Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental
ISSN: 1415-4714
psicopatologiafundamental@uol.com.br
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Portela Câmara, Fernando
A construção do diagnóstico psiquiátrico
Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 10, núm. 4, diciembre, 2007, pp. 677-684
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018492009

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, dez.2007

A construção do diagnóstico psiquiátrico*

Fernando Portela Câmara

Neste texto abordo a formação do diagnóstico psiquiátrico moderno como uma instância científica, oriunda do pensamento hipotético-dedutivo que inaugurou a linguagem científica no século XIX e a medicina moderna.

Palavras-chave: Diagnóstico psiquiátrico, psiquiatria científica, Kraepelin

* Conferência apresentada na 18ª Jornada Paulo Guedes de Psiquiatria da Fundação Mario Martins, realizada em Porto Alegre, em 28.9.2007.

A partir do século XIX a ciência se estabeleceu definitivamente como paradigma da compreensão do mundo e tudo que existe nele. O impacto dessa nova ordem do saber foi especialmente intenso na medicina com as pesquisas de Pasteur, Koch, Virchow, Helmholtz, Fetchner, Claude Bernard, Biot, e outros.

Fazer ciência é abordar um fenômeno partindo da formulação prévia de uma hipótese para, em seguida, verificar sua utilidade preditiva ao mesmo tempo em que ela é rigorosamente criticada. Esta abordagem ficou conhecida como "método" *hipotético-dedutivo* (Popper, 1959). Uma hipótese é aceita pela sua utilidade em explicar o que se observa e predizer novos fatos. Ela não é uma verdade, mas um modelo mental de compreensão de algo. Uma hipótese alternativa substituirá a anterior se os seus valores explicativo e preditivo forem melhores que os da hipótese anterior. Por outro lado, nem sempre uma hipótese científica é verificável, e então ela permanece como teoria, uma instância provisória. Essas teorias, contudo, recebem sua força na medida em que não são contrariadas, como é o caso da Teoria Darwiniana da Evolução.

Esta forma de saber foi reconhecida, ainda no século XIX, por Wiliam Whewell (Pagels, 1990) como o método mais seguro e útil à ciência. Ele percebeu que os cientistas começam sua investigação formulando hipóteses imaginativas ("conjeturas esclarecidas") e então juntam os fatos que possam servir à sua verificação e crítica. Nas palavras dele, o cientista tem uma "facilidade em formular hipóteses" e isso, longe de constituir um defeito de caráter intelectual do descobridor, é uma "qualidade indispensável ao desempenho de sua tarefa; formular hipóteses e depois desperdiçar muito trabalho e talento em refutá-las quando elas não vingam é prática comum das mentes inventivas". De fato, Whewell antecipou Karl

Popper (1959) ao reconhecer a importância da falsificação, ou seja, que as hipóteses nunca podem ser provadas como verdadeiras, senão apenas como falsas. Claude Bernard, seu contemporâneo e introdutor do método experimental em medicina, tinha a mesma convicção.

O pensamento de Whewell era insuportável para seu contemporâneo Stuart Mill, que desejava ver a luz da razão em todos os feitos humanos, especialmente nas descobertas científicas. Mill defendia que se partirmos dos fatos encontraremos a solução lógica e racional que os explica unitariamente, ou seja, para ele o processo científico era inferencial, e não uma verificação de hipóteses. O trabalho de Mill sobre a lógica do raciocínio indutivo não se sustentou em seus argumentos, hoje irrelevantes, e é impossível chegar a uma conclusão com o método indutivo proposto por ele. Para Whewell, não havia explicação lógica para as descobertas científicas; elas partiam de conjeturas imaginativas ou de uma descoberta acidental. Popper (1959) chamou este raciocínio de hipotético-dedutivo e pôs fim definitivo à busca dos filósofos por uma certeza nas teorias das ciências naturais. Todas as teorias são, necessariamente, provisórias e, num sentido absoluto, "falsas", pois jamais podem ser verificadas, senão apenas substituídas por outra "mais confiável". Com isso, terminou a crença platônica de que as leis naturais eram imutáveis e estavam gravadas eternamente nas tábuas do Universo.

Por que, então, as teorias científicas funcionam? Heinz Pagels (1990) explica que isto acontece porque o universo é de alguma forma ordenado, e por isso pode ser conhecido por uma mente ordenada. Até mesmo uma doença mental tem sua ordem e pode ser conhecida e, portanto, classificada.

Ainda que uma hipótese ou uma teoria seja falsa, ela pode nos conduzir a conseqüências verdadeiras, e é este poder que dá à ciência o seu estatuto único. Algumas vezes esta verdade pode ser uma construção, como nas teorias e hipóteses da História, concebidas a partir de fatos e relatos; mas ela pode ser também uma possível verdade, que muda e se aperfeiçoa por seleção de provas e idéias à medida que vai se confrontando. A ciência é progressista, evolui e se aperfeiçoa continuamente.

A ciência do diagnóstico psiquiátrico

O diagnóstico psiquiátrico é fruto desta corrente que se movimentou vigorosamente no século XIX cristalizando o estatuto da ciência e da qual a medicina moderna recebeu seu impulso. A psiquiatria resistia mantendo uma estrutura baseada em sintomas que não mais se sustentava; era necessário uma mudança de paradigma. Alguns eminentes psicopatologistas, como Khalbaum e Hecker, cla-

mavam por uma psiquiatria baseada no método clínico, o estatuto científico da medicina. A classificação baseada em sintomas tornara-se complicada, confusa e inútil, variando de escola para escola. Por exemplo, sob o rótulo de *psicoses*, colocavam-se todas as doenças mentais que apresentassem este sintoma. Não havia uma definição clínica baseada em hipóteses verificáveis que definisse doenças biologicamente específicas e possibilitasse o avanço da pesquisa farmacológica, eliminasse vieses culturais e sociais, e uniformizasse as observações possibilitando conhecer a distribuição e prevalência das doenças mentais.

Vejamos brevemente o que é o método clínico. O paciente procura o médico com um conjunto de queixas. Este o entrevista, ordena seus sintomas e faz perguntas adicionais. Então formula sua hipótese diagnóstica e a confirmará através de sinais específicos ou marcadores biológicos determinados no laboratório. Esta tarefa – dizer se o paciente está doente ou não e classificar sua doença – é do médico. Em seguida, este explicará ao seu paciente como a doença poderá evoluir e os malefícios que isto trará, e o convida a interromper este curso fatídico através de um tratamento específico, concluindo o ato médico. Este procedimento caracteriza a medicina dita científica. Mesmo que o médico não reconheça uma doença previamente classificada a partir dos sinais e sintomas do seu paciente, ainda assim ele pode formular uma hipótese diagnóstica, pois dispõe de conhecimentos científicos para tal (fisiopatologia, toxicologia, microbiologia, psicopatologia etc.). Esta hipótese será verificada por meio de parâmetros clínico-laboratoriais e farmacológicos.

Coube a Emil Kraepelin (1856-1926) reformular a psiquiatria observando como os sintomas se organizavam para formar doenças mentais específicas, caracterizando padrões ou síndromes (complexos sintomáticos) que permitiam um diagnóstico preciso (Kraepelin, 2006a). Ele partiu de estudos transversais para definir esses padrões, e de estudos retrospectivos e prospectivos para caracterizar as evoluções. Kraepelin iniciou sua pesquisa sistematicamente definindo parâmetros e mensurando-os estatisticamente. Assim, ele caracterizava a faixa etária em que certos quadros costumavam aparecer, sua prevalência, estabilidade dos complexos sintomáticos, efeito na linha de vida do doente etc. Também verificou e analisou dados e observações de outros pesquisadores. Deste modo, rompeu com o método sintomático e inaugurou o método clínico na psiquiatria, aperfeiçoando-o nas oito edições sucessivas (de 1883 a 1915) do seu livro (Kraepelin, 2006a).

Analisando a obra de Kraepelin, vemos que ele partiu de três hipóteses complementares para reformular a psiquiatra nas bases atuais. A primeira e segunda hipóteses estabeleciam que a doença era definida por um padrão de sintomas que evoluía conjuntamente também de acordo com um padrão. Essa abordagem, já preconizada por Khalbaum e Hecker, foi somente verificada por Kraepelin, que provou existir doenças mentais com características biológicas

próprias e isto foi uma revolução que estabeleceu definitivamente as bases científicas da psiquiatria (Câmara, 2007). Nas palavras de Brockington e Leff (1979): "Kraepelin extraiu a demência precoce e a psicose maníaco-depressiva de uma massa amorfa de loucura" (p. 364).

A terceira hipótese, contudo, permanece sendo o problema essencial da psiquiatria. Esta hipótese estabelece que as síndromes específicas possuem um substrato anatomopatológico ou fisiopatológico. A verificação desta hipótese foi objeto de intensas e repetidas pesquisas laboratoriais de Kraepelin e seu colega Alois Alzheimer. No curso destas investigações, descobriram o substrato anatomopatológico da demência senil, que foi rebatizada como demência de Alzheimer. Contudo, os substratos físicos da demência precoce, da psicose maníaco-depressiva ou de outros transtornos jamais foram encontrados.

A não verificação da terceira hipótese, conceitualizadora da causalidade da doença mental, contudo, não desafiava a hipótese nula. Charcot já havia chegado à mesma encruzilhada quando, investigando a histeria, declarou-a uma doença *sine materiae*, abrindo caminho para a interpretação dinâmica ou psicogênica. Kraepelin então introduziu estudos genéticos, epidemiológicos e antropológicos para justificar o caráter científico de suas descobertas. Estabeleceu o estudo sistemático dos heredogramas dos doentes mentais, encontrando significativos achados na psicose maníaco-depressiva e na demência precoce e, deste modo, criando a genética psiquiátrica. Ao mesmo tempo empreendeu estudos de verificação destas doenças nas diferentes culturas do mundo, provando-as universais. Ora, estas síndromes por si só são estáveis o suficiente para serem nomeadas e reconhecidas mesmo que apresentem variações (Câmara, 2005).

Kraepelin não aceitava a hipótese dinâmica dos transtornos mentais pelo simples fato de não ser verificável. Assim, ele insistiu na existência de uma etiologia positiva que os métodos da época não conseguiam alcançar. Por exemplo, considerou a demência precoce o resultado de uma auto-intoxicação, que supunha ser originária das glândulas sexuais após a puberdade (Kraepelin, 2006b, p. 71-73).

Bleuler revisou o conceito de *dementia praecox* e substituiu o termo pela palavra esquizofrenia. Entretanto, os estudos de Bleuler são apenas observacionais e transversais. Além disso, ele não usou amostras puras, mas amostras diferentes das que Kraepelin usara, e assim não trabalhou nas mesmas condições em que Kraepelin definiu a demência precoce. O método e os resultados de Kraepelin, por serem rigorosamente científicos, permanecem ainda hoje como paradigmáticos em psiquiatria.

O diagnóstico estatístico

Em seus estudos Kraepelin introduziu métodos de mensuração para caracterizar e comparar diferentes quadros. Ele iniciou o critério estatístico como meio de caracterizar as síndromes, já que o marcador biológico conceitualizador não era ainda conhecido. Não há outra maneira de diagnosticar ou estabelecer hipóteses clínicas sem estes critérios.

A psicanálise atraiu muitos psiquiatras devido à sua hipótese etiológica, um modelo dinâmico que suprimia o biológico, mas não teve uma resposta tão eficiente quanto sua teoria. Ainda assim, as idéias da psicanálise influenciaram a classificação de doenças mentais: o DSM-I em 1952 e o DSM-II em 1968.

Em 1972, com o objetivo de avaliar o efeito das intervenções terapêuticas no curso das doenças mentais, foi criado o Research Diagnostic Criteria, ou RDC. Este grupo selecionou amostras "puras" para seu objetivo, que era especificamente a pesquisa farmacoterápica, e não a classificação das doenças mentais. Este empreendimento foi realizado segundo a metodologia e princípios de Kraepelin, e por isso este grupo se autodenominou neo-kraepeliniano. Posteriormente, criou-se o Early Clinical Drug Evaluation Unit, no qual a avaliação das intervenções psicofarmacológicas eram quantificadas com auxílio de escalas, questionários e testes, aos quais se ajuntaria o Clinical Global Impression, que avalia a impressão clínica do psiquiatra assistente. Estes esforços acabaram por influenciar a moderna classificação das doenças mentais, fazendo surgir o DSM-III e, inspirado neste, a CID-10.

O retorno da psiquiatria ao método kraepeliniano consolidou a estrutura diagnóstica num método clínico estatístico, estabeleceu uma classificação uniforme que serve como instrumento de pesquisa e epidemiológico, e hoje é fruto de um consenso internacional. Há muita crítica a este método, porém não existe alternativa melhor, sendo a melhor política aperfeiçoar o método e reduzir seus vieses sociais e o erro padrão.

A classificação que ora vem sendo desenvolvida no DSM tem poder preditivo e sua replicabilidade depende da capacidade de entendimento do usuário. Este deverá pesar os critérios segundo seu entendimento de psicopatologia. Ao contrário do que alguns pensam, o DSM-IV ou a CID-10 não abole a psicopatologia, sendo esta necessária ao entendimento da formação das categorias diagnósticas, estabelecendo os elementos de valor para decidir o diagnóstico.

Conclusão

A inauguração do diagnóstico psiquiátrico por Kraepelin foi a instância científica que não apenas revolucionou a psiquiatria moderna, trazendo-a para a clínica médica, como também foi uma inovação no diagnóstico das doenças mentais que se aperfeiçoou até nossos dias. O diagnóstico psiquiátrico moderno é ao mesmo tempo descritivo e evolutivo, biológico e epidemiológico, psicológico e social, favorecendo ainda critérios fenomenológicos para o tratamento.

Referências

Brockington, I.F.; Leff, J. P. Schizo-affective psychosis: definitions and incidence. *Psychological Medicine*, n. 9, p. 91-9, 1979.

Câmara, F. P. Estabilidade estrutural e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, p. 346-55, jun.2005.

____ A catástrofe de Kraepelin. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, n. 2, p. 307-18, jun.2007.

Kraepelin, E. *Obras de Kraepelin*. 4 volumes: A demência precoce (1ª Parte); A demência precoce (2ª Parte); Parafrenia, A psicose maníaco-depressiva; A paranóia – Lições clínicas. Lisboa: Climepsi, 2006a.

____ A demência precoce (2ª Parte) e Parafrenia. In: *Obras de Kraepelin*. Lisboa: Climepsi, 2006b. v. 2, p. 71-3.

Pagels, H. R. *Os sonhos da razão*. Tradução J. L. Lima. Lisboa: Gradiva, 1990.

Popper, K. *The Logic of Scientific Discovery*. Londres: Hutchinson, 1959.

Resumos

En este texto abordo la formación del diagnóstico psiquiátrico moderno como una instancia científica, oriunda del pensamiento hipotético-deductivo que inauguro el lenguaje científico científica en el siglo 19 y la medicina moderna.

Palabras claves: Diagnosis psiquiátrica, psiquiatría científica, Kraepelin

Cet article porte sur la formation du diagnostic psychiatrique moderne en tant qu'instance scientifique qui dérive de la pensée hypothétique-déductive et qui est à

l'origine du langage scientifique au XIX siècle et de la médecine moderne.

Mots clés: Diagnostic psychiatrique, psychiatrie scientifique, Kraepelin

In this article, modern psychiatric diagnosis is presented as a scientific device deriving from hypothetical-deductive thought that introduced scientific language and modern medicine in the 19th century.

Key words: Psychiatric diagnosis, scientific psychiatry, Kraepelin

Fernando Portela Câmara
MD, PhD; professor associado, SEDI-IMPPG-Universidade Federal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, RJ, Brasil)
Rua Pinheiro Machado, 25/405
22231-090 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
e-mail: fp3camara@yahoo.com.b

Versão inicial recebida em outubro de 2007
Versão aprovada para publicação em novembro de 2007