

O diagnóstico psiquiátrico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológica: um paralelo entre os modelos, através de um estudo de caso

Psychiatric diagnosis by operational criteria and phenomenological psychopathology: a parallel between models through a clinical case

Hélio Gomes da Rocha Neto¹

Guilherme Peres Messas²

Resumo

A psicopatologia operacional e seu uso como instrumento diagnóstico, promovido pelas versões atuais da Classificação Internacional de Doenças (CID) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) permitiu a unificação da linguagem psiquiátrica e obteve algum sucesso na tentativa de aumentar a confiabilidade diagnóstica entre psiquiatras. A sua hegemonia, entretanto, debilitou a capacidade de realização do exame psíquico por psicopatólogos e reduziu o ensino de outros modelos psicopatológicos, como o fenomenológico, aos profissionais em formação. O presente estudo visa demonstrar a contribuição da fenomenologia ao exame psíquico e ao refinamento da capacidade diagnóstica. Neste trabalho, um caso clínico foi avaliado, simultaneamente, pelos modelos operacional e fenomenológico, demonstrando-se o processo de raciocínio diagnóstico envolvido em ambos, chegando-se ao diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), pela metodologia operacional, e de Esquizofrenia, pelo método fenomenológico. Assim, por este método, obteve-se o diagnóstico de uma condição psicopatológica mais grave e que requer medidas terapêuticas distintas daquelas exigidas para o TAG.

Palavras-chave: Fenomenologia; Diagnóstico; Entrevista Clínica; Esquizofrenia

Abstract

Operational psychopathology and its use as diagnostic tool promoted by International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) unified psychiatric language, and also achieve some success in diagnosis reliability between psychiatrists. However, its hegemony lead to an impairment in psychopathological examination abilities by psychopathologists and reduced teaching of alternative models of psychopathology. This study aims to show phenomenological contributions to psychic examination. A clinical case has been evaluated by operational and phenomenological models, allowing reader to follow diagnostic reasoning and conclusion by different standards. Operational criteria resulted in Generalized Anxiety Disorders

(GAD) and phenomenological diagnosis lead to schizophrenia, an illness with more reserved prognosis and diverse treatment when compared to GAD.

Keywords: Phenomenology; Diagnostic; Clinical interview; Schizophrenia

¹ Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

E-mail: hgrochaneto@gmail.com

² Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP – São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: messas@fenomenoestrutural.com.br

Recebido em: 17/3/2016

Aceito em: 26/4/2016

Introdução

A psicopatologia é o ramo da ciência que estuda a doença mental em suas causas, mudanças estruturais, funcionais e manifestações. É por meio do seu conhecimento e utilização que o psicopatólogo é capaz de realizar a correta semiologia do fenômeno mental, orientando, assim, a realização do diagnóstico das diferentes síndromes e doenças, com importância classificatória e na prática clínica de médicos e demais profissionais de saúde (Dalgarrondo, 2008).

Ao contrário da fisiopatologia, sua contraparte da medicina somática, a psicopatologia não estuda um órgão palpável e observável, mas o funcionamento altamente subjetivo do mundo psíquico. Desta forma, diversos tipos, ou escolas de psicopatologia foram desenvolvidos, com diferentes princípios teóricos e formas de analisar o fenômeno mental (Ionescu, 1997). Entre as principais, encontram-se a psicopatologia fenomenológica, a psicopatologia operacional, a psicopatologia psicanalítica e a cognitivo-comportamental (Dalgarrondo, 2008).

A revolução operacional ocorrida após o lançamento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM-III) trouxe importantes avanços para o manejo da doença mental, visto que possibilitou o uso de uma linguagem comum entre diferentes clínicos do mundo todo e em pesquisas sobre as doenças mentais em diferentes culturas. Este advento marcou a consagração da psicopatologia operacional como método principal para a elaboração diagnóstica, com importante influência na semiologia médica e em seu ensino no mundo, com abandono progressivo da fenomenologia, tanto como modelo psicopatológico, quanto base semiológica em saúde mental (Andreasen, 2007; Kendler & Parnas, 2012; Kraus, 1994).

A psicopatologia operacional, também chamada por Kraus (1994) de “criteriológica”, não questiona os fundamentos filosóficos, antropológicos ou a natureza da doença mental. Nela, as definições básicas dos transtornos mentais são formuladas e tomadas de forma arbitrária, com fins de potencializar sua utilidade pragmática na clínica e na pesquisa (Dalgarrondo, 2008). Com isso, as doenças passaram a ser definidas por critérios específicos, previamente definidos (Kraus, 1994), a serem “preenchidos” para o diagnóstico, que é atribuído quando o paciente apresenta um número “mínimo” de sinais e sintomas (*World Health Organization*, 1992), seguindo, assim, uma lógica empiricista de elaborar o diagnóstico e abandonando formas mais holísticas, ou que avaliem o paciente como um todo.

Este abandono, entretanto, não se deu sem prejuízos para a prática médica. Como dito por Andreasen (2007), a prática psiquiátrica guiada pelos critérios operacionais do DSM e,

posteriormente, pela Classificação Internacional de Doenças (CID), causou significativo empobrecimento na capacidade diagnóstica e de observação dos praticantes de psicopatologia e há intensa discussão que questionam se os diagnósticos descritos atualmente pelos manuais são, de fato, válidos (Kendler & Parnas, 2008, 2012; Nordgaard, Revsbech, Sæbye, & Parnas, 2012; Nordgaard, Sass, & Parnas, 2013; Tonus, 2012).

Kendler e Parnas (2008) propõem um retorno à fenomenologia, como forma de lidar com esse problema. A fenomenologia, entretanto, é uma ciência com terminologia e escolas diversas, de difícil apreensão para um profissional não iniciado.

Este trabalho se propõe a realizar uma interseção entre os modelos operacional e fenomenológico de influência continental, por meio da análise simultânea, pelos dois sistemas, de um mesmo caso clínico.

Desta forma, clínicos não habituados ao formato fenomenológico de entrevista poderão perceber como o método aumenta a percepção dos fenômenos patológicos e, com isso, expandir a capacidade de diferenciação entre diagnósticos. Com isso pretende-se contribuir para o enriquecimento da psicopatologia e para a discussão sobre modelos de entrevista diagnóstica na clínica psiquiátrica.

Metodologia

A análise do caso clínico foi realizada conforme o modelo de anamnese sugerido por Dalgarrondo (2008), acompanhado por uma súmula psicopatológica nos modelos da psicopatologia descritiva fenomenológica de Jaspers (Cheniaux, 2010). Em nome da brevidade expositiva, apenas os dados positivos dessa súmula serão apresentados. Para proteção da identidade da paciente, seu nome e dados biográficos mais singulares foram transformados.

A entrevista seguiu o padrão livre, porém semiestruturado, baseado na ferramenta *Present State Examination – Schedules for Clinical assessment in Neuropsychiatry* (PSE-SCAN) (Wing, 1990), adotando-se o modelo defendido por Parnas, Sass & Zahavi (2013). A entrevista e as avaliações evolutivas foram realizadas pelo autor do artigo.

A análise diagnóstica do caso foi realizada, primeiramente, através do modelo criteriológico/operacional, utilizando critérios do DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) e da CID-10 (*World Health Organization*, 1992), e, em seguida, por meio da fenomenologia continental, com a elaboração de hipótese diagnóstica pelos dois modelos.

O modelo criteriológico/operacional

No modelo criteriológico/operacional, os sinais e sintomas são observados isoladamente e, então, “checados” dentro dos critérios que determinam o diagnóstico. Como não existem sintomas patognomônicos, há necessidade de se observar os critérios de exclusão, a fim de se diferenciar, ao máximo, os quadros, uns dos outros, mas é possível que o mesmo paciente receba dois ou mais diagnósticos. Embora os critérios de exclusão eventualmente imponham certa “hierarquia” de um diagnóstico sobre o outro, é esperado e, inclusive, estimulado pelos manuais, que mais de um diagnóstico seja identificado, até que todas as alterações observadas estejam devidamente classificadas (Kraus, 1994).

O modelo fenomenológico

No modelo fenomenológico, o paciente é examinado como um todo, na tentativa de se compor uma versão única que explique o fenômeno observado. Para que a observação seja a mais fidedigna o possível, o examinador deverá adotar a chamada atitude fenomenológica, tentando livrar-se de todos os seus preconceitos e tentativas de explicações teóricas sobre o fenômeno, a fim de analisá-lo em sua forma mais pura e não enviesada. Após cuidadosa observação do paciente em sua interação, descrição de mundo, forma de expressar e associar suas ideias, e levando-se em consideração o conteúdo de suas queixas e sua história particular de vida, o examinador deverá realizar aquilo que se chama de redução fenomenológica, buscando a identificação de “essências” que caracterizam a estrutura do paciente (Blankenburg, 2012).

A estrutura é a matriz fundamental da consciência do indivíduo, sendo observável apenas de forma indireta (Tatossian & Freire, 2006). É a portadora de todas as condições de possibilidades existenciais do indivíduo. A sua modificação típica, através da sua transformação imobilizadora ou aquisição de essências anômalas, é o que caracteriza a doença. Importante ressaltar – ainda que não possamos desenvolver aqui essa tese – que perseguimos um entendimento antropofenomenológico, segundo o qual a estrutura da existência é singular e movente, ao passo que as essências patológicas são gerais e típicas (Messas, 2014). Segundo Minkowski (1966):

a estrutura é um princípio formativo que constitui algo de primitivo em relação a todas as formas da existência viva e que, deste modo, se manifesta de uma maneira unívoca, tanto nas particularidades biológicas e caracterológicas quanto naquelas ligadas à atividade espiritual e

criativa. Nós a encontramos igualmente na base dos transtornos mentais correspondentes (p. 580).

Sendo uma matriz, a estrutura imprime suas características em todas as experiências do paciente, tanto ao limitar suas condições de possibilidade existenciais, quanto ao se modificar e permitir novas possibilidades para a vida (Messas, 2010). Desta forma, muito embora no presente estudo, o mundo vivido do paciente tenha sido analisado através de quatro dimensões, a saber, temporalidade, espacialidade, interpessoalidade e materialidade, seria possível realizar a análise diagnóstica por meio do estudo de apenas uma dimensão, pois todas trazem a mesma marca estrutural.

Caso clínico

Identificação

J.A. 30 anos, gênero feminino, parda, casada há quatro anos, nível superior completo em contabilidade, executiva de finanças numa empresa de contabilidade, natural de São Paulo, espírita.

História da doença atual

Paciente sem história de tratamento psiquiátrico prévio, encaminhada por terapeuta para avaliação, após três meses de terapia cognitivo-comportamental (TCC) semanal, sem impacto no comportamento. A paciente relata que sempre foi uma pessoa tímida e muito organizada, mas, no último ano, tem se sentido constantemente nervosa, irritando-se facilmente com colegas de trabalho, evitando, intensamente, convívio com amigos íntimos e brigando muito com o marido. Sente-se constantemente preocupada com seu rendimento, prazos de entrega de trabalho, evoluindo, eventualmente, para “crises” com duração de mais ou menos uma hora, em que se sente angustiada e desesperada, porém sem sintomas somáticos. Ainda no trabalho, sente-se incomodada com as atividades em grupo, pois não consegue ficar confortável nos encontros para almoço, percebendo-se inadequada e incomodada com as brincadeiras que os outros funcionários fazem entre si e com ela. Como está sempre preocupada com o rendimento do seu trabalho, passou a evitar sair com as amigas de infância, pois acha que os encontros são uma perda de tempo em que poderia trabalhar, ou fazer algo “produtivo”. A preocupação com o rendimento também vem afetando o relacionamento com o marido, pois tende a achar que qualquer atividade de lazer é um gasto desnecessário de tempo com algo não produtivo e que acarretará prejuízo na sua produtividade. Além disso, a paciente refere que

seus hábitos e rotinas de organização se tornaram mais intensos neste período, passando a trazer impactos na sua vida. Precisa que tudo esteja organizado, na posição que considera certa, ou não consegue sentir-se confortável. Com isso, briga constantemente com o marido que, por mais que se esforce, nunca consegue deixar os objetos do jeito ou em posição que a paciente se sinta confortável, levando-a, diversas vezes, a interromper jantares ou outras atividades de lazer para arrumar a casa e organizar os objetos. J.A., entretanto, nega pensamentos relacionados à organização, apenas não tolera perceber quando as coisas estão “fora do lugar”. Refere dúvidas que surgem a todo o momento, sobre coisas do dia a dia, como “por que chove?”, ou “como funcionam determinados objetos?”. Enquanto não obtém a resposta para estas questões, não se sente confortável, o que a leva a gastar horas de seu dia buscando respostas na internet, sem que haja, contudo, prejuízo em sua atuação no trabalho. Apesar do desconforto que tais ideias trazem, a paciente não relata esforço ou contrariedade, apenas desejo intenso de obter as respostas. Queixa-se, ainda, de sentir-se extremamente insegura quando sozinha em casa, muito preocupada com a possibilidade de que ladrões entrem a qualquer momento, e evitando atender ligações, por acreditar que podem ser formas de verificar se está ou não sozinha em casa. Nega insônia, distúrbios alimentares, alucinações, tristeza, ideias paranoides, automutilações ou rituais diários.

História da pessoa

J.A. é filha única do casamento entre seus pais. Entretanto, estes se divorciaram quando ainda era muito nova e seu pai casou-se novamente, tendo outros filhos, com quem tem pouco contato. Devido à dependência química da mãe, foi criada pela avó, com quem permaneceu morando após a mãe se mudar para uma nova casa. Sua relação com a mãe sempre foi conturbada, devido aos excessos etílicos desta, levando-as a brigar com frequência. Apesar disso, nunca romperam totalmente. O relacionamento com o pai sempre foi distante, limitando-se a encontros em aniversários e eventos sociais da família, assim como o contato com os meio-irmãos. A avó sempre exerceu o papel de mãe, sendo rígida em suas cobranças quanto às tarefas domésticas e obrigações junto à escola. Seu falecimento há três anos acarretou grande impacto na vida da paciente, que, em seguida, foi obrigada a voltar a morar com a mãe, gerando novos atritos, devido aos episódios de embriaguez desta e precipitando sua saída de casa para ir morar com o atual marido.

Na infância, frequentou a escola de forma regular, desenvolvendo múltiplos vínculos de amizade, sem dificuldades em seu rendimento. Sempre foi boa com disciplinas exatas e escolheu sua área de atuação acadêmica e profissional baseada nesse interesse. Apresentou bom rendimento na

universidade e desenvolve muito bem suas atividades profissionais, sendo frequentemente reconhecida por seus chefes pela distinção de seu trabalho, apesar das dificuldades de relacionamento com os colegas.

Na infância e adolescência, viveu suas relações interpessoais sem nenhuma intercorrência, com vida social e de lazer com amigos, tendo vivenciado relacionamentos amorosos. A paciente envolveu-se em três relacionamentos mais sérios, incluindo o atual marido. Descreve, entretanto, que, desde a adolescência, foi progressivamente desenvolvendo maior dificuldade no contato social, que, de fácil e natural, tornou-se ameaçador e desconfortável. Atualmente, limita-se ao mínimo de cordialidade no trabalho e sente-se incomodada até mesmo na presença das amigas de infância, o que, eventualmente, lhe faz ingerir bebida alcoólica para conseguir participar dos encontros. Sua relação com o sexo também se transformou com o tempo, passando de algo agradável a uma experiência mecânica, da qual não faz questão e considera “perda de tempo”.

Exame psíquico

Paciente comparece sozinha à entrevista, chegando perto de 30 minutos antes do combinado. Embora vista trajas adequados à entrevista, seu estilo parece inadequado para sua idade, lembrando as roupas usadas por mulheres idosas. Não usa maquiagem, exibindo apenas adornos simples e mostrando unhas cuidadas e pintadas. Parece inquieta e nervosa, friccionando constantemente as mãos e evitando o contato visual com o examinador, rindo de forma desconfortável, sempre que o faz, mantendo uma postura corporal rígida de tronco, durante toda a entrevista. Realiza seu relato de forma linear, concatenado, sendo de fácil compreensão, eventualmente um pouco concreta, demonstrando certa irritação, com ar de obviedade quando lhe é solicitado que esclareça tais pontos. Seus períodos são curtos, tendendo a falar apenas quando questionada, desenvolvendo pouco os temas e apresentando momentos curtos de silêncio, interrompidos com risos forçados. Não parece ouvir vozes não compartilhadas e permanece atenta durante toda a entrevista, não demonstrando dificuldades para recordar-se de qualquer tema. Em sua fala, permanece dentro dos temas abordados, porém, raramente oscila seu tom de voz e suas expressões afetivas não parecem condizer com aquilo que está realmente sentindo. Utiliza termos compatíveis com seu nível de escolaridade, com certa formalidade ao descrever suas rotinas e hábitos diários. Possui planos rígidos para o futuro, um tanto estereotipados, adequados ao que se esperaria de uma mulher em sua idade, mas que não parecem elaborados por ela mesma, como ter filhos com a exata idade de 32 anos e alcançar uma posição melhor dentro da empresa em que trabalha.

Súmula Psicopatológica

(Conforme Cheniaux (2010), descrita apenas onde há alterações)

Atitude: inibida

Pensamento: Curso: sem alterações; Forma: discreta reificação; Conteúdo: pensamentos obsessivos egossintônicos

Conação: normobúlica, ambitendência, libido reduzida

Psicomotricidade: inquietação psicomotora; estereotipia de mãos

Humor e afetividade: embotamento afetivo, rigidez afetiva

Evolução

Inicialmente medicada com um inibidor seletivo de recaptção de serotonina e realizando terapia cognitivo-comportamental voltada para o diagnóstico de TAG, a paciente não apresentou resposta satisfatória à abordagem terapêutica. Permanecia com intensa dificuldade de convívio com os colegas de trabalho, atormentada por dúvidas constantes e brigando constantemente com o marido. Curiosamente, pedia, eventualmente, para trazê-lo, a fim de que a ele fosse explicado o que ela sentia, pois achava que, de alguma forma, o psicopatologista a compreendia, mas não conseguia fazer-se entender pelo companheiro.

Os medos de invasão da casa evoluíram a ponto de passar a ter dificuldades para ir ao banheiro ou à cozinha, quando estivesse sozinha, medos estes que ganharam aspectos claramente paranoides quando passou a evitar atender telefonemas por receio de ser monitorada por possíveis invasores. Com a introdução de medicação neuroléptica em baixa dose, experimentou melhora global dos sintomas, com retorno ao seu comportamento prévio à atual crise. Manteve, entretanto, a dificuldade de contato característica e a ausência de novos planos e objetivos, durante os dois anos em que esteve em acompanhamento médico.

Diagnóstico segundo Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (World Health Organization, 1992)

Para o diagnóstico através do modelo criteriológico/operacional, devemos separar, individualmente, cada um dos sintomas do paciente e verificar para quais transtornos descritos ele preenche os critérios. Aplicando-se os critérios de exclusão, deve ser possível, a princípio, eliminar a maioria dos diagnósticos diferenciais.

Seguindo o modelo criteriológico/operacional de elaboração diagnóstica, chegamos, neste caso clínico, ao diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG – F41.1), com o diagnóstico diferencial de Fobia Social (FS – F40.1), a ser avaliado evolutivamente.

Por esse modelo, inferiu-se diagnóstico mencionado, ao observar que a paciente preenche os critérios descritos na CID-10 (*World Health Organization*, 1992): “a” (apreensão—preocupações sobre desgraças futuras, sentir-se “no limite”, dificuldade de concentração, etc.); “b” (tensão motora—movimentação inquieta, cefaleias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar) e “c” (hiperatividade autonômica—sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipneia, desconforto epigástrico, tonturas, boca seca, etc.), assim como seu critério temporal (o paciente deve ter sintomas primários de ansiedade na maioria dos dias por, pelo menos, várias semanas e, usualmente, por vários meses). É importante assinalar que a paciente também preenche os critérios de TAG descritos no DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) - Transtorno de Ansiedade Generalizada 300.02 -, tanto por ter todos os sinais e sintomas operacionais necessários, como por preencher o critério temporal e não preencher, neste primeiro momento, nenhum critério de exclusão.

Em ambos os sistemas operacionais, é possível a elaboração de múltiplos diagnósticos no mesmo paciente mas, na CID-10, há orientações sobre a precedência de determinados diagnósticos sobre outros, o que estimula o diagnóstico diferencial sobre a elaboração de múltiplos diagnósticos. Assim sendo, evolutivamente, há de se observar se os sintomas são restritos ou se predominam em situações sociais (critério “b” de fobia social), o que faria com que o diagnóstico mais correto, pela CID-10, fosse o de Fobia Social (F40.1), já que a paciente preenche os critérios “a” (os sintomas psicológicos, comportamentais ou autonômicos devem ser, primariamente, manifestações de ansiedade e não secundários a outros sintomas, tais como delírios ou pensamentos obsessivos) e “c” (evitação das situações fóbicas deve ser um aspecto proeminente). Na classificação pela DSM-V, seria possível dizer que a paciente possui ambos os diagnósticos, embora pudesse ser evocado o critério “i”, de exclusão, do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social (300.23), dizendo que os sintomas são secundários ao TAG. Curiosamente, na descrição do TAG pelo DSM-V, este critério também existe e, como a paciente preenche, claramente, critérios para ambos os transtornos, a evocação de ambos os critérios de exclusão levaria à anulação de ambos os diagnósticos, resultando em um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade não Especificado (300.00).

Descrição do mundo vivido, a partir de dimensões fenomenológicas

Temporalidade

Do ponto de vista da vivência do tempo, trata-se de um indivíduo entrando em sua fase de apogeu, onde se espera adequada importância, de forma ponderada, tanto do passado vivido, quanto do futuro. Nota-se, entretanto, certa irrelevância no discurso da paciente, relativo ao seu passado, sendo necessário algum esforço do entrevistador para que ela consiga relatar as lembranças de seu passado de forma coerente. Além disso, tende a considerar irrelevante discutir sua história e não demonstra quaisquer conexões entre seu período vivenciado atual e o período vivenciado passado. Tampouco, há adequada articulação entre seu presente vivenciado e seus movimentos protentivos, dando a estes um aspecto estereotipado, como se copiado “daquilo que é esperado”, sendo este futuro totalmente inautêntico. De fato, a paciente parece viver em uma dimensão temporal totalmente presentificada, onde apenas resultados ultra-imediatos têm relevância, mas sem que isto se dê por quaisquer influências de vivências passadas ou anseios futuros. Seus desejos e obrigações são totalmente voltados para um objetivo destacado de sua biografia e com valor apenas material de “ser uma boa profissional”. Deste modo, parece viver presa em uma temporalidade paralela, onde apenas o presente tem força e cuja única força motriz, o trabalho, não tem nenhum significado exceto ser trabalhada.

O tempo vivido por ela parece apartado de sua linha biográfica, que não se utiliza de seu passado para sustentação. Ao mesmo tempo, o presente, desconectado e hipertrofiado, parece cristalizado em um eterno e redundante trabalhar, incapaz de gerar uma futuração ampla ou ser força motriz para o eu paralisado, embora com a ilusão de construir uma realidade com um único sentido, o de ser uma boa profissional.

Espacialidade

Do ponto de vista espacial global, a paciente parece viver em um espaço predominantemente escuro, como descrito por Minkowski (2007), cercada por dúvidas e incertezas, oriundas de um mundo que não compreende de forma espontânea. Tal mundo vivido escurecido parece iluminado apenas naquilo que a paciente é capaz de dominar, ou seja, no trabalho ou na superorganização, sem os quais fica desorientada, dando origem a múltiplos conflitos, pois o universo compartilhado teima em não se manter rígido da forma como ela organiza e prepara. A tentativa de manter-se organizada frente aos estímulos conflituosos dá um caráter obsessivo a seus pensamentos, lembrando, em muitos

aspectos, o caso Lola Voss, de Binswanger (1957). Assim, tal espaço mostra-se restrito, com a abdicação de se expandir a qualquer território que possa trazer incertezas intoleráveis, como o convívio afetivo com amigos e colegas de trabalho, limitando-se a pessoas que já conhece muito (o marido).

Nota-se marcante dificuldade na compreensão daquilo que geralmente já é vivido, como dado e de forma espontânea, caracterizando a falha no contato natural com a realidade, ou a perda da evidência natural descrita por Blankenburg (1969) em todas as suas relações com objetos ou indivíduos, gerando uma busca incessante por respostas, mesmo as mais triviais. Torna-se perplexa perante um objeto tratado de forma metafórica, marcando o prejuízo na sua capacidade subjetiva de imaginar ou transcender significados ou usos diferentes àquilo já experimentado por ela.

É possível perceber em seu exame, assim como nas descrições de sua vida, que há prejuízo para compreensão e vivência do espaço público, mas, ao mesmo tempo, dificuldade em limitar o seu espaço interno, como se seu interior estivesse permanentemente em risco de invasão, principalmente através de um olhar ou aparecimento súbito de um terceiro, como demonstrado pelo medo constante de que alguém possa invadir sua casa, ou esteja testando os “limites” de sua segurança, ao ligar para ela.

O espaço vivido por ela parece ser caracterizado por um mundo compartilhado, restrito, escuro, ameaçador e estranho, que a paciente se esforça para compreender, criando, compensatoriamente, outro espaço organizado, iluminado por respostas obtidas através do estudo e leitura no computador, porém solitário e constantemente ameaçado pelo mundo compartilhado. Tal vivência espacial parece comparável ao “pavoroso”, experimentado por Susan Urban, no caso clássico descrito por Binswanger (2012).

Interpessoalidade

O contato interpessoal é estranho, quase bizarro. A paciente parece sentir-se constantemente ameaçada, colocando-se sempre afastada, o que fica evidente com a evitação frequente de contato visual e tendência a sempre sentar-se o mais distante possível do examinador. Os toques cabíveis à vida social são evitados, restringindo-se os cumprimentos a acenos ou apertos de mão apenas com as pontas dos dedos, como se qualquer contato pudesse resultar numa invasão ou ameaça à integridade individual. Não é possível empatizar com seu discurso ou com suas emoções, que parecem artificiais ou inautênticos, como se a paciente estivesse sentindo algo diferente daquilo que está demonstrando. Só é possível compreender o que ela sente após refletir sobre o conteúdo de seu discurso, ou quando

refere, diretamente, que tal fato a deixa “triste” ou “ansiosa”, por exemplo. Da mesma forma que não demonstra seus sentimentos de forma empática, é possível que a paciente não consiga experimentar os sentimentos de outras pessoas, evidenciando perda da ordem natural dos sentimentos.

A paciente mostra tendência a lidar com o conteúdo falado de forma concreta e falha em compreender ditados populares ou figuras de linguagem menos usuais. Não há expressão afetiva real por parte dela, utilizando mímica facial, e parece que tampouco compreende o significado da expressão facial do médico examinador, levando-o a certa insegurança por receio de ser interpretado como inadequado. O espaço intersubjetivo apresenta-se restrito a um ponto de contato distante, pequeno, por meio dos quais apenas conteúdos concretos podem ser trocados.

O contato interpessoal encontra-se extremamente prejudicado. Talvez ainda seja possível somente em uma pequena região, em que o “eu” toca o mundo compartilhado, graças à necessidade gerada pelo trabalho, concentrando a maior parte das vivências a um mundo próprio, inalcançável por terceiros.

Materialidade (corporeidade)

O corpo da paciente parece rígido, pouco móvel, mantendo-se praticamente na mesma postura durante toda a entrevista, exceto pelo intenso movimentar e esfregar das mãos umas nas outras. Se por um lado não demonstra ser um indivíduo leve e fluído, tampouco passa a sensação de grande peso. A imobilidade afigura-se como resultado de intensa rigidez de movimentos e não por motivo de preocupação excessiva com a opinião ou observação de terceiros.

Aparentemente, o corpo também não é vivido de forma natural, pois a paciente parece controlar seus movimentos em busca de segurança, limitando-os a apenas um segmento. Além disso, sua forma de apresentação no mundo demonstra-se artificial, uma vez que se veste de maneira discordante com a sociedade à sua volta, possivelmente repetindo o modelo com a qual se sentiu confortável a maior parte da vida, sendo uma cópia daquilo que a avó representava. Levando-se em consideração o conceito de amaneiramento em Binswanger (1977), é provável que se trate de uma apresentação inautêntica, caracterizada por um maneirismo que preenche seu vazio existencial.

O corpo é vivido como frágil, com limites porosos, que precisa ser defendido e controlado para não perder sua integridade, praticamente impossibilitando qualquer movimento do “eu” fora daquilo que já é bem conhecido, demarcado e delimitado.

Redução fenomenológica

É possível notar a recorrência de duas características na avaliação de todas as dimensões vividas pela paciente:

1) A “ausência de contato vital com a realidade”, descrita por Blankenburg (1969), que pode ser entendida como a incapacidade de compreender e participar do senso comum. Tal característica faz com que tudo seja vivido e experimentado como estranho, assustador e incompreensível, de forma imediata, exigindo que a paciente sempre procure uma nova reflexão, ou uma resposta na internet, para entender aquilo que, para todos, é compreendido de forma automática.

2) A extrema rigidez e incapacidade para se modificar, gerando estagnação vital, em que tudo deve permanecer exatamente do mesmo jeito que está. Com isso, não há tolerância ao novo, a vida deve permanecer exatamente do jeito que é, presa a uma rotina conhecida e repetitiva, numa fórmula desenvolvida para ser socialmente aceita, mas que não parece efetivamente vivenciada como desejo próprio, limitada à família (marido) e ao trabalho.

Análise da estrutura vivida

Trata-se de uma estrutura existencial rígida, no sentido de fixidez das condições transcendentais de possibilidade de existência (Messas, 2014). Há pouca capacidade de se modificar ou se transformar, bem como desconexão da linha de tempo biográfico, cujas condições de possibilidade estão extremamente reduzidas pela ausência de contato entre o passado vivido e o mundo vivenciado, consumada pela perda de evidência natural da realidade. Com isto, tal estrutura tende a permanecer estática, sem futuração, incapaz de relacionar-se adequadamente com o ambiente objetual ou intersubjetivo e com grande risco de fratura, caso seu único vínculo com o mundo compartilhado (trabalho) sofra modificações bruscas.

Análise diagnóstica a partir da estrutura vivida

As investigações deste estudo de caso chegaram a uma estrutura existencial rígida, caracterizada pelas essências de falta de contato com a realidade e paralisação temporal. Tal estrutura, praticamente limita as condições de possibilidade vividas do paciente a um tipo de existência cristalizado, incapaz de se desenvolver e adquirir ou modificar suas configurações. Quaisquer movimentos de mudança sempre estarão marcados por grande risco de fratura, que poderia levar à total desorganização da consciência e à incompreensibilidade completa do mundo vivido, visualizável nos delírios. Estas são características essenciais, típicas da esquizofrenia. Entretanto, como aponta

Blankenburg, também podem ser visualizadas em condições psicológicas saudáveis, sendo parte do desenvolvimento normal da personalidade (Blankenburg, 2012) (p. 139). Portanto, para a assunção de algum diagnóstico psicopatológico fenomenológico, é imprescindível, neste caso, que se leve em conta a dimensão evolutiva. Considerando-se os dois anos de observação clínica sistemática, período em que o estado existencial global da paciente se manteve inalterado, postulamos estar frente a uma esquizofrenia negativa (pelos critérios da CID-10, se aproximaria de uma esquizofrenia simples), provavelmente resultante de fratura vital processual, no sentido de Jaspers (Fernando & Souza, 2013), ocorrida ainda na adolescência, quando a paciente parece ter percebido uma profunda mudança qualitativa no seu mundo vivenciado.

Nota: embora o período de observação de dois anos traga algum conforto para a sustentação do diagnóstico proposto, ainda não é suficientemente longo para um prognóstico definitivo. Deve-se sempre lembrar que os processos esquizofrênicos podem apresentar evolução favorável.

Discussão

Nesta apresentação, fica evidente que os métodos e pressupostos psicopatológicos aplicados na clínica podem, facilmente, levar a diagnósticos diferentes, mesmo quando o paciente é avaliado pelo mesmo examinador. A baixa concordância diagnóstica entre examinadores foi, justamente, o desencadeador da revolução criteriológica/operacional (Andreasen, 2007). O aumento da confiabilidade, entretanto, de nada adianta se o modelo diagnóstico não é válido (Andreasen, 2007), ou se a entrevista realizada é incapaz de produzir os dados necessários para a adequada realização do diagnóstico (Nordgaard et al., 2013).

Na tentativa de se excluir o subjetivo do modelo diagnóstico em psiquiatria, os critérios desenvolvidos para o modelo operacional, presentes nas versões do DSM, após a terceira edição ou na CID, após sua nona edição, passaram a levar em consideração apenas as queixas do paciente, não havendo espaço para que a observação do psicopatologista possa contribuir, efetivamente, para o diagnóstico (Andreasen, 2007; Nordgaard & Parnas, 2013; Nordgaard et al., 2012). Basear-se apenas nas queixas relatadas pelo paciente para o diagnóstico, certamente facilita a operacionalização, permitindo, inclusive, a elaboração de questionários voltados para o diagnóstico. Porém, impede o uso de informações fundamentais que são acessíveis somente pelo examinador (Nordgaard & Parnas, 2013).

Com isso os construtos diagnósticos tornam-se mais simples, mas extremamente frágeis, uma vez que não descrevem adequadamente o quadro nosológico que devem representar. Como resultado, confundem-se, facilmente, quadros tão diferentes – e pertencentes a dimensões existenciais diversas – quanto ansiedade e esquizofrenia, como no presente caso. A primeira remete a um nível antropológico, ao passo que a segunda, a um nível ontológico. Entretanto, também é verdade que as alterações observáveis nos quadros patológicos apenas têm utilidade diagnóstica quando o examinador é capaz de identificá-las e diferenciá-las adequadamente (Nordgaard et al., 2013).

O uso de ferramentas diagnósticas padroniza a entrevista, o que aumenta a confiabilidade entre examinadores, pois os obriga a avaliar sempre as mesmas características do paciente. Entretanto, a estruturação da entrevista não garante que as perguntas certas serão feitas, muito menos que o examinador terá a habilidade para perceber alterações subjetivas presentes nos pacientes examinados (Andreasen, 2007; Nordgaard et al., 2013). No caso apresentado, foi utilizado um roteiro semiestruturado de investigação diagnóstica, que permitiu ao examinador explorar os detalhes das vivências do paciente e o uso do conhecimento fenomenológico, ao longo do tempo de observação. Possibilitou, também, que o examinador captasse nuances do quadro clínico que não são explorados habitualmente por clínicos baseados apenas nos critérios operacionais e, muito menos, pelos roteiros diagnósticos, como o *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)* (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2002).

É possível que um clínico experimentado, mas não fenomenólogo, utilizando o PSE-SCAN de forma semiestruturada, notasse a presença de um quadro clínico incompatível com o diagnóstico de TAG, porém não conseguisse chegar ao diagnóstico de esquizofrenia utilizando, apenas, os critérios operacionais. Contando com a capacidade de aplicação do diagnóstico estrutural, que pode ser ensinado aos clínicos para a elaboração diagnóstica, foi possível, para o examinador, analisar a presença de alterações perceptíveis, de forma continuada ao longo do tempo e, assim, identificar a estrutura típica da esquizofrenia. Se tal diagnóstico tivesse sido levado em consideração desde o início, a paciente provavelmente não teria sido submetida a um modelo terapêutico ineficaz, que apenas retardou o início da terapia adequada, permitindo que um quadro psicótico, ainda incipiente, tenha se tornado franco, com consequências nocivas na sua vida.

Conclusão

A revolução operacional tentou resolver um problema muito grave para a base científica da psiquiatria: a diversidade de entendimentos psicopatológicos. A criação de um modelo internacional, com unificação da linguagem, e a criação de critérios específicos para a elaboração de um diagnóstico psiquiátrico, certamente foi uma boa iniciativa, porém, a excessiva simplificação dos quadros e a exclusão de características observadas pelos clínicos reduziu, sobremaneira, a validade dos diagnósticos (Andreasen, 2007).

Com essa simplificação, houve redução na qualidade do exame diagnóstico realizado pelos psicopatólogos, com provável prejuízo à prática clínica (Andreasen, 2007). Como foi visto, o modelo não distingue adequadamente quadros patológicos diferentes e cabe ao clínico conseguir, com base em seu exame, diferenciar adequadamente os diagnósticos. No caso clínico em questão, caberia ao clínico imputar a genuína ansiedade da paciente a uma patologia ontologicamente muito mais grave, um processo esquizofrênico.

O aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica e do seu desenvolvimento como disciplina médica científica depende da melhora e do desenvolvimento da capacidade diagnóstica por seus praticantes. O autor deste estudo defende o retorno do ensino regular de fenomenologia e outros modelos de psicopatologia, diferentes do atualmente hegemônico, aos profissionais em formação, de modo a melhor equipá-los para a prática médica. Conforme demonstrado, a fenomenologia é uma poderosa ferramenta diagnóstica, podendo ser ensinada para uma prática confiável.

Além disso, há necessidade de desenvolvimento de ferramentas clínicas e do estudo da arte do exame psíquico. Aperfeiçoar a capacidade dos clínicos para a realização de diagnósticos confiáveis e completos, fugindo de modelos reducionistas ou simplistas, inadequados para um objeto de estudo tão complexo quanto a consciência, é a melhor forma de se melhorar a assistência psiquiátrica e de promover seu avanço, como ciência.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108-12.
- Binswanger, L. (1957). Der Fall Lola Voss (1949). *Schizophrenie*. Pfullingen: Neske.
- Binswanger, L. (2012). O caso Suzan Urban. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 1(1), 198-344.
- Binswanger, L. (1977). Três formas da existência malograda: extravagância, excentricidade, amaneiramento. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Blankenburg, W. (1969). Ansätze zu einer Psychopathologie des “common sense”. *Confiinia Psychiatrica*, 12, 144-163.
- Blankenburg, W. (2012). *La pérdida de la evidencia natural. Una contribución a la psicopatología de las esquizofrenias oligo-sintomáticas*. Santiago de Chile: UDP.
- Cheniaux, E. J. (2010). *Manual de Psicopatologia* (4ª ed.). São Paulo, SP: Guanabara Koogan.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fernando, G., & Souza, J. (2013). Fenomenologia e raciocínio clínico em psiquiatria: o conceito de marcadores psicopatológicos. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2(2), 3-31.
- First, M. B., Spitzer, R. L, Gibbon M., & Williams, J. B. (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P). New York: Biometrics Research.
- Ionescu, S. (1997). *Quatorze abordagens de psicopatologia* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (2008). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (2012). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology (international perspectives in philosophy and psychiatry)*. USA: Oxford University Press.

- Kraus, A. (1994). Phenomenological and criteriological diagnosis: different or complementary? In J. Z. S. O. P. W. M. A. Schwartz (Ed.), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification* (pp. 148-160). London: Johns Hopkins University Press.
- Messas, G. P. (2010). *Ensaio sobre a Estrutura Vivida*. São Paulo, SP: Roca.
- Messas, G. P. (2014). O sentido da fenomenologia na Psicopatologia Geral de Karl Jaspers. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 3(1), 23-47.
- Minkowski, E. (2007). Le temps vécu: Études phénoménologiques et psychopathologiques. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13(2), 265-8.
- Minkowski, E. (1966). *Traité de Psychopathologie*. In E Minkowski, *Les empêcheurs de penser en rond*, (3^a ed. Reed. 1999). Paris: Institut Edition Synthelabo.
- Nordgaard, J., & Parnas, J. (2013). A haunting that never stops: Psychiatry's problem of description. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 434-5.
- Nordgaard, J., Revsbech, R., Sæbye, D., & Parnas, J. (2012). Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(3), 181-5.
- Nordgaard, J., Sass, L. a, & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(4), 353-64.
- Parnas, J., Sass, L. a, & Zahavi, D. (2013). Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270-7.
- Tatossian, A., & Freire, C. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Tonus, A. E. (2012). Estudo de caso individual : uma perspectiva para o diagnóstico em psiquiatria. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 1(1), 158-72.
- Wing, J. K. (1990). SCAN. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 589.
<http://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180089012>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.