
Resenha Bibliográfica Livros - Revistas

Descriptive and Dynamic Psychiatry: A perspective on DSM - III

FRANCES, Allen, M.D. & COOPER, Arnold M., M.D.
Am. J. Psychiatry, 138:9, September, 1981.

Este não é um trabalho de revisão do DSM - III. Ainda que contenha esclarecimentos sobre alguns de seus tópicos, verdadeiras e oportunas revisões críticas, os autores buscam focalizar, com visão cientificamente amadurecida e distante de radicalismos, a aparente contradição entre observações descritivas e dinâmicas. De sua leitura, feita com a atenção e o respeito que são devidos a toda contribuição científica, é elaborado este resumo.

A força-tarefa da Associação Psiquiátrica Americana de Nomenclatura e Estatística tentou fazer do DSM-III uma nosologia descritiva que é ateórica com relação à etiologia. Os autores acreditam que esta separação extrema, isolando dados descritivos de observações psicodinâmicas, é artificial e reflete um mal-entendido entre fenomenologia e teoria.

Numa perspectiva histórica, o trabalho ressalta que, se a maioria das contribuições da Psicanálise partiram de Freud, o mesmo ocorreu na psiquiatria descritiva com Kraepelin, cuja classificação é a culminação de uma longa tradição descritiva em medicina e psiquiatria. Freud também foi cuidadoso fenomenologista, com vívidas descrições das síndromes, cujos significados e etiologia ele explorava. Não discordou dos esforços taxonômicos de Kraepelin, mas pensava que apenas uma taxonomia descritiva era incompleta.

Os autores lamentam que a influência descritiva de Kraepelin e a influência psicodinâmica de Freud tenham atraído separados e freqüentemente opostos seguidores. A psiquiatria européia tem sido predominantemente descritiva. Nos EUA o mais influente e articulado porta-voz contra a classificação descritiva e por uma formulação dinâmica foi Karl Menninger. Com os critérios de Feighner e as propostas de Spitzer, e recentemente o DSM - III, ressurgiu a psiquiatria descritiva nos EUA.

No seu entusiasmo por uma descrição cuidadosa, o DSM - III exagrou uma separação artificial, como se

a fenomenologia prescindisse do referencial teórico. Muitos diagnósticos no DSM-III poderiam ser enriquecidos por observações psicodinâmicas de fácil descrição (desejos, medos e mecanismos de defesas), não fosse sua tendência arbitrária e desnecessariamente limitante de excluir contribuições dinâmicas.

Os autores alertam que o psiquiatra moderno deve ser um perito em técnicas de entrevista, tanto dinâmicas como descritivas; algumas informações são melhor obtidas por questionamento direto e estruturado, outras requerem a atenção silenciosa aplicada ao fluxo das associações do paciente e sua conduta. Na situação clínica ambas as abordagens são complementares, não opostas, e cada uma é incompleta sem outra. A abordagem unilateral acarreta prejuízos para o diagnóstico e plano terapêutico.

A seguir, os autores procedem uma interessante revisão crítica de alguns aspectos do DSM - III. Destacam dois importantes progressos em relação ao DSM-II e CID-9. Primeiro é o sistema multiaxial, bem vindo para os psiquiatras dinâmicos que não precisam comprimir em um único e super-abrangente rótulo suas observações diagnósticas. Contudo, criticam a proposta do eixo IV onde a vulnerabilidade individual a um agente estressor não é incluída, pois o sistema considera o *stress* e não o paciente. O segundo ponto é a sugestão dos psiquiatras dinâmicos de um 6º. eixo para indicar as defesas do paciente ou estilos adaptativos.

O segundo maior progresso são os explícitos critérios para diagnóstico, que melhoram dramaticamente a confiabilidade diagnóstica, um passo crucial rumo ao discurso clínico racional, plano terapêutico e interpretação de resultados de pesquisa. Contudo, a atribuição do mesmo peso a cada critério faz perder-se a interação entre o valor diagnóstico dos sintomas (p. ex.: X é importante se Y estiver presente). Os critérios têm valor como guias referenciais, não padrões rígidos, e podem ser descartados quando o

juízo clínico assim requerer.

Quanto ao termo neurose, esta foi a maior controvérsia gerada pelo DSM - III, na visão dos autores. Por temor das implicações etiológicas, o grupo não alcançou um proveito maior da utilidade descritiva do termo. Os rótulos tradicionais aparecem entre parênteses após o termo revisado, por exemplo: desordem Distímica (ou Neurose Depressiva). O compromisso foi útil para acalmar sensibilidades políticas e semânticas. Mas são as neuroses melhor combinadas em um grupo (DSM-II e CID-9), ou divididas arbitrariamente como no DSM - III? Por exemplo: o paciente com sintomas de pânico e transtornos de somatização cai agora entre duas novas e separadas categorias. Infelizmente o texto fornece instruções contraditórias sobre sua possível coexistência.

No tocante aos transtornos afetivos, o artigo critica não ter sido aplicada a mesma convenção aos transtornos do (presumido) espectro afetivo e esquizofrênico, já que transtornos ciclotímicos e distímicos são incluídos nos transtornos afetivos, e o transtorno esquizóide na seção dos transtornos de personalidade. Criticam ainda que o transtorno distímico herdou a mesma heterogeneidade do seu antecessor, a neurose depressiva, verdadeiro saco de gatos.

Finalmente, o trabalho questiona que pacientes que preencham os critérios do DSM - III correspondam àqueles descritos sob os mesmos rótulos pelos psiquiatras dinâmicos, p. ex.: personalidade *borderline* e narcisista pode ou não corresponder às definições psicanalíticas utilizadas. Neste ponto os autores psicanalíticos têm algo a aprender da metodologia do DSM - III, pois seguidamente sua linguagem tem sido

desnecessariamente obscura, imprecisa e idiossincrásica, o que leva à confusão na literatura psicanalítica, inibe o discurso clínico, a construção teórica e a pesquisa. Uma nosologia psicodinâmica operacional, ainda que inerentemente mais difícil, seria uma contribuição valiosa a ambas, tanto à psicanálise quanto à psiquiatria.

Os psiquiatras dinâmicos não necessitam ficar alarmados com a abordagem descritiva do DSM - III, advertem os autores. Seu diagnóstico é apenas uma parte da formulação mais completa e do plano terapêutico. Conclui o artigo que nenhuma única classificação será satisfatória para todos os propósitos e nenhum sistema diagnóstico pode reunir pacientes de modo que sejam homogêneos em todas as variáveis. Tal conclusão não é original, por óbvia desde a época em que Aristóteles gerou enorme confusão escolástica com sua primeira tentativa de classificação.

Sintéticas e esclarecedoras são as implicações com que os autores finalizam seu trabalho: 1) DSM - III é um estágio intermediário e experimental, e futuras pesquisas irão validar ou descartar seus critérios; 2) DSM - III não é a única forma de classificar doenças mentais, cada subgrupo, p. ex. a psiquiatria infantil, poderia desenvolver eixos próprios; 3) DSM - III facilita a comunicação, todos seguindo as mesmas convenções e falando a mesma linguagem; 4) futuras revisões da nomenclatura podem se beneficiar com a inclusão de dados psicodinâmicos, o que aumentaria a relevância clínica, sem comprometer seriamente a confiabilidade.

Dr. Geraldo Rosito