos, e nem mesmo a revisão pronta do DSM IV será publicada. Seus autores admitem que nenhuma descoberta significativa realizou-se no tempo dessa revisão.

Percebe-se que o ideal de unificação e *reliability*, “confiabilidade”, não se cumpriu. Os EUA aplicam seu código mais na pesquisa que na clínica. A América Latina utiliza, majoritariamente, um outro código. A Europa utiliza códigos diferentes para pesquisa e clínica. A China, com quase um terço da população mundial, vale-se de um código próprio.

Os quadros do DSM são contestados, os autores reconhecem suas insuficiências. Zimmerman, por exemplo, que foi parte na comissão responsável pela descrição da melancolia no DSM IV, admite, publicamente, que o diagnóstico foi fixado de acordo com a conveniência das companhias de seguro. Não há em seu fundamento nenhuma suposta verdade científica...

O que sustenta hoje estes códigos e a proposta do “evidente” não é uma reflexão clínica, portanto, mas antes a conveniência de quem já firmou carreira ou contratos profissionais a partir dessa orientação, e o despreparo da comunidade médica e mesmo da sociedade, quando acata sem questionamento os discursos do tipo “pesquisas mostram”.

Não apenas na clínica, mas também no debate teórico, a MBE cede. Ela encontra oposição também por assumir um pressuposto filosófico restrito: o corpo como determinante da psique.

Quem fala contra, atualmente, é uma psiquiatria que defende a determinação da psique sobre o corpo. Essa corrente teve destaque, por exemplo, do 157º Congresso Anual da *American Psychiatry Association* (APA) em 2004, que reuniu 24 mil participantes.

Sob o tema "Dissolvendo as Barreiras entre Mente e Cérebro" (*Dissolving the Brain-Mind Barrier*), o Congresso teve no discurso de abertura as palavras de Marcia Kraft Goin, recomendando a integração entre as virtudes da psicoterapia e da psicofarmacologia, e pedindo atenção aos efeitos do pensamento e do funcionamento mental sobre o cérebro.

O problema, diz Sonenreich, é que Márcia Goin apenas inverte os valores dualistas da MBE, e a clínica permite ir além dessas duas posições, com uma superação não apenas do dualismo corpo-mente, soma-psique; como da causalidade científica, do senso de que "isso determina aquilo".

### **Ciência equívoca**

Toda uma metodologia de pesquisa está sendo abandonada conforme a ciência, no último século, desistiu de traçar cadeias causais. Max Plank, ao propor a física quântica em 1901, afirmou que a busca de causas prejudica a ciência. Albert Einstein, com a Teoria da Relatividade, de 1905, subverteu nossa compreensão do antes e depois. Há muito, portanto, não se pode falar em ciência causal como a pensaram Newton ou Descartes; como o meio *psi*, de maneira prevalecte, ainda pensa.

Isso quer dizer que, mesmo nos meios científicos com maior pretensão de objetividade, já não se acredita mais que a ciência deva ou possa responder à questão sobre se o corpo determina a psique ou a psique determina o corpo.

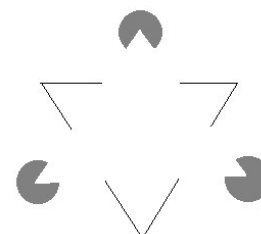
Isto posto, é preciso ir um passo além: admitir que o conhecimento científico, conforme faz descrições, não nos diz o que fazer. Quando a física atual teoriza, por exemplo, as partículas da mesa, diz Sonenreich, não lhe responde se deve, ou não, bater com força contra a mesa, sob o risco de quebrar seus ossos. A mesma ausência de respostas sobre como proceder é legada ao clínico pelos códigos psiquiátricos.

No limite, porém, a questão é ainda mais crua: como Sonenreich tem insistido, não há "evidências" científicas. Daí não haver remota chance de uma direção clínica evidente. Isso derruba muitos chavões da psiquiatria. Nenhuma descrição dos sintomas contém a verdade que permitiria orientar os tratamentos.

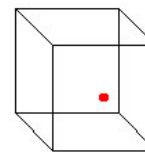
Aliás – ele reforça – a idéia de que haja uma verdade é demasiado primária para ser sustentada por quem trata de doentes mentais. Diante de alguém que alucina, até que ponto o médico pode garantir que ele mesmo não tem delírios?

### **Pontos de vista**

Nossa percepção não é uma reprodução do mundo. Somos influenciados pelo contexto e, em última instância, pela simbolização que realizamos. Sonenreich expõe ao público figuras como esta, na qual a percepção sugere mais do que está traçado. No caso, as pessoas costumam afirmar que há, nesta figura, um triângulo branco.



Mostra também o Cubo de Necker, uma imagem bidimensional que pode ser interpretada, por princípio, de maneiras distintas: vê-se o ponto no centro de uma face do cubo, ou no canto inferior direito da outra.



Essas figuras exemplificam como nossa percepção não é absoluta. A pessoa é fundamental na percepção e na interpretação que faz das imagens. A proposta de que a descrição de sintomas poderia conduzir a clínica a uma certeza maior que a existente na psicanálise ou no comportamentismo é, portanto, um falso ideológico.

Sonenreich afirma, assim, que toda a posição científica sustenta uma crença, um ponto de vista e, afinal, ideologia. A visão de uns não suprime, nem pode pretender suprimir, a visão de outros.

O cientista deve assumir que a razão primeira de sua posição é indemonstrável. No limite, toda proposição científica tem base em uma preferência pessoal.

Haverá sempre, na raiz das propostas científicas, premissas ou axiomas que podem mudar, que são aceitos por uns e recusados por outros. Thomas Kuhn afirmava isso ao dizer que a ciência evolui pela mudança dos postulados básicos.

### **Classificar, medir, provar**

“Eu gostaria de provas”, diz Sonenreich, a propósito do trabalho internacional de codificação psiquiátrica. Mas a “prova” científica não pode ser mais que uma explicação compartilhada, posta “à prova” da comunidade. O cientista deve permitir que suas propostas sejam julgadas pelo outro, sem calar o questionador.

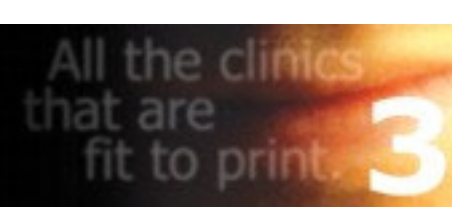
O que não pode ser comunicado e discutido, ao contrário, está fora da ciência. Ao mesmo tempo, dentro do circuito da discussão científica, nessas condições é possível falar em prova até mesmo do caso único.

É sob essa perspectiva humana – sem objetividade absoluta – que a “prova” científica deve ser considerada. Em decorrência, é também por essa via que a classificação e a medição, como elementos da prática médica, devem ser pensados.

Medir, diz ele, não é desumano – embora, desde Pitágoras, muitos tenham afirmado o contrário. A métrica, inicialmente, era baseada no tamanho do polegar, do pé, do passo. O peso tinha relação com o quanto alguém pode levantar. A medição, Sonenreich ressalta, serve aos homens para se relacionarem uns com os outros e com o mundo. Se o metro é uma abstração, se as medições se matematizaram, basta mantê-las em relação com o humano. Foi por uma medição, das latitudes e longitudes, que o homem pode navegar ao redor do mundo. A mensuração, neste sentido, humaniza as coisas.

Assim também as classificações podem ser pensadas. Os animais as realizam quando reconhecem, por exemplo, sua espécie ou seu predador. Há algo de natural, inerente ao cérebro, em classificar. Porém, à diferença do animal, o homem pode discutir, re-elaborar ou questionar as classificações que o orientam. Freud, como bom exemplo, trabalhou as classificações psiquiátricas de seu tempo ao desenvolver a psicanálise. Transformou algumas, acolheu outras. Não as recusava.

O problema, na medicina, é que as medições e classificações sejam tiradas do âmbito de debate, quando elas passam aos cuidados de uma instância externa à comunidade científica, como o Estado ou instituições de função econômica – securitária, por exemplo – que operam com as medidas e classes de maneira rígida, absoluta.



## **Neurociência ou decisão**

Na condução de um debate, Jorge Forbes indaga a Carol Sonenreich o que pensa da tese, tão em voga, de que os hemisférios direito e esquerdo do cérebro sejam, distintamente, um afetivo e o outro emocional.

"Isto não importa à psiquiatria conquanto ela não atenda pacientes com o corpo caloso seccionado", responde. Quando estuda os achados neurocientíficos, Sonenreich sustenta o olhar crítico do clínico ao trabalho do pesquisador.

A doença do alcoólico, diz ele, por exemplo, está em sua maneira de viver, mais que no efeito da droga em seu cérebro. Mesmo considerando que é necessário tirar os resíduos do álcool do corpo do paciente para que o tratamento avance, Sonenreich tem claro que o conhecimento da incidência do álcool no cérebro não contribui diretamente a uma clínica que precisa atuar no modo de vida do paciente.

Noutro exemplo, Sonenreich esclarece que sabe onde se manifestam, no cérebro, os aspectos clínicos da dependência de drogas. No tratamento de um paciente que se droga, porém, pouco lhe valem essas informações. O drogado – diz – "é, para mim, a pessoa que não resiste a seus impulsos". Cabe tratar especialmente uma resposta do paciente, o "não consigo", e desenvolver sua capacidade de fazer escolhas.

"Sua clínica é uma ética", nota Forbes.

"É, sim, marcada pela ética, mas sou um médico", responde-lhe Sonenreich, "deixo a reflexão sobre a ética desse tratamento aos especialistas".