

Aubrey Lewis e A psicopatologia do *insight*

Clarissa de Rosalmeida Dantas
Cláudio E. M. Banzato

Sobre o autor¹

Aubrey Lewis nasceu na Austrália em 1901, filho único de um casal de judeus. Seu pai havia emigrado de Londres na última década do século anterior e sua mãe era professora, da cidade de Adelaide, no sul da Austrália. Foi educado em uma escola católica, o *Christian Brothers College*, onde teve uma sólida formação em latim, grego, francês, alemão, história, literatura e matemática. Nos anos de vida escolar destacou-se por sua participação na *College Literary Society*. Não por acaso, mais tarde, o estilo elegante da escrita seria reconhecido como uma de suas marcas registradas. Ingressou na faculdade de medicina na Universidade de Adelaide, que embora não estivesse entre as mais avançadas da época, e não fosse renomada por sua psiquiatria, vinha no período pós-guerra concentrando esforços no desenvolvimento de pesquisas.

O primeiro exercício de pesquisa científica de Aubrey Lewis foi um estudo antropológico sobre os aborígenes do sul da Austrália,

1. Para informações biográficas adicionais sobre Aubrey Lewis, consultar os artigos de Michael Shepherd reunidos em suplemento da *Psychological Medicine* (1986), base das considerações introdutórias subsequentes.

que lhe valeu, em 1926, um *travelling fellowship* em pesquisa médica da Fundação Rockefeller. Em seu período no exterior deveria estudar “medicina psicológica” e “doenças mentais” com o objetivo especial de habilitar-se a estudar os traços mentais do aborígene australiano. Assim se deu sua entrada para a psiquiatria, quase um subproduto de seu interesse por antropologia.

Nos dois anos seguintes, encontrou estímulo e treinamento primeiro na América do Norte, trabalhando com Mcfie Campbell, em Boston, e com Adolf Meyer, em Baltimore; depois em Londres, no Queen Square, com Gordon Holmes e, na Alemanha, em Heidelberg, com Karl Beringer e no Charité, em Berlim, com Karl Bonhoeffer. Nessa época, o centro da psiquiatria era o mundo de língua alemã, onde se desenvolvia uma tradição acadêmica pós-kraepeliniana na disciplina.

Optando por radicar-se em Londres, ingressou no corpo clínico do *Maudsley Hospital*, em 1929, do qual viria a ser diretor em 1936. Henry Maudsley, o psiquiatra mais proeminente do fim da era vitoriana, queria criar um hospital psiquiátrico universitário nos moldes daquele fundado por Emil Kraepelin em Munique. Por causa da Primeira Guerra Mundial, o hospital, cuja construção já estava completa em 1915, não abriu até 1923, quando o próprio Maudsley já havia morrido. Edward Mapother assumiu a superintendência médica e encampou o objetivo de transformar a instituição na fonte central de formação e conhecimento para psiquiatras da Comunidade Britânica e falantes da língua inglesa que fossem estudar na Europa. Aubrey Lewis era perfeitamente talhado para uma instituição com tais propósitos.

Sua capacidade de compreender as várias correntes de pensamento em sua complexidade e aplicá-las à prática clínica foi largamente demonstrada em uma série de artigos publicados nos anos 1930 sobre vários aspectos da psiquiatria clínica e sobre psicopatologia. É desse período o artigo ora apresentado, “The psychopathology of insight”, publicado originalmente em 1934 no *British Journal of Medical Psychology*.

O advento da Segunda Guerra Mundial trouxe profundas transformações nas circunstâncias sociais que levaram a uma mudança de foco de trabalho de Lewis dos estudos individuais, clínicos, para um enquadre mais amplo, social. A perspectiva antropológica na qual seu interesse recaía originalmente foi aplicada a uma série de questões práticas. Um grupo, o *Unit for Research in Ocupacional Adaptation*, foi formado sob sua direção e financiado pelo *Medical Research Council*. As pesquisas originalmente se concentravam sobre transtornos neuróticos na indústria, depois o trabalho se voltou para limitações e reabilitação entre esquizofrênicos e mentalmente comprometidos. Em 1953 a unidade foi renomeada *Social Psychiatry Research Unit*. Lewis passou a defender a idéia de que a psiquiatria deveria ser parte de serviço médico-social bem integrado. O enquadre multidisciplinar dessas pesquisas o pôs em contato com expoentes de

outros campos de conhecimento e abriu espaço crescente para sua participação em comitês nacionais.

Em 1946 assumiu a cadeira de psiquiatria na universidade onde permaneceu até sua aposentadoria em 1966. Logo depois da guerra o Maudsley foi designado centro de treinamento da universidade dentro da *British Postgraduate Federation*. Nos vinte anos de atividade na universidade, o tempo para o envolvimento pessoal com as pesquisas diminuiu e muitas de suas idéias ôde se dedicar mais a outro papel, o de uma espécie de *ombudsman* da psiquiatria, mantendo-se como observador atento e crítico da produção científica contemporânea e exercendo uma intensa atividade de resenha de livros e artigos,² além de abordar em conferências diversas questões centrais para o desenvolvimento científico e humanístico da psiquiatria.³

Após sua aposentadoria, continuou trabalhando meio período no Instituto de Psiquiatria, que havia sido cuidadosamente planejado por ele e que terminou de ser construído em 1967.

Sua contribuição mais significativa nessa década foi a série de artigos sobre a derivação e o significado de vários termos e conceitos de uso psiquiátrico comum, como paranóia, psicopatia, histeria, ansiedade, endógeno-exógeno, psicogênese, e fobia. Esses últimos trabalhos permanecem como modelo de equilíbrio entre erudição e experiência clínica. Retomavam o espírito dos trabalhos dos anos 1930, mas também estavam de acordo com um objetivo mais prático, pois nesse período, Lewis (então *Sir Aubrey Lewis*) estava participando da organização do Glossário Britânico e do Glossário da OMS de termos psiquiátricos.

O Glossário Internacional da OMS, lançado pouco antes de seu falecimento, em fevereiro de 1975, manifestava o reconhecimento do papel desempenhado por *Sir Aubrey Lewis* para que o objetivo de permitir que psiquiatras de todo o mundo, a despeito de sua língua nativa e de sua filiação teórica, pudessem

2. Sua atividade no jornalismo científico começou ainda nos anos 1930. Durante sua vida contribuiu assiduamente em publicações como: *Lancet*, *British Medical Journal*, *Brain*, *Nature*, *Eugenics Review*, *Medical History*, *British Medical Bulletin*, *Journal of Neurology*, *Neurosurgery and Psychiatry*, *British Journal of Medical Psychology*, *American Journal of Psychiatry*, *Times Literary Supplement*, *The New York Review of Books*, entre outros.
3. Essas apresentações foram publicadas em um volume: *The State of Psychiatry: Essays and Adresses*. London: Routledge and Kegan Paul, 1967. Os títulos dão idéia do escopo de seus temas: "Philosophy and psychiatry", "Agents of cultural advance", "Between guesswork and Certainty in psychiatry", "Research and its application in psychiatry", "Empirical or rational the nature and basis of psychiatry".

adotar uma linguagem comum, para que o propósito da comunicação fosse alcançado.

Sobre o artigo “A psicopatologia do insight” e o debate ulterior acerca da noção de *insight* dentro da psiquiatria clínica

O termo *insightless* foi utilizado em um contexto clínico pela primeira vez por Krafft-Ebing, em 1893. Até os primeiros anos do século XIX, questões concernentes ao *insight* ou à apreensão que os mentalmente afetados pudessem ter de seu estado mórbido, não faziam sentido face à visão oficial – dada por Hobbes e Locke – segundo a qual “insanidade” era indissociável da presença de delírios, que por definição excluía qualquer possibilidade de *insight*. Essas questões, até o final do século XIX, pertenceram mais ao campo do Direito – levantadas por advogados, que questionam a noção de insanidade total – que ao da Medicina (Berrios, 1996).

O desenvolvimento de conceitos como *monomania* e *insanidade parcial*, na segunda metade do século XIX, abririam o campo para os primeiros questionamentos sobre a importância clínica de se avaliar as atitudes dos pacientes frente a sua insanidade. No mesmo período foram incorporados à psiquiatria conceitos como “consciência”, introspecção e *self*, fundamentais para a constituição do debate acerca do *insight*.

Jaspers (1979) foi um dos primeiros a examinar a questão do *insight* ressaltando o valor da auto-observação dos pacientes como fonte de conhecimento em relação à experiência psíquica mórbida. Jaspers faz a distinção entre a percepção de estar doente, e o que para ele seria o *insight* propriamente dito, o julgamento que se faz sobre a natureza do adoecimento. Esse julgamento seria influenciado por uma série de fatores que entrariam na própria constituição da personalidade do paciente.

Aubrey Lewis também descreve o *insight* como concernente tanto à detecção pelo paciente, de mudanças em si próprio, quanto ao julgamento dessas mudanças. Em seu artigo “The psychopathology of insight” (Lewis, 1934), não há referências bibliográficas, o que dificulta o traçado de suas “origens”, mas ao longo do texto Lewis menciona alguns autores, entre eles Jaspers. Nos parágrafos introdutórios, Lewis constata: “Insight is not a word of plain and single meaning. (...) In the text-books the diversity of meaning attached to the word appears in the form of discrepant statements and even polemics” (Lewis, 1934, p. 332).

A seguir ele examina alguns dos significados e empregos do termo, procedimento freqüentemente adotado pelos pesquisadores que se dedicaram posteriormente ao estudo do *insight*. Possivelmente Lewis tenha sido o primeiro a explicitar isso que Berrios (1996) chama de “variedade caleidoscópica” do tema *insight*.⁴

Lewis oferece como definição temporária de *insight*: “a correct attitude to a morbid change in oneself” para então discutir cada um desses termos. Em relação à detecção da “alteração”, distingue entre as percepções imediatas do paciente e suas percepções baseadas em dados secundários (expressas pelas diferentes construções “there is a change” e “there must be a change”) e as relaciona a níveis diferentes de *insight*.

Ao contrário das idéias mais prevalentes em sua época,⁵ Lewis defende a possibilidade de existência de *insight* na psicose e faz a importante observação de que a presença ou ausência de *insight* não deve ser um critério de distinção entre psicose e neurose.⁶

Nos últimos vinte anos, após um longo período de poucas publicações sobre o tema, o interesse acerca do *insight* dentro da psiquiatria clínica⁷ reacendeu-se, e “A psicopatologia do *insight*”, de Lewis, tornou-se referência obrigatória.

Em 1990, Anthony David publicou um artigo, seguindo um modelo de análise similar ao de Lewis e adotando uma definição muito próxima da proposta por ele, com o acréscimo da divisão do *insight* em dimensões, uma das quais seria a adesão ao tratamento. O próprio David declara que seu interesse pelo estudo do *insight* surgiu da dúvida a respeito do que colocar sobre o assunto na seção “exame do estado mental”, retomando quase sessenta anos depois a crítica de Lewis à abordagem categorial do *insight* (David, 1999).

O artigo de David suscitou várias cartas e dois editoriais no *Lancet*. O primeiro deles, anônimo, criticava duramente a utilização de instrumentos padronizados de avaliação do *insight* e manifestava a opinião de que em relação

4. Em seu livro sobre a história dos sintomas mentais, Berrios (1996) defende a idéia de que o processo de “construção do sintoma” dentro da psicopatologia resulta de uma convergência entre um termo, um conceito e um determinado comportamento ou conjunto de comportamentos, e que no caso de *insight* essa convergência seria instável.
5. Jaspers (1979), por exemplo, acreditava que o *insight* poderia ocorrer transitoriamente na psicose aguda, mas logo desaparecia com o progredir da doença. Considerava que quando o *insight* persistia, era mais provável tratar-se de um transtorno de personalidade do que de psicose.
6. Lewis foi ainda, provavelmente, o primeiro psiquiatra a enfatizar a analogia entre o comprometimento do *insight* e a anosognosia, condição em que não há reconhecimento de uma alteração funcional (tipicamente uma paralisia), freqüentemente secundária a uma lesão do lobo parietal não-dominante.
7. Dentro da teoria psicodinâmica a discussão continuou, mas de certa forma manteve-se paralela à discussão dentro da psiquiatria clínica (Marková e Berrios, 1992).

às psicoses o estudo do *insight* é “academically nourishing, but clinically sterile” (Anônimo, 1990). Esse editorial reflete dúvidas que ainda não foram de todo dirimidas a respeito da utilidade clínica do conceito. Os estudos empíricos vêm tentando responder a essa questão, procurando relacionar *insight* com gravidade da doença, ajuste social, risco de suicídio, qualidade de vida, adesão ao tratamento e comprometimento neurocognitivo. Os resultados mostram-se, todavia, muito contraditórios. Isso decorre, em parte, da utilização de diferentes definições de *insight*, geralmente refletindo as próprias concepções dos autores, o que torna difícil extrapolar os resultados desses estudos e assumir que todos eles estejam lidando com o mesmo conceito (Marková e Berrios, 1995). A polêmica anunciada por Lewis ainda persiste.

Em 1992, foi a vez de Marková e Berrios trazerem a público o seu *The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry*, no qual os autores discutem a constituição do *insight* como conceito e sua validade como conhecimento inferencial acerca da compreensão dos pacientes sobre sua doença. Em artigo subsequente, esses autores partem de uma discussão em que diferenciam *insight* enquanto conceito e enquanto fenômeno – em perspectiva ontológica e epistemológica – para proporem um modelo conceitual de *insight* como uma estrutura com diferentes níveis (Marková e Berrios, 1995). Nesse modelo é possível identificar ecos de idéias presentes no artigo de Lewis: a proposição de que o reconhecimento dos sintomas e sua atribuição corresponderiam a níveis distintos de *insight*; a sugestão de que para cada atividade mental haveria um processo concomitante de observação e registro de suas qualidades.⁸

Esses artigos retomam a discussão iniciada por Lewis e corroboram a necessidade, já apontada por ele em 1934, de mais estudos conceituais que possam servir de base aos estudos empíricos.

Joseph McEvoy e Amador Xavier⁹ são outros estudiosos do tema que se destacam pelo número e impacto de suas publicações. Todos os autores mencionados foram unânimes em afirmar a necessidade de instrumentos de avaliação padronizada do *insight* e todos trataram de desenvolver seus próprios instrumentos.¹⁰

8. “I would only emphasize the possibility that with every mental activity – or act – there is an observing and registering of its apprehended quality apart from the material upon which the function in question is exercised” (Lewis, 1934, p. 333).
9. Xavier F. Amador e Anthony S. David (1998) são os editores de um livro que reúne capítulos escritos pelos pesquisadores mais proeminentes do tema, abordando os avanços dos estudos sobre *insight* na perspectiva de uma ampla gama de disciplinas.
10. McEvoy, *Insight and Treatment Attitude Questionnaire – ITAQ*; David, *Schedule for Assessing the Components of Insight – SAI*; Amador, *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder – SUMD*; Marková e Berrios, *Insight Scale*. Para uma revisão sobre instrumentos de avaliação de *insight* consultar o artigo de Sanz (1998).

No entanto, algumas questões levantadas por Lewis, em 1934, permanecem em aberto, como, por exemplo, a da aplicabilidade do conceito a condições como transtorno obsessivo-compulsivo, depressão, quadros conversivos, entre outras, já que até o presente os estudos têm se concentrado quase exclusivamente na avaliação do *insight* em pacientes psicóticos. A despeito disso, a avaliação do *insight* (qualquer que seja a compreensão que se tenha do conceito) continua a fazer parte da prática clínica psiquiátrica como bem o atesta a presença do item *insight*, ao lado de outros como “memória”, “percepção”, “humor e afeto”, entre os domínios-padrão do exame do estado mental segundo as recomendações do recente *International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)*, da Associação Mundial de Psiquiatria (Mezzich et al., 2003).

Referências

- AMADOR, X.J. e DAVID, A. S. *Insight and Psychosis*. New York: Oxford University Press, 1998.
- ANÔNIMO. Real Insight (editorial). *Lancet*, 336, 408, 1990.
- DAVID, A. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, v. 156, p. 798-808, 1990.
- _____. “To see ourselves as others see us”: Aubrey Lewis’s insight. *British Journal of Psychiatry*, v. 175, p. 210-14, 1999.
- BERRIOS, G. E. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Reino Unido: Cambridge University Press, 1996.
- JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. 2 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu, 1979. p. 502. v. 1.
- LEWIS, A. The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, v. 14, p. 332-48, 1934.
- MARKOVÁ, I. S. e BERRIOS, G. E. The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, v. 161, p. 850-60, 1992.
- _____. & _____. Insight in clinical psychiatry – A new model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 183, n. 12, p. 743-51, 1995.
- MEZZICH, J. E.; BERGANZA, C. E.; VON CRANACH et al. (eds.) Essentials of the World Psychiatric Association’s International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA). *The British Journal of Psychiatry*, v. 182 (suppl. 45), p. 37-66, 2003.
- SANZ, M; CONSTABLE, G. LOPEZ-IBOR et al. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*, 16 S(suppl. 10) 1-31, 1998.
- SHEPHERD, M. A representative psychiatrist: the career, contributions and legacies of Sir Aubrey Lewis. *Psychological Medicine*, v. 16 (suppl. 10), p. 3-31, 1986.