

## A DISPUTA ACERCA DOS TRANSTORNOS DE ADIÇÃO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A *HARMFUL DISFUNCTION ANALYSIS* DE JEROME WAKEFIELD

LUÍSA CAROLINE DA SILVEIRA POGOZELSKI<sup>1</sup>; JULIANO SANTOS DO CARMO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [luisa\\_csp@hotmail.com](mailto:luisa_csp@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [juliano.ufpel@gmail.com](mailto:juliano.ufpel@gmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

Jerome Wakefield é um autor proeminente do campo da Filosofia da Psicopatologia. Ele apresenta a perspectiva da *Análise da Disfunção Prejudicial* (no inglês, *harmful disfunction analysis* ou HDA), a qual pretende oferecer uma base naturalista para a definição do que seja um transtorno mental (encontramos sua argumentação sobretudo em 1992a, 1992b, 1999). Segundo a HDA, podemos definir o que é um transtorno a partir de dois componentes: o da disfunção de uma função natural (o que o autor argumenta que é algo “puramente factual”); e o componente do prejuízo, no sentido de que a disfunção em questão é danosa para quem a possui.

Com relação a alguns transtornos específicos, quais sejam, os transtornos de adição<sup>1</sup>, sua teoria entra em conflito com ambas as correntes de uma disputa: a perspectiva do *National Institute on Drug Abuse* (o “NIDA”) (2021; VOLKOW; KOOB; MCLELLAN, 2016) e a do neurocientista Marc Lewis (2015). À luz dos dados científicos mais atuais acerca do que ocorre quando da manifestação destes transtornos, a própria perspectiva do autor levaria, por consequência de suas premissas, à desqualificação da adição enquanto transtorno.

Tendo em vista que Wakefield deseja defender que há sim a categoria dos transtornos de adição, o autor precisa responder às duas correntes conflitantes e conciliar a HDA com a perspectiva científica recente dos transtornos de adição (discussão que ele traz nos seguintes trabalhos: 2017a; 2017b; 2020). Esta pesquisa teve por objetivo fazer uma apreciação de como o teórico lida com estes problemas, se sua caracterização dos transtornos de adição é convincente, quais são as concessões por ele feitas para acomodar estes transtornos em sua perspectiva, e quais são os comprometimentos com isto gerados.

### 2. METODOLOGIA

A metodologia empregada neste trabalho deu-se pela interpretação, análise e confrontamento dos argumentos trazidos pelos textos filosóficos dos autores referidos. Também nos apoiamos na literatura clínica e científica, como as publicações de neurociências e manuais clínicos de psiquiatria.

---

<sup>1</sup> Anteriormente dizia-se “vício”, ou então alcoolismo (vício em álcool), por exemplo. Com o tempo, deu-se preferência para outros termos, para uma conotação menos estigmatizadora, como “dependência química” ou “dependência de substâncias”. No entanto, ainda que no português não seja muito recorrente, preferimos traduzir como “adição”. Também porque “dependência” não traria a melhor conotação. “Abuso” também não seria tão interessante, pois relaciona-se muito ao uso demais de substâncias, enquanto a *adição* denota uma forma de vício, independente de qual seja seu objeto (podem ser jogos, uso da internet, compras), sem trazer a carga moral que a palavra “vício” traz.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo da análise desta disputa, pudemos notar que o programa neokræpeliano nem sempre dá conta de explicar todos transtornos mentais, pois alguns requerem referências a conteúdos psicológicos. Localizar o transtorno no cérebro, e descrevê-lo em termos fisiológicos são coisas diferentes, e a visão de que o transtorno da adição deve ser estudado pela busca do dano aos tecidos tem se mostrado bastante limitada.

Nenhum dos lados da disputa NIDA vs. seus críticos está inteiramente correto. A adição não é um transtorno *cerebral*. Porém, ainda se trata de um transtorno, e os problemas relacionados a forma com que socialmente lidamos com adictos não parecem ser solucionados pela dissolução da adição enquanto transtorno. Ao concebê-la como mera conduta infeliz, de escolhas malfadadas, os indivíduos que sofrem com ela não necessariamente ganharão maior autonomia sobre suas vidas. Se há condutas terapêuticas que não refletem a soberania da pessoa sobre sua própria vida e opções de tratamento, este é um problema pontual destas condutas, o que não necessariamente compromete todo tipo de tratamento voltado para a adição.

A questão do julgamento não só de adictos, mas de pessoas com transtornos mentais no geral, as quais são frequentemente estigmatizadas, provavelmente não se resolverá através de uma caracterização certeira do que está ocorrendo no cérebro destas pessoas. Até porque o domínio moral e o domínio da saúde mental possuem bases distintas para a formação de juízos, ainda que fenômenos possam pertencer aos dois domínios simultaneamente.

Como afirma Wakefield (2017a, p.48), instituições como o NIDA, a AMA (*American Medical Association*) e a ASAM (*American Society of Addiction Medicine*) guiam-se pelo suposto de que a adição é algo relacionado unicamente a substâncias. Porém, documentos como o DSM já falam de diferentes adições, as quais parecem constituir-se de maneira muito similar à adição em substâncias, ainda que seus objetos não sejam “ingeridos” pelo indivíduo (há uma demanda pela pesquisa de possíveis adições em pornografia, sexo, tecnologias e jogos pela internet). Estes casos tornam urgente a revisão da concepção médica da adição, a qual encontra-se engessada na ideia de *transtorno cerebral*, notavelmente defasada. “Vícios comportamentais podem ser tipos naturais diferentes de vícios em substâncias, frustrando as esperanças dos proponentes da doença cerebral em uma teoria universal do vício” (WAKEFIELD, 2017a, p.48, tradução nossa).

Ao longo de sua argumentação, Wakefield manteve que a adição se trata de um transtorno o qual, pelo que nossas melhores evidências indicam, não possui “marcador biológico”, pois não se trata de um “transtorno do cérebro”. Ele apresentou explicações de mecanismos ao nível psicológico (que não podem ser descritos ao nível de fisiologia cerebral), que podem ser qualificados como possuindo funções (de acordo com sua própria definição de “função”). Por fim, para que a adição pudesse caracterizar um transtorno, ele teve de admitir que a disfunção não estava presente nesse caso, e o sequestro de um mecanismo (somado ao prejuízo causado pela adição) parece ser o suficiente para caracterizá-la como transtorno. Ele defendeu, portanto, que vício é um transtorno motivacional real para o qual não há disfunção subjacente ao nível neurológico ou psicológico.

A adição parece se tratar de um transtorno mental que nos leva a explicações que tomam caminhos “nãoortodoxos” – sobretudo para a HDA. A argumentação de Wakefield no que tange ao transtorno de adição, mostra-se bem embasada. No entanto, ela traz problemas para a HDA, acarretando comprometimentos

e um precedente que enfraquece sua perspectiva. Wakefield precisa admitir a existência de um transtorno cujo processo de desenvolvimento se trata de um aprendizado onde o mecanismo em questão funcionaria “bem demais”, ou seja, não há uma disfunção. É o caso de Wakefield admitir que, de acordo com a HDA, a adição não caracteriza um transtorno, o que poderia indicar que ela se trata de um problema somente da esfera moral. Ou então, sua teoria aceita transtornos sem disfunção (o que quebra com um de seus requisitos), o que faz com que a HDA não pareça mais oferecer a mesma segurança de que condições que não são transtornos sejam assim caracterizadas por mero julgamento valorativo cultural/social.

#### **4. CONCLUSÕES**

Concluímos que Wakefield defende uma versão de transtorno da adição compatível com os dados das pesquisas científicas atuais. Isto contrasta com o *status* da concepção do NIDA, um dos maiores institutos voltados aos transtornos de adição, o qual parece apresentar uma concepção obsoleta do que sejam estes transtornos. Também contrasta com a concepção de Lewis, autor que, nesta discussão, representa os defensores de uma perspectiva do transtorno da adição que auxilie na desestigmatização das pessoas com o transtorno, e que não é capaz de argumentar suficientemente contra a perspectiva que classifica estes quadros enquanto caracterizando transtornos.

No entanto, por mais que Wakefield se sobressaia em sua concepção particular do transtorno da adição, ele abre um precedente de um transtorno que não apresenta disfunção. Este comprometimento nos faz questionar se a HDA, a qual é considerada uma das principais perspectivas do que seja um transtorno mental, é realmente capaz de descrever em condições necessárias e suficientes o que queremos dizer quando utilizamos o termo “transtorno”, pois de acordo com sua definição, os transtornos de adição estariam fora deste grupo.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATIONS. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (5<sup>a</sup> edição).** Porto Alegre: Artmed, 2014.

**BARLOW; DURAND; HOFMANN. Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada.** 3<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

**BOLTON, Derek. What is Mental Disorder: an essay in philosophy, science, and values.** New York: Oxford University Press, 2008.

**FAUCHER, L; FOREST, D. (eds.). Defining Mental Disorder: Jerome Wakefield and His Critics.** Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2021.

**FULFORD; DAVIES; GIPPS; GRAHAM; SADLER; STANGHELLINI & THORNTON (Ed.). The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry.** Great Britain: Oxford University Press, 2013.

**GUZE, Samuel B. Biological psychiatry: is there any other kind?** Psychological Medicine, Vol. 19 (p.315-323), 1989.

KINGMA, Elseline. **Naturalist Accounts of Mental Disorder**. In: FULFORD; DAVIES; GIPPS; GRAHAM; SADLER; STANGHELLINI & THORNTON (Ed.). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Great Britain: Oxford University Press, 2013.

LEWIS, Marc. **Marc Lewis: the neuroscientist who believes addiction is not a disease**. [Entrevista concedida a] Melissa Davey. *The Guardian*, Festival of Dangerous Ideas. Agosto de 2015. Disponível em: <https://www.theguardian.com/culture/2015/aug/30/marcellewis-the-neuroscientist-who-believes-addiction-is-not-adisease> (acesso em março de 2022).

NIDA. **National Institute on Drug Abuse website**. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/>. August 3, 2021 (acesso em dezembro de 2021).

QUEVEDO; IZQUIERDO (orgs.). **Neurobiologia dos Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

VOLKOW; KOOB; MCLELLAN. **Neurobiologic Advances From the Brain Disease Model of Addiction**. *The New England Journal of Medicine* 374, January 2016.

WAKEFIELD, Jerome. **Addiction and the Concept of Disorder, Part 1: Why Addiction is a Medical Disorder**. *Neuroethics Journal*, Volume 10, n 1 (p.39-53), 2017a.

WAKEFIELD, Jerome. **Addiction and the Concept of Disorder, Part 2: Is every Mental Disorder a Brain Disorder?**. *Neuroethics Journal*, Volume 10, n 1 (p.55-67), 2017b.

WAKEFIELD, Jerome. **Addiction from the Harmful Dysfunction Perspective: How There Can Be a Mental Disorder in a Normal Brain**. Elsevier Journal, *Behavioural Brain Research* Vol. 389, April 2020.

WAKEFIELD, Jerome. **Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder**. *Psychological Review*, Vol.99 (p.232-47), 1992a.

WAKEFIELD, Jerome. **DSM-5: An Overview of Changes and Controversies**. *Clinical Social Work Journal*, 41 (p.139–154), 2013.

WAKEFIELD, Jerome. **Dysfunction as a factual component of disorder: Reply to Houts, part 2**. *Behaviour Research and Therapy* 41 (p.969-990), 2003.

WAKEFIELD, Jerome. **Evolutionary Versus Prototype Analyses of the Concept of Disorder**. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, No. 3 (p.374-399), 1999.

WAKEFIELD, Jerome. **The concept of mental disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values**. *American Psychologist*, Vol.47, No.3 (p.373-88), 1992b.