

Diagnóstico pluridimensional dinâmico em psiquiatria

Antonio Matos Fontana*

Maria Cristina Pitta Salum Fontana**

RESUMO. Devemos a Kretschmer o conceito de diagnóstico pluridimensional em psiquiatria. Entre nós, um dos que mais estudou o assunto foi Leme Lopes.

Sem alterar a idéia básica de diagnóstico pluridimensional dinâmico, propomos um novo esquema, inspirado nas séries complementares de Freud. Mostram a vantagem e a clareza do novo esquema para uma visão holística dos pacientes.

Palavras-chave: diagnóstico pluridimensional dinâmico, polidimensional, multidimensional.

Foi Kretschmer quem, em 1918, criou o conceito de diagnóstico pluridimensional em psiquiatria. Inúmeros outros autores, a seguir, se ocupariam com o estudo e a caracterização desse tipo de diagnóstico.

Entre nós, um dos que mais se dedicou ao assunto foi, sem dúvida, Leme Lopes, que, em 1954, publicou significativo trabalho a esse respeito. Posteriormente, em 1980, retornou ao assunto, e, a despeito de inúmeros ensaios de outros autores publicados nesse período (54-80), manteve a mesma orientação.

Leme Lopes propõe três dimensões para o diagnóstico pluridimensional em psiquiatria (1980):

1. a síndrome
2. a personalidade pré-mórbida
3. a constelação etiológica

Por outro lado, alerta que tais dimensões não são estáticas, mas, *dinâmicas*, e a respeito do assunto apresenta o seu esquema, reproduzido no diagrama 1.

À primeira vista, o diagrama parece-nos bastante interessante; porém, quando analisado de maneira mais rigorosa, passamos a sentir falta da noção de *feedback* entre os seus elementos constituintes básicos.

De qualquer forma, a contribuição de Leme Lopes possui valor inestimável. A partir dele fica muito claro que um diagnóstico pluridimensional dinâmico em psiquiatria só pode ser realizado quando conseguimos integrar os três momentos cruciais:

- a) a identificação da síndrome;
- b) o levantamento da personalidade pré-mórbida, e
- c) o estabelecimento da constelação etiológica.

* Professor Titular das disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica e Coordenador da Unidade de Psiquiatria e Psicologia Médica - Serviços de Ambulatório e Pronto-Socorro Psiquiátrico - Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP. Médico, Psiquiatra e Psicanalista.

** Auxiliar de Ensino das disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica - Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP. Médica, Psiquiatra e Psicanalista.

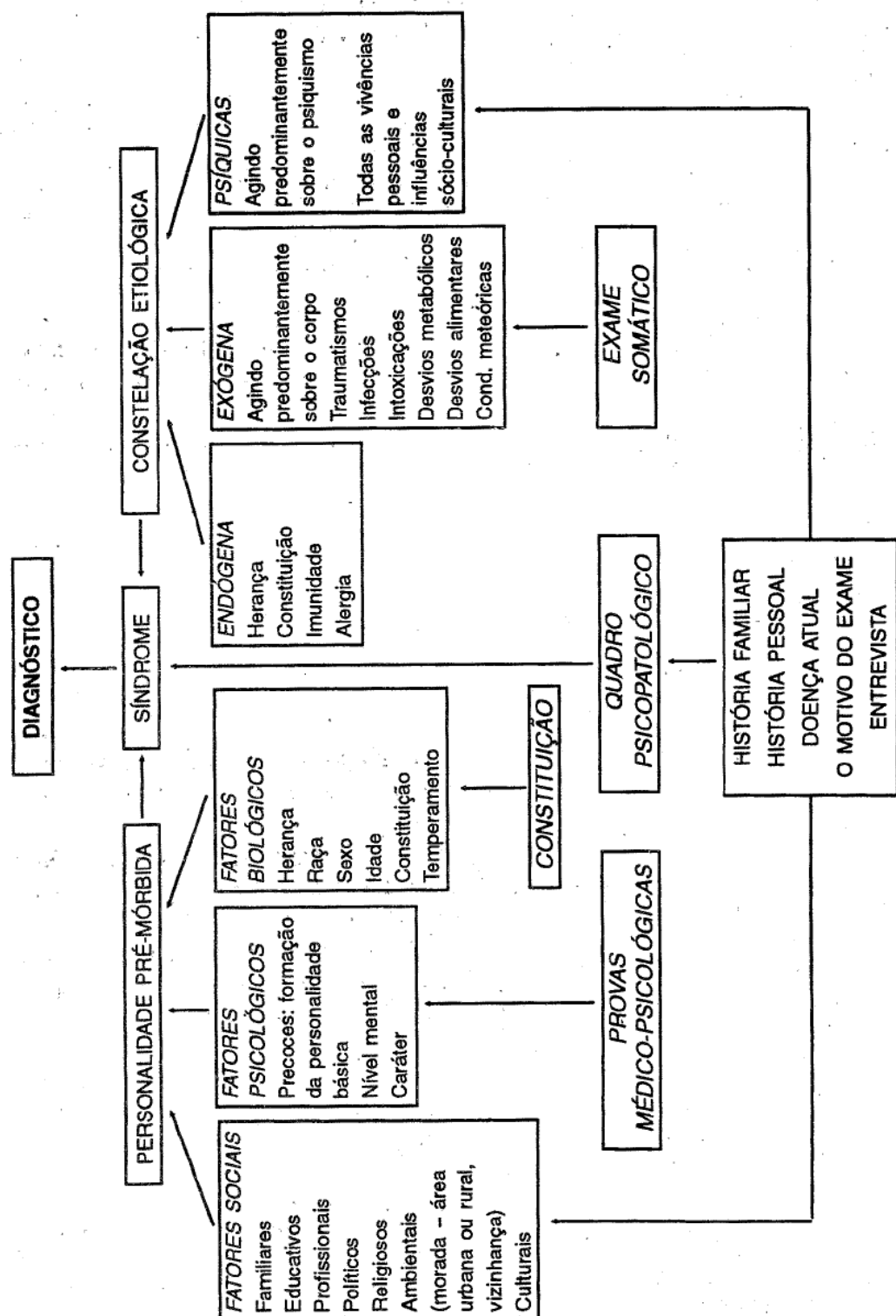


DIAGRAMA 1: Diagnóstico pluridimensional dinâmico, segundo Leme Lopes (1980).

Diz ele que a partir daí "o diagnóstico está então armado na grande maioria das vezes" (1980).

Weitbrecht (1959) foi um dos que mais se ocupou da revisão do problema da síndrome em relação ao diagnóstico psiquiátrico. Ele reconhecia como elemento básico a comparação constante entre a síndrome inicialmente estabelecida e a evolução do quadro clínico. Entretanto, seguimos nos utilizando da classificação das síndromes proposta por Leme Lopes (1980), que se baseou em todos os progressos feitos anteriormente. Sua classificação possui grande valor do ponto de vista clínico. Segundo ele, assim se apresentam as *síndromes psiquiátricas*:

A. Síndromes psico-orgânicas

- local ou focal
- exógena preferencial (Bonhöffer, 1912)
- demencial
- convulsiva
- psico-endócrina (M. Bleuler, 1954)
- retardo mental

B. Síndromes psico-afetivas

- ansiosa (Lopez Ibor, 1950)
- maníaca
- depressiva

C. Síndromes delirante-alucinatórias

- paranóide
- com desagregação
- alucinatória

D. Síndromes catatônicas

- hipocinéticas; estupor
- hipercinéticas

E. Síndromes neuróticas

- histérica
- compulsiva
- fóbica
- ansiosa
- psicastênica
- neurastênica

F. Síndromes por desvio da norma

quantitativa: debilidade mental

qualitativa: personalidade anormal

É bem verdade que a abordagem dinâmica, em que o significado dos sintomas adquire relevo, acabou por fazer com que muitos psiquiatras com formação analítica deixassem de se preocupar com a perfeita caracterização da(s) síndrome(s). Mas pensamos que num primeiro momento o diagnóstico sindrômico é importante, devendo fazer parte do trabalho psiquiátrico. É preciso que se lembre, porém, que esse diagnóstico, por sua inespecificidade, só vai adquirir significado quando considerado a partir da personalidade pré-mórbida e da constelação etiológica. Portanto, da interação dessas três dimensões – lembrando que no indivíduo, tal como ele se apresenta hoje, encontra-se de alguma forma representada toda a sua história – chegamos ao diagnóstico pluridimensional dinâmico. Pluridimensional porque procura levar em conta todos os fatores – hereditários, congênitos, orgânicos p.d. (exógenos, ou adquiridos), psicossociais ou sociopsicológicos – interagindo, compondo-se em diferentes proporções nos diferentes momentos da vida do indivíduo. Dinâmico, não apenas no sentido das múltiplas equações simbólicas ou mesmo simbolismos, das infinitas interligações entre os mais diferentes fatores mediados pela maior ou menor ansiedade do sujeito, que é variável em cada nova vivência. Pluridimensional dinâmico no sentido de que o homem é um constante vir-a-ser, fazendo com que todo diagnóstico em psiquiatria seja considerado provisório, ou, mais simplesmente, *atual*. Ou seja, a cada novo encontro, a cada nova consulta, o diagnóstico deve ser reconsiderado, já que ele se processa na relação médico-paciente. Como diz Simo: “No que concerne à questão do diagnóstico, diríamos, como Heráclito, que o paciente que vimos ontem *não é o mesmo* que nos chega hoje. O analista que recebe hoje esse paciente *tampouco é o mesmo* que o recebeu ontem” (1992). É interessante a opinião desse renomado psicanalista, pois muito embora desconsidere o valor do diagnóstico, possui uma maneira de senti-lo perfeitamente de acordo com um dos princípios básicos que norteiam a noção de diagnóstico pluridimensional dinâmico em psiquiatria.

Proposta de um novo esquema

O saudoso Teixeira Lima¹ costumava dizer que “uma classificação psiquiátrica é boa quando por si só é capaz de ensinar”². Parafreseando-o, diríamos que um esquema, ou diagrama, é bom quando “fala” por si mesmo. Sem nos

1 Prof. Dr. André Teixeira Lima – Professor Titular das disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-SP, Sorocaba (1956-1985).

2 Comunicação pessoal.

sua família (Kusnetzoff, 1982). Quer dizer, a relação endogâmica será substituída por uma relação muito mais ampla, exogâmica.

Um segundo "fechamento" do aparelho psíquico irá ocorrer na puberdade e adolescência, quando o indivíduo passará a exercer uma sexualidade verdadeiramente adulta, estando já bem definidas as identificações com os progenitores.

A fim de tornar o esquema mais claro e abrangente, propomos algumas pequenas modificações, conforme se pode apreciar no diagrama 3. Este esquema que estamos propondo visa explicar e compreender os diferentes quadros psicopatológicos encontrados dentro da psiquiatria.

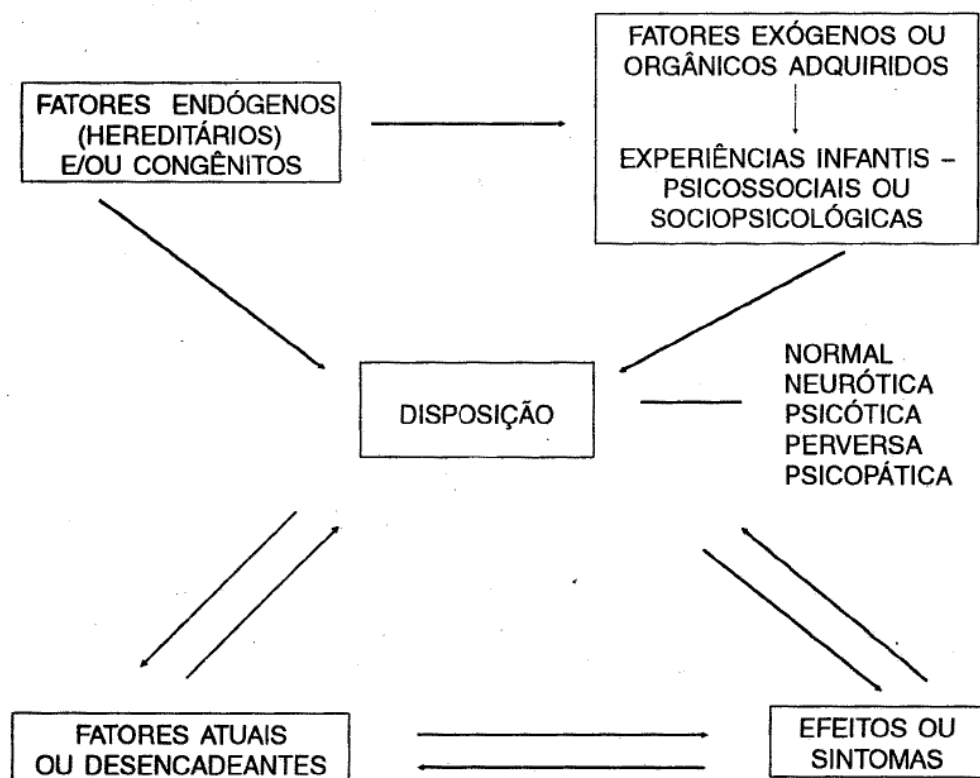


DIAGRAMA 3: Séries complementares de Sigmund Freud. Esquema de Juan Carlos Kusnetzoff, modificado por A. Matos Fontana e M. Cristina P. S. Fontana.

Os fatores hereditários da primeira série complementar correspondem ao que, em psiquiatria, chamamos de fatores endógenos. Ao lado deles, os congênitos. Na segunda série complementar acrescentamos os fatores exógenos ou orgânicos adquiridos, que também podem ter influência decisiva nas experiências infantis. A esse respeito, lembramos que elas podem ser de duas ordens:

psicossociais, quando o *acento tônico* recai nos aspectos psicológicos do indivíduo; ou sociopsicológicos, quando o meio foi mais importante.

A disposição resultante poderá exacerbar um funcionamento normal ou não. Quando a disposição não é normal, o indivíduo irá funcionar de maneira neurótica, psicótica, perversa ou psicopática. A transição de um tipo de funcionamento para outro é muito freqüente, e não é raro encontrar dois ou mais tipos diferentes de funcionamento no mesmo indivíduo.

Essa disposição irá entrar em contato com os fatores atuais ou desencadeantes, ou seja, agressões de natureza orgânica ou psíquica, dando como resultado os efeitos ou sintomas. Do *feedback* triangular desses elementos (disposição, fatores atuais ou desencadeantes, efeitos ou sintomas) resulta a síndrome psicopatológica, que traz em seu bojo o indivíduo como um todo.

É por essa razão que a anamnese, em psiquiatria, tem que ser *biográfica*, subjetiva e objetiva, dirigida (= interrogatório, para o diagnóstico das patologias orgânicas) e não dirigida (= livre, com o paciente discorrendo a seu bel-prazer, acerca de suas *vivências* atuais ou remotas).

Em suma, para podermos conceber um diagnóstico pluridimensional dinâmico, temos que abordar o indivíduo como *ser bio-psico-social*, lembrando que:

a) de maneira geral, todo fenômeno ou sintoma psicopatológico tem origem no passado, mas via de regra só se manifesta e persiste em razão de fatores presentes (Kusnetzoff, 1982);

b) por mais evidente que possa parecer uma determinada causa, ela é falsa; no geral o que existe é uma causalidade complexa, já que todo o indivíduo, com sua história, está presente na síndrome psicopatológica por ele fabricada;

c) o tempo existencial (que nem sempre coincide com a idade cronológica) sempre tem que ser levado em consideração. A época de instalação de um determinado quadro psicopatológico tem grande importância, não apenas na gravidade do mesmo, como em relação ao prognóstico.

É por tal razão que, sem desprezarmos os demais fatores, procuramos sempre apontar qual seria o fator mais importante, ou mesmo fundamental. Ou seja, em que ponto de todo o campo psicopatológico (diagrama 3) vamos colocar o *acento tônico* e de que forma ele se relaciona com o tempo existencial do indivíduo. Ao colocarmos o acento tônico num ou mais pontos do diagrama, estaremos praticamente definindo o(s) fator(es) patogênico(s) ou etiopatogênico(s), ficando o restante do diagrama reservado para os fatores topoplásticos. Por exemplo, se num dado caso concreto elegemos como básica a vivência atual (fator atual), todos os demais elementos darão sua colaboração dentro da topoplastia – a disposição com seus fatores predisponentes (primeira e segunda séries complementares) –, e os efeitos ou sintomas estarão de tal forma presentes, que darão uma forma de apresentação toda especial à vivência atual, dela recebendo influência e tornando extremamente particular, individual, a reação exacerbada pelo sujeito.

No caso de uma esquizofrenia paranóide, que surge geralmente por volta dos 35 anos, a penetrância dos fatores endógenos nesse momento pode ter sido tão grande que a psicose eclodiu, aparentemente, sem a participação de quaisquer outros fatores etiopatogênicos ou mesmo patoplásticos – a doença surgiu como “raio em céu azul”, como diriam muitos psiquiatras.

Para tais quadros reserva-se a denominação de esquizofrenia paranóide processual, cuja evolução por vezes é inexorável. Entretanto, mesmo nesses casos, uma boa anamnese biográfica irá demonstrar de maneira clara toda a dificuldade presente na personalidade pré-mórbida do sujeito. Ou seja, poderá ficar mais ou menos evidente que o céu pregresso não era tão azul assim...

A psiquiatria exige com urgência um registro de histórias clínicas biográficas bem elaboradas. Os apontamentos caóticos habituais não são em absoluto suficientes. A casuística fornecida mecanicamente segundo os princípios de uma “objetividade” estúpida, reproduzindo frase por frase as notas que contam de diários dos doentes, nenhum proveito traz. É preciso formar pontos de vista contemplando aquilo que possa ter significado fático. Há de ver-se tudo quanto for possível, mas concentrando-se no que houver de mais manifesto, construindo uma ordem tal que nada violenta, mas apenas consigne clara e transparentemente. (Jaspers, 1913)

Nesses casos, portanto, da constelação etiológica fazem parte os fatores endógenos, ao lado do fator desencadeante tempo, ou melhor, o tempo existencial do paciente que cronologicamente situa-se em torno dos 35 anos. Por que os fatores endógenos se manifestam com maior pujança nesse momento, deflagrando a doença, ainda não sabemos com clareza. Ao lado desses dois fatores etiopatogênicos alinha-se a personalidade pré-mórbida, que não precisa ser declaradamente psicótica no seu funcionamento, mas pode aparecer travestida. É mais ou menos comum que indivíduos com *estrutura* psicótica apresentem, como *defesa*, um comportamento neurótico, perverso, ou mesmo psicopático, perfeitamente assimilável pelo meio social. Tais indivíduos são aceitos como normais, até o momento em que a eclosão da doença mental obriga a uma pesquisa mais aprofundada, e revela o comportamento pré-mórbido nitidamente anormal, ou até mesmo mórbido.

Todas essas considerações são muito importantes, pois, a partir do bem concebido diagnóstico pluridimensional dinâmico é que vamos estabelecer o planejamento terapêutico. E para completar é preciso que se lembre que de tal diagnóstico fazem parte ainda uma apreciação acerca da capacidade funcional do indivíduo e uma competente avaliação do ponto de vista médico-legal.

Com relação aos exames subsidiários, estes devem ser usados sem reservas. Basicamente são de dois tipos: neurológicos e psicológicos. Os primeiros para a confirmação ou não do diagnóstico das patologias orgânicas, e os segundos – psicotestes, basicamente – para a objetivação de distúrbios psicossociais, ou sociopsicológicos.

É preciso que se diga que determinados testes (como o de Benton,³ por exemplo) servem para detectar distúrbios orgânicos cerebrais, sendo muitas vezes mais sensíveis que os exames subsidiários neurológicos.

Comentários finais

Pela maneira como foi concebido, o diagnóstico pluridimensional dinâmico privilegia a causalidade. Isso não significa que não consideramos os aspectos prospectivos de cada caso concreto. É claro que o futuro deve ser sempre levado em conta, no que tange à avaliação dos ideais do sujeito e o quanto já foi atingido. Não é incomum recebermos para atendimento pessoas que sonharam a vida toda com a sua aposentadoria e a possibilidade de "fazer o que bem entendesse". Chegado o tão esperado momento, e passada a natural "euforia de libertação", entra o sujeito num quadro de depressão e ansiedade, geralmente com idéia de suicídio, um quadro que muitos denominam "mal da aposentadoria". Tais casos são habitualmente difíceis e merecem especial atenção. Mas, mesmo assim, nesses como em outros casos semelhantes, continuamos pensando que tal qual aqueles que "vivem no passado" também os que projetam no amanhã a possibilidade de sua felicidade estão a apontar inúmeros conflitos não resolvidos na vida passada e presente. Por maior que seja a esperança depositada num futuro que posteriormente se revele adverso, o indivíduo com funcionamento normal acaba encontrando uma saída satisfatória. Ou seja, o homem normal desfruta de uma liberdade que lhe oferece um leque de opções prazerosas, através das quais pode partir em busca da felicidade. Já os que funcionam de maneira neurótica, ou mais ainda, de modo psicótico, perverso ou psicopático não possuem total liberdade, e assim pequenos entraves podem significar barreiras intransponíveis, sendo a doença a única saída possível.

Com o esquema proposto (diagrama 3) não pretendemos invalidar o de Leme Lopes, mas apenas tornar mais clara, objetiva e prática a *idéia* básica de diagnóstico pluridimensional dinâmico em psiquiatria. Conforme já dissemos, a noção de *feedback* é fundamental em psicopatologia, e, cremos, para a compreensão das ações humanas de um modo geral.

3 Teste de Benton: destina-se ao exame da memória visual, com a finalidade de detectar distúrbios orgânicos cerebrais. Certos desenhos são mostrados ao paciente para que ele os copie a seguir, de memória. Proceda-se, então, à contagem total de pontos obtidos (certo/errado), bem como dos erros isolados. Tais valores são confrontados com os tidos como normais - levando-se sempre em conta a idade do paciente e o seu grau de inteligência.

Referências bibliográficas

- FREUD, Sigmund (1916-7). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, XVI. (Trad. Jayme Salomão) Rio de Janeiro, Imago, 1976, pp. 419-39.
- (1923). *O ego e o id*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, XIX. (Trad. Jayme Salomão) Rio de Janeiro, Imago, 1976, pp.13-83.
- JASPERS, Karl (1913). *Psicopatologia geral*. (Trad. Samuel Penna Reis) 2ª ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.
- KRETSCHMER, Ernst. *Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche*. *Z. Neurol. Psychiat.*, 45:272-300, 1918-9.
- KUSNETZOFF, Juan Carlos. *Introdução à psicopatologia psicanalítica*. Coleção Logos. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- LEME LOPES, José. *As dimensões do diagnóstico psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Agir, 1954.
- . *Diagnóstico em psiquiatria*. Rio de Janeiro, Ed. Cultura Médica, 1980.
- SIMO, Joseph. *Consideraciones sobre la cuestion del diagnóstico*. Nova York, 1992. Trabalho apresentado na Jornada de Psicanálise promovida pela Sociedade Psicanalítica de Campinas, outubro de 1992.
- WEITBRECHT, H. J. *Das syndrom in der psychiatischen Diagnosen*. *Festschr. Neurol. Psychiat.*, 27:1-19, 1959.