



Curando mentes, tratando cérebros *Psiquiatria entre biologia e subjetividade*

por Bjørn Ramberg

1. Introdução

Há cerca de um ano atrás a Associação de Psiquiatria Americana anunciou a força-tarefa que preparará a revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. O DSM-V, como é chamado, está programado para ser publicado em 2012. Mais de doze grupos de trabalhos são atualmente responsáveis por várias áreas de distúrbios que caem dentro do campo do Manual. Podemos esperar revisões significativas, não apenas no nível das diagnoses individuais, mas possivelmente também na organização do Manual. O resultado deste processo será importante, por razões óbvias.

Nas palavras do chefe da força-tarefa, David J. Kupfer, M.D.:

Como o Dicionário Nacional [i.e., dos USA] das Doenças Mentais, o Manual Diagnóstico e Estatístico tem um papel vital ao assegurar que os pacientes recebam o diagnóstico e o tratamento apropriado para as suas preocupações com a saúde mental. (APA, 2007)

De todo modo, o processo, ele mesmo, também promete ser de grande interesse, na medida em que estamos preocupados com a psiquiatria enquanto ela reflete sobre como nos entendemos enquanto criaturas com mentes – e em particular, como ela reflete e traz à tona tensões e mudanças neste entendimento. Entretanto, no que se segue, não irei discutir as particularidades do processo de

revisão do DSM-V. Para meus objetivos, o ponto importante a enfatizar é o de que este processo não é simplesmente um acontecimento interno à ciência – não apenas uma questão de atualizar nosso conhecimento científico e clínico, apesar de certamente ser isso também. É muito mais do que isso, uma vez que as noções de mente, ou de mentalidade – ou mesmo de transtorno – não podem ser consideradas como noções com um conteúdo claramente independente. Ao contrário, ao desenvolver as categorias de diagnósticos e os princípios de organização do DSM estamos desenvolvendo esses mesmos conceitos.

Essa é a razão pela qual esse processo, como o vejo, deve ser colocado em um contexto político, social e também ético. Esta será minha simples mensagem para levar para casa de hoje. Explicitando-a um pouco mais: a psiquiatria faz uso atualmente – e penso que ela deva fazer – de conceitos que têm funções e significados para além de seu uso em contextos clínicos – conceitos de pessoa, *self*, outro, ação, significado e outros a eles relacionados. Permitam-me chamar essas e outras noções correlatas de *conceitos de subjetividade*; noções que empregamos ao nos definirmos como pessoas e ao darmos sentido às nossas relações com outros e conosco – conceitos nos quais confiamos para imprimir sentido e conduzir a nossas vidas individuais e em grupo.

Conceitos de subjetividade pertencem ao núcleo básico, central de nossos vocabulários da vida cotidiana. Acreditando, como eu acredito, que os conceitos de subjetividade são essenciais a qualquer psiquiatria que mereça esse nome, vejo a psiquiatria como inevitavelmente envolvida em questões que vão além de um mandato meramente clínico. Assim, revisões das práticas e teorias psiquiátricas são muito importantes, gostaria de dizer, para serem deixadas simplesmente aos psiquiatras. Posto de modo mais caridoso: no momento em que os psiquiatras contribuem para o importante trabalho de revisão que é realizado, assimilando e aplicando novo conhecimento e entendimento ao sistema de diagnóstico de transtornos mentais, devemos esperar que alguns deles mantenham diante de si a natureza multifacetada dos conceitos de subjetividade, e abracem a impureza de sua disciplina. Os psiquiatras devem estar precavidos contra a tentação, tão familiar a nós, filósofos, de colocar sua disciplina no caminho seguro da ciência.

No que se segue, irei falar um pouco sobre o significado esta recomendação. Em particular, espero deixar claro que não está baseada numa recusa em aceitar a *relevância* da ciência para a psiquiatria. O ponto essencial, entretanto, é que a psiquiatria, ela mesma, não é uma ciência, ou

mesmo uma aplicação da ciência, mas uma prática humanista. Alguém poderia responder imediatamente: “sim, isto é óbvio, e verdadeiro para qualquer ramo da medicina clínica. Não é algo específico da psiquiatria.” Parte da minha colocação, então, é a de que, no atual estado de coisas, a psiquiatria realmente é, de modo importante, diferente da medicina somática. A psiquiatria hoje se defronta com a tarefa de mediação entre ciências em rápido desenvolvimento – em particular, a neurociência molecular – e os vocabulários da subjetividade.

Isso faz dela, na minha terminologia, uma zona quente para mudanças conceituais; o modo como esta mediação é feita – isto quer dizer, que decisões fazemos quando desenvolvemos teoria e práticas psiquiátricas – influencia diretamente na nossa elaboração de uma imagem acerca do que é ser um ser humano e levar uma vida humana.

2. Ciência e mudança conceitual

Esta mediação que compete à psiquiatria realizar é a minha maior preocupação aqui. Antes de tratar disso mais diretamente, gostaria de inserir alguma base filosófica, um modelo rápido para o entendimento do tipo de mudança que estou afirmando estar ocorrendo aqui. Uso a expressão “zona quente para mudança conceitual”. Uma zona-quente é o que temos quando um conjunto de conceitos, o que chamo de vocabulário, é posto sob uma tensão ou pressão que causa a mudança de nosso uso dos termos. Um vocabulário é identificado pelos propósitos a que serve – algumas vezes esses propósitos são explícitos e conscientes, muitas vezes, não.

Quando conversamos sobre futebol, sobre bolsa de valores ou sobre astrologia, ou sobre nossas vidas amorosas, usamos vocabulários distintos, contudo, como esses exemplos nos mostram, nós somos bastante bons em misturar e combinar vocabulários. Ainda assim, alguns são bem robustos; a maioria de nós possui um vocabulário de compromisso ético e avaliação que é bastante rígido em seu centro, também um vocabulário de lealdade e amor que pode ser bem alinhado com ele, ambos bem distintos de vocabulários de negócios ou de explicação. Vocabulários mudam através da história cultural e psicológica. Eles mudam, normalmente, porque precisam lidar com situações novas, novas experiências, novas necessidades e interesses. E muitas vezes essas mudanças não são suaves e equilibradas, mas abruptas e carregadas de tensões. De forma importante, vocabulários são muitas vezes forçados a mudar como resultado de um novo conhecimento. Mais

precisamente, quando um novo conhecimento é desenvolvido e absorvido, termos usados neste processo muitas vezes acabam mudando suas condições de aplicação. A história da ciência fornece exemplos claros disso, como Thomas Kuhn mostrou em sua célebre explicação das revoluções científicas.

Um tipo interessante de zona-quente aparece quando uma ciência em franco desenvolvimento emprega termos que estão profundamente ancorados em práticas fora da ciência. Um caso contemporâneo interessante é o modo como a etologia cognitiva – o estudo do comportamento animal em termos mentalistas – está afetando nossa concepção das propriedades que nós comumente reservávamos para pessoas. Outro caso, claramente relacionado, é dado pela exploração biológica de nossas mentes – colocando os conceitos de subjetividade em contato direto com a influência poderosa e modeladora dos métodos mecânicos e reducionistas da ciência natural. Da forma como vejo as coisas, enquanto a ciência procede através de descoberta, a zona-quente resultante é uma cena de criação – o que está sendo criado, nas dinâmicas de mudança conceitual e de desenvolvimento de novo conhecimento, são modos específicos de ser humano. O significado especial da psiquiatria hoje se deve ao fato de que, mais do que qualquer outra prática ou disciplina, é na concepção do que a psiquiatria deveria ser que essas dinâmicas se desenvolvem.

3. Kandel e a unificação da psiquiatria

Erik Kandel é o principal autor daquele que acredito ser o manual em neurociência mais empregado, *Principles of Neural Science*. Ele é o ganhador do Prêmio Nobel de fisiologia e medicina (2000) por seu trabalho inovador acerca da neurobiologia molecular da aprendizagem, através de pesquisas conduzidas nos anos sessenta na lesma do mar *Aplysia*.

Ele também é um psiquiatra, e, diferentemente de grande parte daqueles que, como ele, vêem a biologia molecular como central para o progresso no entendimento da mente e suas dores, um proponente da psicanálise. De fato, Kandel – que foi aprendiz/estagiário como analista do Massachusetts Health Center há mais de cinquenta anos atrás – continuou defendendo a psicanálise tanto como uma ferramenta clínica quanto como uma fonte de entendimento teórico da mente. A clareza e o impacto dos escritos teóricos de Kandel sobre a psiquiatria fornecem um meio excelente para trazer para o foco os pontos que gostaria de levantar. Apesar de Kandel argumentar

que a psicanálise tem um papel importante a desempenhar no entendimento científico da mente, ele é altamente crítico no que diz respeito à relutância da principal tendência dos teóricos psicanalistas em aproveitar a oportunidade de progresso que a ciência oferece (Kandel, 2005).

Na visão de Kandel, a psicanálise tal como foi desenvolvida no século XX, foi atrapalhada principalmente por uma disposição não científica. Sua própria agenda está claramente explicada em uma série de ensaios publicados durante mais de vinte anos: “a biologia pode transformar a psicanálise em uma disciplina cientificamente fundamentada” (Kandel, 2005, p. xxi). Isto pode ocorrer através de um tipo de complementaridade.

Psicologia e psiquiatria podem iluminar e definir para biologia as funções mentais que devem ser estudadas se queremos ter um entendimento significativo e sofisticado da biologia da mente humana. (Kandel, 2005, p. 7)

“**Branda**”, mas “essencialmente mais profunda em conteúdo”, a psiquiatria fornece uma visão da mente a qual a neurobiologia pode confiar – e o está fazendo – a um nível celular. A neurobiologia permite, portanto, um entendimento de *como* a mente pode fazer o tipo de coisa que a psicanálise nos mostra que ela faz, e, no processo, serve também como um *corretivo* para a teoria psicanalítica por revelar quais elementos neste corpo de aprendizagem possuem uma base científica e quais precisam ser ajustados ou rejeitados. Kandel almeja, portanto, um *paradigma unificado*:

A biologia pode refinar a dupla contribuição da psiquiatria para a moderna medicina: sua habilidade em desenvolver tratamentos medicamentosos efetivos baseados na neurociência e sua habilidade em escutar os pacientes e aprender a partir destes. Precisamos combinar essas duas modalidades de tratamento em modos que sejam ao mesmo tempo objetivos e eficientes. Se tivermos sucesso nesta empreitada, iremos reunir reducionismo radical, que impulsiona a biologia, com o objetivo humanista de entender a mente, que impulsiona a psiquiatria. (Kandel, 2005, p. 387)

Esta é uma visão bastante atraente. No entanto, acredito que essa visão unificada está baseada em pressuposições exatamente do tipo que gostaria hoje de questionar.

4. Terapia e o cérebro

Uma dessas pressuposições é a de que à neurociência molecular é garantido um *status* de legitimação – de que ela é um ponto de referência definitivo para a terminologia da psiquiatria. Podemos sublinhar essa questão considerando a questão da validação da terapia. Com referência à obra *An Unquiet Mind*, de Kay Jamison, Kandel ressalta o poder da terapia. Depois de reconhecer o efeito salvador do lítio, Jamison escreve:

Mas, de um modo difícil de ser expresso, a psicoterapia cura. Dá algum sentido à confusão, retém os pensamentos e sentimentos aterrorizantes, devolve algum controle e esperança e a possibilidade de aprender com tudo isso. Pílulas não podem trazer de volta uma pessoa à realidade.” (Jamison 1996, 89, citado em Kandel, 2005, p. 386).

Este testemunho é impressionantemente semelhante a algumas passagens da recente autobiografia de Elyn Saks, *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*. Saks uma esquizofrênica que combateu a psicose em vários estágios de sua vida, e também uma acadêmica de alto nível, professora de direito e psiquiatria na Universidade do Sul da Califórnia, enfatiza sua relação com seu psicoterapeuta como a chave para a sua habilidade de viver uma vida significativa, de grandes conquistas a despeito de sua grave enfermidade. Um testemunho deste tipo é profundamente impressionante, e Kandel lhe confere grande peso. Ao mesmo tempo, Kandel está ciente da natureza embaraçosa da questão da validade da psicoterapia. O problema, bem entendido, é que é difícil saber o que numa forma de tratamento bem sucedido é responsável pelo sucesso deste tratamento.

Assim, por exemplo, enquanto a maioria dos terapeutas atribuiria seu sucesso ao tipo particular de conhecimento de que dispõem e ao método que aplicam em função do tipo especial de treinamento recebido, isto é, enquanto a maioria dos terapeutas veria o tipo de terapia oferecida como um fator significativo na determinação do resultado, hoje em dia é um fato bastante aceito que as variáveis mais próximas à predição de resultados em psicoterapia não são específicos de uma modalidade terapêutica particular, mas expressam, de um modo ou de outro, o nível de confiança,

segurança e conexão entre o terapeuta e o paciente.

O problema pode ser posto desta forma: enquanto testemunhos tais como o de Jamison e Saks enfatizam eloqüentemente seu significado, é difícil isolar o que numa abordagem terapêutica particular é responsável por seu sucesso. Por um lado, a evidência do ponto de vista do paciente *de que é* um sucesso é enunciada, da forma plausível como deve ser, em termos que pertencem a linguagem da subjetividade. Por outro lado, tais descrições permanecem *expressões* de sucesso, não explicações para ele.

Kandel sugere que a neurociência irá nos permitir uma saída;

Até bem pouco tempo havia poucas maneiras independentes e convincentes de testar idéias psicodinâmicas ou avaliar a eficácia relativa de uma abordagem sobre outra. No entanto a neuroimagem pode nos fornecer justamente isso – um método de desvendar tanto a dinâmica mental quanto o funcionamento de um cérebro vivo. (...) De fato já podemos descrever o cérebro das pessoas antes e depois da terapia e desta forma ver as conseqüências da intervenção psicoterapêutica em certos transtornos. (Kandel, 2005, p. 386)

Não é auto-evidente, entretanto, que respostas à questão sobre a validade das abordagens terapêuticas devam ou deveriam originar-se da neurociência. Jorid Moen, em um artigo no qual defende uma abordagem pragmatista da teoria da psiquiatria – na verdade, o tipo de abordagem o qual também estou implementando aqui – indica a possibilidade de um tratamento diferente. Moens cita a pesquisa de Krupnick et al., a qual aponta “que, no tratamento de depressão, o vínculo terapêutico (...) mostrou ter um efeito significativo no resultado clínico tanto para psicoterapias quanto para farmacoterapia ativa e de placebo” (Moen, 2008, p. 10). Moen comenta:

Se o vínculo terapêutico for um fator relacional comum às modalidades de tratamento e distinguível de fatores específicos internos ao tratamento, isto deveria ter implicações sobre a questão de como a terapia – incluindo a

farmacoterapia – é conceitualizada e praticada.

Paradigmas qualitativos de pesquisa são necessários para “irmos além do que os clínicos e os pacientes dizem que fazem, para olhar *o que* de fato fazem e *como* eles comunicam” (Moen, 2008, p. 10).

É possível, em outras palavras, aceitar a necessidade da testagem científica independente e da validação de diferentes formas de psicoterapias, como Kandel sugere, sem chegarmos à conclusão de que a neuroimagem fornece esse teste. Ao contrário, um teste que mantenha em vista características comunicativas e interpessoais, atualmente não tomados em consideração nesse tipo de avaliação, pareceria intuitivamente bastante promissor. Notavelmente, iria empregar categorias e conceitos aos quais podem ser dados uma aplicação suficientemente direta quando se trata de melhorar as técnicas terapêuticas.

Tal teste não seria reduutivo, do mesmo modo com que pontos de referência moleculares seriam, mas isso não significa que deixaria de ser objetivo, com relação às diferentes formas de terapias a serem exploradas. Além disso, tal testagem poderia razoavelmente contar com categorias não-biológicas para a determinação dos resultados e do grau de sucesso. O ponto de Kandel – o de que o sucesso terapêutico se registrará no cérebro – parece plausível. Apenas não se segue daí, contudo, que a mudança neural seja o nível informativo mais apropriado para comparar e avaliar terapias.

A caracterização particularmente atraente de Kandel da psicoterapia sustenta esse ponto. Kandel diz: “A psicoterapia provavelmente atua na criação de um ambiente no qual as pessoas aprendem a mudar” (Kandel, 2005, p. 386) À primeira vista, este modo de pensar sobre a terapia parece unir-se bem com a própria abordagem de Kandel. Afinal de contas, ele ganhou o prêmio Nobel por sua contribuição ao nosso conhecimento de como o cérebro permite a aprendizagem através de alterações nas conexões sinápticas.

Entretanto, o tipo de aprendizagem que a formulação de Kandel invoca também aponta para além do cérebro: para entender *o que significa* criar um tal ambiente e para vincular tal aprendizagem com o potencial de cura da terapia parece ser necessário uma nova linguagem. Aprender a mudar através da terapia é uma questão de obter um certo tipo de conhecimento prático, um conhecimento

aplicável acerca de quem se é; um entendimento de si no mundo que permita responder e talvez agir de modo diferente. Autoconhecimento não é primordialmente uma questão de vir a conhecer verdades escondidas sobre si mesmo ou de entender o próprio funcionamento interno como se alguém pudesse descobrir o funcionamento interno de algum aparato até agora misterioso. A relação com o *self*, a subjetividade do autoconhecimento é essencial aqui porque agir no mundo não é algo como puxar suas próprias alavancas. “Conquistar auto-conhecimento”, como o analista Torberg Foss enfatiza, “é distinto de rastrear mecanismos (...) é tomar uma posição, representando um compromisso”. (Foss 2008, 140) Mais uma vez, seria uma surpresa, para colocar de forma branda, se mudanças bem-sucedidas deste tipo não se refletissem em mudanças no cérebro. Contudo, usar a imagem do cérebro (“*brain imaging*”) para discriminar entre abordagens terapêuticas bem sucedidas das não bem sucedidas parece ser um modo indireto curioso de cuidar do assunto – a não ser que alguém acredite que a mente realmente é o cérebro.

5. A tendência pelo cérebro (brain bias)

Esta última sugestão me permite fazer uma observação geral sobre o que chama de viés cerebral inerente a ao tipo de abordagem que Kandel representa, e a qual é evidente na sua resposta ao dilema da avaliação a diferentes terapias. Esta é a idéia, aparente na abordagem sobre a validação da terapia, de que o que quer que seja tratável em termos da neurociência, deve então ser entendido principalmente como um assunto neurocientífico. Isso quer dizer, na terminologia que introduzi antes, que o vocabulário da biologia molecular triunfa sobre o vocabulário da subjetividade. Nosso direito de usar o último está condicionado à nossa habilidade de submeter seus termos à disciplina do primeiro. Gostaria de negar isso.

É claro que dificilmente estaria sendo questionado que para muitos transtornos mentais uma habilidade de entender e empregar os conceitos de subjetividade é essencial tanto para os diagnósticos quanto para o tratamento. Nem os transtornos depressivos, nem os transtornos bipolares, nem a esquizofrenia, podem ser diagnosticado através de técnicas de imagem do cérebro nelas mesmas. E embora o Transtorno de Personalidade Anti-social (APD), para tomar outro exemplo, supostamente correlacionado com um reduzido volume de massa cinzenta no lobo pré- frontal, e, além disso, apesar dessa correlação não ser surpreendente, dado o que sabemos sobre a anatomia funcional do cérebro, APD certamente não pode ser *diagnosticado* pelo escaneamento do

cérebro e procura por esta característica. Para fazer o ponto inverso; mesmo se um *marcador* neurofisiológico fosse descoberto para certos tipos de depressão, como alguns neurobiologistas estão esperando que seja, parece ser duvidoso que estaríamos a vontade para dizer de alguém que de fato registrou positivamente este marcador, mas que não apresentava nenhum sinal clínico de depressão, que esta pessoa estava acometida de uma *depressão asintomática*.

Ainda assim, mesmo se concedermos esses pontos, e a *necessidade heurística* concomitante de conceitos de subjetividade, o psiquiatra de viés-cerebral acredita que a realidade subjacente, tanto em termos de exploração, quanto em termos de intervenção, é o cérebro. Colocando de forma severa, para o psiquiatra de viés cerebral, conversar com os pacientes é uma ferramenta para clarificar o que está errado com o cérebro do paciente, e a questão principal da psicoterapia é a de implementar certas mudanças neste cérebro.

6. O que está errado com o viés cerebral (brain bias)?

Para a maioria das patologias somáticas, os sintomas são tratados tipicamente como pistas para um problema subjacente, efeitos de uma causa. Por contraste, e colocado de uma forma grosseira, para transtornos mentais, a experiência subjetiva dos sintomas, como manifestado, por exemplo, na ansiedade, nos sintomas experimentais e comportamentais de depressão, de psicose, *são* transtornos. Este contraste coloca a questão principal de modo muito forte. Para uma grande variedade de doenças somáticas, a patologia subjacente tem manifestações afetivas e cognitivas – alucinações, digamos, uma dor no braço esquerdo ou mudança na frequência do pulso podem ser sintomas. Mas a diferença, entretanto é importante. Pode ser colocado desta maneira: mesmo que concluamos que não havia abnormalidade do cérebro, nenhuma entrada neurobiológica para uma dada patologia mental, não mandaríamos uma pessoa deprimida para casa e diríamos “você não está realmente deprimida, você apenas está imaginando isso”. Um médico somático pode dizer a um paciente sobre alguns sintomas que a preocupavam que não se trata afinal de um sintoma, “você está bem, não se preocupe”. Quando se trata de transtornos mentais, a questão acerca de sintomas falsos, vazios ou não indicativos escapa, de certo modo, da questão. Se o seu médico diz para você que as tonturas que você está sentindo são perfeitamente normal, que sua vista está saudável, então, conquanto você confie em seu oculista, você voltará para casa feliz. Mesmo se você estiver tendo dores de cabeças chatas, você deve aceitar o julgamento de que elas não têm significância; não indicam uma

patologia subjacente. Entretanto, não ajuda em nada ser informado que você está meramente imaginando estar deprimida – um vez que os sintomas são avaliados e a sua pontuação calculada, você *está* deprimida. Sendo assim, enquanto a relação sintoma-causa, interpretada em termos fisiológicos, é essencial para a medicina somática, esta relação pode ser acidental em um sentido importante para a esfera da patologia mental, transtorno, ou mal estar – *pelo menos na medida em que está relação é entendida no contexto do viés cerebral cerebral (brain bias)*. Pois a viés cerebral leva em consideração que a causa verdadeira do transtorno mental no final das contas tem que ser de natureza neurobiológica. Assim, etiologias que não conduzem, finalmente, à interação neuronal não são, desde essa perspectiva, fundamentadas cientificamente, e, portanto, em condições ideais, devem ser eliminadas.

Esta consideração é importante. Porque a relação causal *per se* – o que o paciente está procurando quando pergunta, “porque estou me sentindo assim, doutor?”, e o que o clínico espera isolar ao perseguir os sintomas – pode ser uma preocupação central também quando confinada ao campo do mental. De fato considerando a medida segundo a qual somos criaturas socialmente e ambientalmente sensíveis, seria surpreendente se a perseguição pelos sintomas sempre nos levasse de uma linguagem fenomenológica de experiência de pessoa/sujeito, os conceitos da subjetividade, em direção ao nível subjacente de neurologia. Resistir ao viés cerebral reducionista não é, portanto, uma questão de rejeitar a significação das explicações causais dos transtornos mentais. Ao invés disso, a idéia é manter aberta a possibilidade de que o nível apropriado de explicação causal e o nível apropriado de intervenção mantêm-se dentro de uma linguagem que se dirige diretamente às doenças de uma pessoa, não às patologia de um cérebro. Se assumirmos que a perseguição da natureza real do transtorno mental invariavelmente leva a subjazer a implementação fisiológica objetiva, podemos de fato estar tomando uma perspectiva a qual apesar de suficientemente real e ainda por cima relacionada ao problema, pode direcionar nossa atenção para fora do nível no qual o problema precisa ser encarado. Podemos acabar distorcendo a natureza do que precisa ser tratado, se acabamos considerando as descrições neurológicas como sempre revelando a natureza verdadeira de um problema ou patologia.

Isso não significa sugerir que a neurobiologia não seja profundamente importante para a psiquiatria, para os propósitos de um entendimento geral do comportamento humano, para propósitos de

diagnósticos clínicos, e para propósitos de tratamento. Para alguns transtornos psiquiátricos – os transtornos “pesados” – parece ser provável que o modelo fisiológico para a relação entre sintoma e efeito é o melhor que há. Mas o problema do viés cerebral é que ele faz disso uma assunção de padrão. Há uma grande diferença entre dizer que o cérebro *é* a mente, o dogma do viés cerebral (brain bias), e dizer que o cérebro *permite* a mente. Pois aquilo que o cérebro permite – a mente – é algo o qual por natureza está capturado em relações sociais e normativas, relações e situações bem apropriadamente descritas em termos que não são refletidos no vocabulário neurobiológico.

A psiquiatria poderia responder a isso por um tipo de restrição auto-imposta; poderia definir a si mesma a partir da relação do tratamento de transtornos cerebrais com sintomas afetivos e cognitivos. Iria, então, -- acredito que rapidamente – tornar-se uma especialidade bem definida dentro da medicina somática, responsável pelas aplicações clínicas da neurobiologia molecular, focando principalmente, como Kandel deseja, na expressão do gene. Esse seria um ramo bastante importante da medicina, e um ramo que provavelmente ainda requereria muito mais sensibilidade à significação clínica do que os pacientes fazem ou dizem, do que outras áreas da medicina. “Ouvindo e aprendendo dos pacientes”, como Kandel coloca, ainda seria uma parte importante da prática psiquiátrica. Tal restrição permitiria à psiquiatria ser “baseada na ciência” tanto quanto qualquer outro ramo da medicina somática. Porém, também deixaria, sem atendimento um grande número de transtornos que muitos psiquiatras hoje em dia tomam como estando dentro de seu ramo. Mas se a psiquiatria deve continuar direcionando-se a problemas da mente, neste sentido maior, terá que se prevenir contra o viés cerebral. A psiquiatria deve ficar aberta para um espectro de fenômenos que abrange desde transtornos cerebrais, no qual os sintomas cognitivos e afetivos são de fato sintomas muito do mesmo modo como uma dor grave e inchaço podem ser indicações de um mau jeito ou uma fratura, até transtornos e angústias cujas naturezas giram em torno de questões tais como integração, auto-conhecimento, competição e poder.

O problema, como eu o vejo, não é que existam formas de sofrimento mental que não são registradas no cérebro. O ponto principal, na verdade, é que o fato que algo está registrado no cérebro não garante que o cérebro é o problema real. Um psiquiatra deve, na minha visão, aceitar isso; ao menos no que diz respeito à transtornos da mente, em alguns casos a manifestação neurobiológica, mesmo se claramente identificável, é ela mesma melhor vista como um sintoma de um problema cuja natureza real é extra-cranial, e o qual é melhor abordado numa linguagem de

subjetividade.

7. Gazzaniga e o cérebro ético

Para resumir a visão que estou recomendando; devemos considerar que o cérebro capacita à mente, e, conseqüentemente, que qualquer mudança em como sentimos ou o que pensamos irá ser refletida em eventos ou padrões neurobiológicos. Sendo assim, o entendimento neurobiológico será de imenso uso para a psiquiatria. Ao mesmo tempo, e a despeito disso, afirmo que não deveríamos identificar transtornos mentais com os transtornos cerebrais. Realizar essa identificação, seja explícita ou implicitamente, expressa o que denominei "the brain bias". Para tornar clara a coerência dessas duas afirmações, vou me voltar brevemente do entendimento do transtorno mental para outro tópico de grande interesse para as pesquisas sobre o cérebro atuais, o tópico da ética e o cérebro. No livro, o *Cérebro Ético* (2005), Michel Gazzaniga, outro neurocientista proeminente, procura desvelar as bases neurobiológicas das nossas vidas éticas. Especificamente, Gazzaniga quer articular os elementos universais de qualquer ética humana; universal porque conectado ao cérebro humano. A habilidade de sentir empatia, a inclinação universal para ajudar membros da mesma espécie (e também membros de algumas outras poucas espécies) em necessidade, quando o afeto de certo tipo está presente, a tendência a reagir com raiva a certas infrações da norma, a disposição, em alguns cenários, de sacrificar a própria vantagem pela segurança de uma vantagem comunitária, estas são as características bem estabelecidas sem as quais uma comunidade não poderia funcionar e a moralidade não poderia nem aparecer como um fenômeno a ser investigado. Podemos confiar na ciência para nos dizer muita coisa sobre o universo – como ele surgiu, que tipo de variação pode haver entre indivíduos e tipos de indivíduos (masculinos e femininos, por exemplo), quais as condições para que certas respostas básicas sejam acionadas, como elas podem ser evitadas ou colocadas em curto-circuito (para o bem e para o mal, como isso é possível). A ciência, Gazzaniga acredita, pode ainda nos ajudar a escapar da necessidade de buscar justificações filosóficas para essas características básicas biologicamente favorecidas da psicologia moral. Elas apenas estão aí, e deveríamos estar agradecidos por elas. Como David Hume observou com relação à indução, algumas características da nossa vida mental são simplesmente muito importantes para serem deixadas com a razão – a natureza assegurou que não temos outra opção. O que a neurociência nos ensina, de acordo com Gazzaniga, é que a questão filosófica, "por que eu deveria ser moral?"

irrelevante. A questão, ao contrário, é como eu, ou nós, deveríamos ser morais. E com relação a isso, a ciência nos leva, na visão de Gazzaniga, muito mais longe. De qualquer forma a ciência fará pouca coisa para nos ajudar a julgar entre crenças morais concorrentes como norma para ação. Dado que o cérebro concretiza a mente, qualquer uma de nossas exigências morais concorrentes são desta forma concretizada. Além disso, a ciência não irá nos ajudar a entender os conceitos de

responsabilidade e liberdade que são centrais para nossas vidas morais. Aqui a visão de Gazzaniga sobre o assunto:

Cérebros são dispositivos autogovernados e determinísticos, enquanto as pessoas são agentes pessoalmente responsáveis, livres para tomar suas próprias decisões... responsabilidade pessoal é um conceito público. Existe em um grupo, não em um indivíduo... O que [a ciência neurobiológica] não sugere é que mecanismos cerebrais subjazem às relações que existem em uma estrutura social, as regras que nos permitem coabitar, ou uma regra ou valor como a responsabilidade pessoal. Esses aspectos da personalidade não estão – estranhamente – em nossos cérebros. (Gazzaniga, 2005, 90)

O ponto principal de Gazzaniga, na minha terminologia, é que os conceitos de liberdade, responsabilidade, valor, estão em casa em um vocabulário que usamos para lidar conosco e como cada outro como *pessoas*. Enquanto pessoas têm cérebros, e não poderiam ser pessoas sem ele, elas não *são* seus cérebros. Um cérebro em bom funcionamento não é suficiente para a personalidade, porque este conceito ao lado de outros conceitos relacionados, codifica um complexo de relações sociais. As inclinações universais conectadas em nossa psicologia tornam-se características de nossa psicologia moral somente quando vistas desde uma perspectiva das relações pessoais de pessoas. Tratar a ética como se fosse inteligível em termos de estados cerebrais seria, então, perder para sempre o sentido do discurso ético. Pessoas podem ser agentes livres, apesar de seus cérebros serem automáticos. “Nossa liberdade”, como Gazzaniga coloca, “é encontrada na interação com o mundo social” (Gazzaniga, 2005, 98)

A pertinência do tratamento de Gazzaniga à ética para minhas afirmações com relação ao viés cerebral não deve ser difícil de reconhecer. A mente é em grande medida um dom social – muito do cérebro humano é dedicado a realizar/entender as capacidades complexas requeridas por nós precisamente enquanto criaturas sociais, mas, a não ser que essas capacidades estejam ativadas e as estruturas sociais com sua complexa rede de normas e valores sejam entendidas, a mente não está à vista. Um único ser humano isolado é simplesmente um organismo com um cérebro bastante

impressionante, mas não uma pessoa com mente. Vista sob essa luz, soltar um alarme contra sucumbir ao viés cerebral na psiquiatria é sugerir que a psiquiatria deveria também tratar a nós, pessoas com mentes, e reconhecer que doenças podem nos suceder que tenham sua raiz neste nível de nossa existência. Parte do trabalho da psiquiatria deve ser continuar a dirigir-se a nós enquanto seres socialmente realizados, ao invés de a organismos com a capacidade para vida social. Existem doenças e transtornos com os quais somos confrontados, sugiro, os quais sustentam uma relação similar seja com a neurociência seja com questões éticas substantivas. Isso quer dizer que enquanto poderíamos nos beneficiar enormemente do entendimento das bases mecânicas dessas doenças, deveríamos estar desejando manter aberta a possibilidade de que transtornos mentais comuns não sejam essencialmente neurológicos.

7. Para além do cérebro: transtornos e diagnósticos.

Irei concluir apontando bem rapidamente para uma ou duas razões para pensarmos que essa possibilidade é atual. Sem dúvida, o que conta como um transtorno pode ser controverso mesmo quando se chega a uma medicina somática, e os problemas serão afetados pelos valores sociais, como a história da medicina irá mostrar. As controvérsias em torno dos implantes de cócleas para tratar surdez – a resistência a isso em algumas comunidades -- é uma ilustração recente deste ponto. De qualquer forma, no caso de transtornos mentais esta questão é combinada em maneiras significativas. Não é somente o caso que o que conta como patologia ou transtorno pode ser relativo a um ambiente social. Também é o caso que o efeito de ser dotado com uma disposição particular dependerá do contexto socio-psicológico e cultural no qual esta se manifesta. Leve em consideração, por exemplo, as associações encontradas em muitos países entre o elevado risco de suicídio e a homossexualidade entre pessoas jovens. Outro exemplo é o dano colateral na auto-estima muitas vezes encontrado em crianças com diagnósticos tardios de ADHD. Um terceiro exemplo pode ser o surgimento de transtornos de alimentação entre rapazes. Um último exemplo, mencionado por Moen (2008), no lado positivo, é “The Hearing Voices Network.”. Esta é uma associação “na qual os que escutam vozes dividem modos de lidar com a experiência e discutem seus modelos de explicações ... [tornando] dessa forma possível que essas experiências se tornem significativas” (Moen, 2008, 12). Esses exemplos ilustram a conexão entre um contexto normativo social no qual as pessoas vivem suas experiências a atuam suas vidas e o surgimento de condições enquanto preocupação psiquiátrica.

Acredito, entretanto, que a relativização das condições psiquiátricas a contextos sociais e a valores

comunitários que tais exemplos sugerem, não deveria ser temido ou negado, ou extirpado do sistema de diagnóstico. Ao contrário; diagnósticos são críticos para garantir a correção e previsão do tratamento, a viabilidade de pesquisas epidemiológicas, e a transparência de decisões financeiras. Um diagnóstico é, entre outras coisas, uma entrega a um indivíduo de uma série de títulos (e, algumas vezes, obrigações) feitos sob medida, e, muitas vezes no caso de diagnósticos psiquiátricos, de restrições. Assim, o diagnóstico é um ticket, um cartão de legitimação para tratar um indivíduo como diferente dos outros em um sentido específico – de forma que podemos gastar, por exemplo, uma grande quantidade de dinheiro no Sr. P uma vez que ele tenha sido diagnosticado com o transtorno bipolar. Ou podemos dedicar um fundo ao filho do Sr.P, Q, se for diagnosticado o ADHD. Diagnósticos podem ser mais importantes, ao invés de menos, dado a natureza valorativa das condições envolvidas; servem como um modo de desenhar linhas claras para o propósito de política de saúde, fiscal e outra política pública, mesmo onde tais linhas claras podem ser representadas na natureza.

Ainda assim, o problema do diagnóstico na psiquiatria é difícil em uma maneira distintiva, na medida em que pode entrar no quadro clínico de forma direta. Existe de fato praticantes – por exemplo o psiquiatra norueguês e professor de medicina social Tom Andersen, associado com o movimento de terapia familiar num grande número de países – que vêem o diagnóstico como uma reificação, e, portanto, como um fator negativo no processo de restaurar o sentido de integração e autonomia dos pacientes. Por essa razão, psiquiatras como Andersen resistem completamente à idéia de diagnóstico, considerando-a tão conflituosa quanto o mandato de cura da psiquiatria. Certamente esta é uma visão minoritária, mas acredito que não é uma coincidência que tal posição pode conquistar apoio precisamente na psiquiatria.

O que esses exemplos sugerem, se estou certo, é que a psiquiatria não pode evitar ela mesma de usar conceitos, mesmo nas descrições, diagnósticos e protocolos clínicos, que estão cheios de valores e que tocam diretamente questões políticas e éticas. Psiquiatria não deve tentar comprar a sua saída deste predicamento em sacrificando nossas mentes aos nossos cérebros, escapando da neurologia aplicada. Ao contrário, a psiquiatria mantendo nossas mentes em vista, deveria aceitar e afirmar o fato de que suas classificações e descrições sempre interagem com nossas visões do que valorizamos em nós mesmos e nos outros, como acreditamos que uma comunidade deve ser organizada, e o que estamos querendo estender a cada um, enquanto cidadãos, em uma forma de

apoio e tolerância. Assim a essas pessoas responsáveis pela revisão do DSM, e por mapear o auto-entendimento da psiquiatria e das profissões de saúde mental nos EUA para a próxima década ou duas, gostaria de prescrever uma grande dose de orgulho e auto consciência da sua impureza.

Referências bibliográficas:

American Psychiatric Association, 2007. New Release; *APA Names DSM-V Task Force Members*. Release date July 23, 2007.

Foss, Torberg, 2008. *Close to the Particular: The Constitution of Knowledge from Case Histories in Psychoanalysis*. Ph.D. thesis, University of Oslo.

Gazzaniga, Michael S., 2005. *The Ethical Brain*. Dana Press.

Jamison, Kay, 1996. *An Unquiet Mind*. Vintage Books.

Kandel, Eric R., 2005. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Moen, Jorid, 2008. *The Perspectives of Psychiatry; a Pragmatic Approach*. Draft

manuscript. Saks, Elyn R., 2007. *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*.

Hyperion.

Traduzido por Susana de Castro
Revisão: Sergio Oliveira

Centre for the Study of Mind in Nature. Department of Philosophy, Classics, History of Art and of Ideas. Faculty of Humanities, University of Oslo.