

Epistemologia da psiquiatria: Uma reflexão sobre o conceito de doença mental

Epistemology of Psychiatry: A reflection on the concept of mental illness

Pedro Samaia de Castro, Ariel Cesar de Carvalho, Durval Mazzei Nogueira
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

A psiquiatria possui como objeto de estudo a doença mental e os "sintomas mentais", porém a forma como estes são definidos oscila ao longo da história. Este trabalho visa discutir a epistemologia da psiquiatria através de alguns aspectos filosóficos e históricos trazendo a discussão ao paradigma vivido atualmente. A hegemonia de sistemas classificatórios como o DSM-V e a CID-11 criam uma visão limitada frente à heterogeneidade das síndromes psiquiátricas e ao seu desenvolvimento. Leva em conta somente o aspecto sintomatológico e não considera diferentes formas de formação desses sintomas. O modelo de estudo é uma revisão narrativa de estudos com o objetivo de levar a uma reflexão e conceituação de alguns conflitos existentes no paradigma psiquiátrico atual. A predominância dos modelos ditos atóricos e o conflito com outras formas de se produzir conhecimento dentro da psiquiatria demandam uma ampliação da discussão da natureza híbrida dos sintomas psiquiátricos.

Descritores: Psiquiatria; conhecimento da psiquiatria; sintomas psíquicos; transtornos mentais; transtornos mentais/diagnóstico.

ABSTRACT

Psychiatry has mental illness and "mental symptoms" as its object of study, however, the way these are defined has fluctuated throughout history. This work aims to discuss the epistemology of psychiatry through some philosophical and historical aspects, bringing the discussion to the current paradigm. The hegemony of classification systems such as DSM-V and ICD-11 create a limited view of the heterogeneity of psychiatric syndromes and their development. It takes into account only the symptomatological aspect and does not consider different forms of formation of these symptoms. The study model is a narrative review of studies with the aim of leading to a reflection and conceptualization of some existing conflicts in the current psychiatric paradigm. The predominance of so-called atheoretical models and the conflict with other ways of producing knowledge within psychiatry demand an expansion of the discussion of the hybrid nature of psychiatric symptoms.

Keywords: Psychiatry; knowledge of psychiatry; psychic symptoms; mental disorders; mental disorders/diagnóstico.

Correspondência:

Pedro Samaia de Castro
E-mail: pedro.samaia.castro@gmail.com
Data de submissão: 09/02/2023
Data de aceite: 27/02/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual
"Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino -
CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A psiquiatria tem seu objeto de estudo definido como a doença mental ou em um nível abaixo de definição os “sintomas mentais”. Ao longo da história a relação entre a doença mental e a psiquiatria tem oscilado e mudado conforme o pensamento da época. Pode-se remontar a Hipócrates e a teoria dos humores, termos usados atualmente na descrição de características mentais (como melancólico e fleumático, cuja origem estaria em excessos respectivamente de bile negra e amarela no organismo). O objetivo do trabalho apresentado é o de discutir a epistemologia da psiquiatria e alguns aspectos históricos e filosóficos com um olhar aos paradigmas enfrentados atualmente.

A epistemologia é definida de uma forma geral como o estudo dos postulados e bases teóricas que sustentam uma prática ou saber científico. A partir dessa descrição passa a ser importante avaliar a definição de doenças mentais como um objeto de estudo híbrido e complexo. Segundo Marková e Berrios,¹ o estudo das doenças mentais necessariamente precisa combinar diferentes áreas do conhecimento que não seguem regras epistemológicas compatíveis, como exemplo a biologia e a antropologia, sendo assim preciso a adaptação desse objeto.

Pode-se considerar a mudança recente na nosologia psiquiátrica, o desenvolvimento do DSM-II (Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais), como uma mudança na forma de se diagnosticar e, portanto, categorizar as doenças mentais. A publicação em 1980 da terceira revisão do DSM marcou uma mudança do modelo psicossocial da psiquiatria para um modelo unificado de diagnóstico com critérios definidos para a caracterização de transtornos mentais (“DSM-III and the transformation of American psychiatry”, Wilson (1993)². A principal mudança associada ao novo código era a sua padronização de conceitos

e diagnósticos. Anteriormente ao seu desenvolvimento a psiquiatria se baseava em um modelo psicossocial para o diagnóstico e tratamento das doenças mentais, o que gerava críticas e pressões de diferentes setores da sociedade (aqui cita-se principalmente a sociedade americana do século XX) quanto aos tratamentos utilizados, sua eficácia e a atuação do profissional. Ao propor a unificação das doenças mentais sob uma mesma psicopatologia e de critérios definidos a partir de estudos epidemiológicos de associação de sintomas e a sua coexistência como o cerne da criação das síndromes psiquiátricas o DSM é considerado um material ateuórico. Este fato é questionado na literatura².

Essa heterogeneidade de teorias envolvendo as doenças mentais resulta em uma produção de conhecimento na psiquiatria mais frágil e com maiores lacunas. Levando em conta o exposto, este estudo pretende discutir algumas consequências dessas fragilidades assim como elas se mostram na prática e teoria de pesquisa na psiquiatria.

Os sintomas mentais são fenômenos heterogêneos, considerando a formação dos sintomas psiquiátricos segundo Berrios³ em que a manifestação de sintomas mentais segue cursos diferentes dependendo de qual categoria é usada. A teoria proposta é de que para a formação de um sintoma psiquiátrico uma série de estágios deve ser cumprida. Estes estágios se originam em um estímulo cerebral não consciente, passa a ser percebido pelo indivíduo, formulado e processado de acordo com as possibilidades de cada um. Após esse processamento ele se torna um conceito e então é expresso por meio de palavras ou atos para um observador externo. Esse processo é observado e julgado de trás para frente, sendo o primeiro estágio observado a fala e a interpretação desta fala em um meio cultural comum entre o indivíduo que fala e o observador, que então elabora estas queixas em conceitos que ele mesmo possui.

Pode-se considerar então que os sintomas relatados já são construídos pelo indivíduo ao falar, por exemplo, ao se sentir cansado, com lentificação psicomotora ou pensamentos mais lentificados a pessoa já faz uma associação com o conceito de depressão e comunica ao observador “estou deprimido”. Essas construções apresentam-se com graus diferentes de intensidade de construção consciente. A pressão de fala de um maníaco não tem o mesmo processamento da culpa de um paciente melancólico.

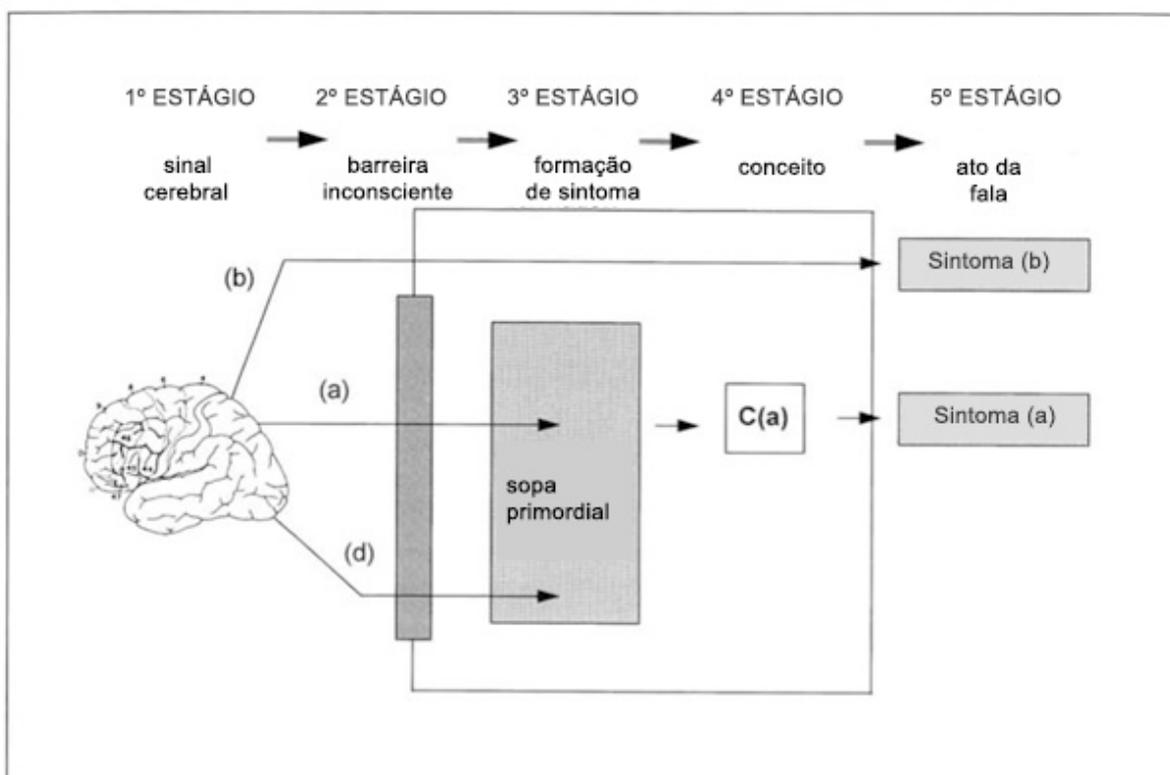


Figura 1 - Construções primárias. a = Construção primária da sopa primordial; b = o sinal ignora a consciência (do tipo ‘conhecimento implícito’); d = a sopa primordial não é conceituada.

Por isso Marková e Berríos⁴ utilizam diferentes vias em que esses fenômenos ocorrem em diferentes intensidades. Seguindo a figura 1 a via “a” corresponde à criação completa do sintoma, desde o estímulo cerebral, a sua conceptualização dentro das possibilidades de interpretação dentro da “sopa primordial” (esta “sopa” consistiria nas diferentes possibilidades de associação do estímulo originário moldada pelas experiências, vivências e alterações, as quais aquele indivíduo foi submetido ao longo da vida), a conceituação deste sintoma dentro de um conceito e por fim a emissão desse conceito por meio da fala.

Na segunda via determinada pela letra “b”, o sintoma mostra-se como um correlato direto do estímulo cerebral sem passar por conceituação ou percepção do indivíduo. Seria semelhante à taquilalia presente em um episódio maníaco ou lentificação psicomotora em episódios depressivos graves. Estas duas vias não consistem em uma dualidade ou de forma binária mas sim como pólos de um contínuo em que podem ocorrer intensidades variáveis de percepção.

Por fim a última via “d” ocorre quando um estímulo cerebral é percebido pelo indivíduo, porém este não é capaz de criar um conceito desta sensação ou alteração sensorial e dessa forma não consegue transmitir essa percepção através da fala. A forma mais presente desta via de sintomas seria no Trema, o período do início de uma psicose onde o indivíduo tem uma forte sensação de angústia e desconforto associada ao sentimento de que algo está errado, porém

sem ainda estruturar delírios ou alucinações ao redor desta sensação. Seria neste momento em que se pode avaliar o estímulo cerebral sem alterações.

No entanto, há alguma divergência. Em outro artigo, *Delusions as “Wrong Beliefs”: A Conceptual History* (1991)⁵, ao discutir sobre a formação de delírios e a sua legitimação lógica, Berrios contesta o pressuposto de que todo ato de fala carrega conteúdo a ser analisado. Em sua descrição ele discute que a formação do delírio não segue as mesmas etapas lógicas de uma crença sendo assim um processo separado sem objetivo de transmitir conteúdo⁵.

Esta concepção do sintoma psiquiátrico permite que um mesmo estímulo gere diferentes apresentações. A partir do momento em que o estímulo orgânico deve ser processado em diferentes maneiras e estágios há um aumento das possibilidades de resultados e permutações do resultado. Estas diferentes apresentações são chamadas de fenótipos comportamentais. A depender da interpretação do sujeito e a forma como ele irá falar sobre as suas sensações altera-se a codificação e a interpretação do observador frente ao exposto em graus diferentes. Por exemplo, um sujeito pode mostrar-se com aumento da psicomotricidade, alteração da forma do pensamento e pressão de fala. Mas se este não tiver uma capacidade de transmitir os conceitos sobre o que ocorre com ele naquele momento seria muito difícil para o observador chegar a uma conclusão do que se passa. Uma possibilidade torna-se analisar o conteúdo da fala, “estou assim por que o meu aluguel irá vencer e não tenho dinheiro”, “estou assim por que me prenderam contra a minha vontade neste hospital, sou importante demais para estar aqui, Deus me escolheu como seu mensageiro”, “estou assim por que meu vizinho quer me matar”.

Para dar conta desta estrutura, o pensamento complexo apresentado por Morin (2001)⁶ em *Introdução ao pensamento Comple-*

xo, ajuda a formular bases epistemológicas para o seu funcionamento. Edgar Morin, pseudônimo de Edgar Nahoum, define o pensamento complexo como a forma de dar conta de problemas impossíveis de compreender sem levar em conta seus opostos e movimentos. Em seu livro Morin começa a discussão com seguinte trecho⁶:

Qualquer conhecimento opera por seleção de dados significativos e rejeição de dados não significativos: separa (distingue ou disjunta) e une (associa; identifica); hierarquiza (o principal, o secundário) e centraliza (em função de um núcleo de noções-chave); essas operações, que se utilizam de lógica são de fato comandadas por princípios “supralógicos” de organização do pensamento ou paradigmas, princípios ocultos que governam nossa visão das coisas e do mundo sem que tenhamos consciência disso.

Em sua citação o filósofo dá ênfase em processos simplificadores do conhecimento como necessidade epistemológica de sua organização. Como já foi discutido houve mudanças tanto do foco como da centralização do conhecimento da psiquiatria após o DSM-III, ao sair de bases psicanalíticas e psicossociais e adentrar em bases empíricas e supostamente ateóricas. Porém, acaba-se por sair de um problema para entrar em outro já que a construção do conhecimento não mudou permanecendo com as mesmas falhas de antes. Um modelo cuja capacidade de conter a complexidade das vivências humanas acaba, na verdade, limitando-as³.

As origens da distinção e dualidade do objeto de estudo da psiquiatria tem suas origens em Descartes. Como cita o filósofo:

Vivemos sob o império dos princípios de disjunção, de redução e de abstração, cujo conjunto constitui o que chamo de “paradigma da simplificação”. Descartes formulou este paradigma essencial do Ocidente, ao separar o sujeito pensante (ego cogitans) e a coisa entendida (res extensa), isto é, filosofia e ciência, e ao colocar como princípio de verdade

as idéias “claras e distintas”, ou seja, o próprio pensamento disjuntivo.

Os conceitos propostos são utilizados como base para o pensamento complexo, o princípio dialógico, princípio recursão organizacional e o princípio hologramático. O princípio dialógico se opõe à noção proposta da dialética em que a interação entre conceitos de diferentes sairia uma síntese. Ele defende que a formulação destes conceitos originais sairia não uma terceira idéia, mas que os conceitos são dependentes um do outro para sua existência e estão em diálogo frequente entre si. O DNA gera proteínas dentro de uma célula que por sua vez produz mais DNA e assim não há um mecanismo sem o outro estar ativo. O princípio da recursão organizacional define que a formação dos conceitos não é linear, mas sim, o resultado final afeta o processo de sua própria criação, de maneira a criar uma recursividade entre o objeto formado e a sua própria criação. Esse princípio aplica-se por exemplo à formação da sociedade em que indivíduos compõe a sociedade ao mesmo tempo em que a sociedade é criada pelos indivíduos que ela mesma gera, criando assim um ciclo de transformações. O último princípio, hologramático, supõe que da mesma forma que as partes compõem o todo e o definem, o todo deve ser considerado como algo a mais do que a soma de suas partes. Da mesma forma que a consciência pode ser dividida em seus constituintes do estado psíquico, porém a totalidade do estado psíquico não pode ser resumida à soma das suas partes.

O uso desses princípios pode ser usado para criar um sistema aberto, em que o sistema em si depende de objetos que se inserem fora do próprio sistema. O paradigma para exemplificar um sistema aberto é a célula. Esta possui um DNA no seu centro, um maquinário celular composto de suas organelas e meio interno, uma diferenciação do meio externo por meio de uma barreira semi permeável e dependência do meio externo

para poder se constituir como tal e sobreviver como um sistema aberto simplificado.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de busca em livros e artigos científicos que apresentassem discussões acerca da epistemologia da psiquiatria objetivando reunir em um trabalho informações gerais e pontuais sobre o tema a ser estudado. Levando isso em consideração Edna Rother (2007) apresenta que os artigos de revisão narrativa são publicações apropriadas para descrever o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual.

Para contextualizar e nortear de maneira geral o assunto que será abordado, no início será apresentado questões relevantes ao estudo acerca da história e filosofia da psiquiatria. Justificado pelo fato de cada período histórico construir seu objeto “psiquiátrico” próprio de investigação e, ao longo dos séculos, uma variedade de tais objetos se acumulou. E dentro de cada período histórico, comportamentos que foram selecionados como anormais executaram um papel distinto no que posteriormente veio a ser chamado de transtorno mental, conhecer tal evolução do pensamento filosófico sobre tais comportamentos e sua intersecção com o dito patológico é essencial pra entendermos o que tem de pensamento atual sobre a epistemologia psiquiátrica.

Também serão apresentados problemas atuais da psiquiatria moderna, sendo discutido as classificações diagnósticas atuais, seus benefícios e malefícios para o estudo psicopatológico e repercussões terapêuticas, objetivando a reflexão de perspectivas futuras da especialidade.

É importante ressaltar que, ao considerar as características intrínsecas da revisão narrativa, o estudo não é desenvolvido com base em uma questão norteadora específica, e

sim em um tema amplo. Além disso, a seleção da bibliografia citada no estudo não se pautou em uma estratégia sistematizada, foram selecionados estudos de autores teóricos respeitados academicamente em suas áreas de pesquisas, que objetivavam responder questões epistemológicas da psiquiatria, questões essas, muitas vezes de difícil resposta por estudos empíricos, o que acaba dificultando uma revisão sistemática sobre o assunto.

REVISÃO DA LITERATURA

Reflexões e questionamentos sobre a Psiquiatria atual:

A psiquiatria praticada e ensinada atualmente, na grande maior parte dos locais é pautada pelos sistemas classificatórios. As classificações psiquiátricas, como descreveu (BERRIOS, 1999) ⁷ podem ser concebidas como: 1) catálogos cronológicos de “fatos” que levam a uma grande e definitiva ordenação final dos transtornos mentais; 2) empreendimentos que refletem as necessidades sociais e políticas de um coletivo; ou 3) narrativas conceituais. De acordo com a terceira abordagem, os sintomas ou distúrbios mentais originam-se da “convergência” – na obra de um ou diversos autores – de palavras, conceitos e comportamentos associados que, em uma análise mais aprofundada, são muitas vezes identificados como participantes de convergências anteriores. Dado que não nenhuma maneira de dizer se uma convergência posterior tem mais validade do que a anterior, elas não podem ser alinhadas em uma série ordenada. O que se pode declarar é que cada convergência constitui uma narrativa autossuficiente que expressa melhor o que cada determinado período histórico pode oferecer. Os sintomas e transtornos mentais são objetos culturais. Isso significa que, além dos dados biológicos, são necessárias informações sobre os propósitos, pressupostos e enquadres sociais

de qualquer classificação. Nesse contexto, discutido por (BERRIOS, 1999)⁷, classificação pode significar: 1) os princípios e regras em torno dos quais os grupos são constituídos – o que alguns chamam de taxonomia; 2) o ato de agrupamento (o ato de incluir) – o que na psiquiatria pode corresponder parcialmente ao diagnóstico; e 3) os próprios agrupamentos (Ex. CID-11 e DSM-V).

As classificações, desde o século XVIII também foram divididas em “naturais” ou “artificiais”. Nesse contexto os objetos podem ser classificados em termos de “características essenciais” ou “características fabricadas”. Levando-se em consideração que os objetos psiquiátricos são construções, argumenta-se que as classificações psiquiátricas devem ser consideradas “artificiais” (BERRIOS, 1999) Esse fato pode explicar por que desde o século XIX, variáveis “aproximadas” foram utilizadas persistentemente a fim de estabelecer a ontologia dos objetos psiquiátricos. As “causas orgânicas”, alterações anatômicas no cérebro, neuropatologia, EEG, variáveis fisiológicas, genética, etc., todos foram buscados em algum momento ⁷.

Ao se discutir as classificações psiquiátricas modernas, é importante destacar as mais utilizadas, CID-11 e DSM-V. Fatores econômicos e sociais são importantes para a inclusão na listagem. Isto por si só não é problemático, enquanto a classificação não é exportada do país em que foi construída (BERRIOS, 1999). Nesse tipo de classificação, as classes constituem uma hierarquia e pretendem mapear um determinado universo ⁷.

Nos últimos anos, tem sido proposto que grande parte dos transtornos mentais são apenas agrupamento de queixas, em forma de sinais e/ou sintomas, ligados pela mesma episteme, com um baixo índice ontológico, ou seja, não são tipos naturais e, portanto não conseguem sobreviver a uma translocação de um período histórico para o seguinte (BERRIOS,

2015)³ Classificação de objetos artificiais, tão comuns quanto possam ser, têm apenas função atuarial. O problema é qual a natureza das classificações psiquiátricas. Certamente não daria para acreditar que elas sejam como as plantas e, por isso, algum dia seria possível classificar os transtornos mentais através de um tipo de técnica de diferenciação por gênero e diferença ou pior ainda, a criação de uma espécie de tabela periódica com os elementos neuropsicológicos com base nos quais seria possível prever a existência de algumas formas de transtornos mentais ainda sem descrição ³.

Uma crítica feita aos sistemas CID-11 e DSM-V refere-se a extensa criação de categorias, e seu caráter ateuórico. E a idéia de que a “descrição sintomática” permita um real conhecimento, com estudos empíricos conclusivos, não se realizou em nenhum momento de maneira substancial. Os transtornos propostos, cada vez mais numerosos, não foram consistentemente revalidados, de modo que cada um deles é ainda discutido, contestado e infirmado. Nessas condições, o objetivo de unificar os diagnósticos não foi alcançado ⁸.

Nesse contexto também são incluídos as escalas e testes. Que chegaram furtivamente à psiquiatria, em algum momento ao final dos anos 1950, justificado pelas necessidades “científicas” da indústria farmacêutica incipiente da época. Por exemplo, a Escala de Depressão de Hamilton foi desenhada exclusivamente para avaliação de ensaios clínicos de drogas. Depois de certa resistência, as escalas de classificação se tornaram populares pois pareciam trazer objetividade e confiabilidade para a psiquiatria, Berrios e Marková (2002) ⁹. Levando em consideração a natureza híbrida da psiquiatria – uma disciplina na qual o objeto requer tanto as ciências da natureza quanto as humanas – chama-se a atenção, que desde a introdução das primeiras escalas psiquiátricas não ocorreram esforços para justificá-las a partir da perspectiva da epistemologia da psiquiatria.

Uma vez que a justificativa epistemológica geral da mensuração nas ciências naturais, não importa quão bem sucedida, não se aplica automaticamente à psiquiatria ³.

Quando as escalas se difundiram na psiquiatria, a idéia de que os sintomas mentais eram imensuráveis ainda era maioria na psiquiatria, mesmo entre os não psicanalistas. Tal hipótese da imensurabilidade era justificada pela opinião de que os sintomas mentais eram episódios semânticos e que a mensuração de características externas ao significado ou impostas à sua estrutura – tais como dimensões, intensidade, localização – perderiam o único elemento relevante para sua compressão e manejo. No entanto, a necessidade ética e financeira de medir os resultados de ensaios clínicos realizados incentivou a construção dos instrumentos de avaliação, Berrios (2015) ³. Muitos instrumentos, a exemplo da Escala de Depressão de Hamilton, foram importantes para o contexto, e portanto, incluíram como itens apenas as queixas que se objetivava alterar dentro de período de tempo específicos. Isto, então, os tornava totalmente inadequados para o diagnóstico ⁹.

Alegou-se com ênfase que a chegada da “evidência” meta-analítica, as narrativas clínicas e a tomada de decisão na psiquiatria tornaram-se mais “científicas”, e conseqüentemente mais “verdadeiras”. Há poucas “evidências” nos estudos conduzidos até o momento para mostrar que a psiquiatria prevalente atualmente, baseada em estudos analíticos, tenha vantagens significativas sobre o sistema antigo que substituiu, ou seja, a psiquiatria baseada na experiência médica, na autoridade, e no efeito placebo gerado pela relação médico-paciente. O que não é surpreendente, uma vez que só poderiam ser obtidas “evidências” executando um grande “estudo controlado” comparando os dois sistemas, algo que seria praticamente impossível de se realizar. Os psiquiatras estão sendo convidados a aceitar a psiquiatria

baseada no empirismo sem qualquer outra evidência além da chantagem moral criada por alegações de que a matemática é a mais alta forma de ciência e, portanto, tudo o que é possível ser demonstrado através da matemática deve superar o resto. Não se encontra explicado, através de pesquisas de grande escala para essa finalidade, por que a prescrição e tomada de decisão terapêutica baseada exclusivamente em análises estatísticas é significativamente melhor do que a tomada de decisão baseada na experiência do psiquiatra ³.

DISCUSSÃO

A natureza incipiente do conhecimento atual sobre a epistemologia e ontologia dos objetos psiquiátricos torna particularmente difícil decidir que alterações no sistema classificatório são necessárias e quais expectativas quem elabora tais classificações deveriam manter em relação à utilidade de classificar os transtornos mentais.

Quanto mais se pensa sobre a aplicação das classificações sobre os transtornos mentais mais se percebe que o problema aqui não é apenas a falta de conhecimento sobre a taxonomia, mas o fato de que os objetos psiquiátricos podem não ser suscetíveis a qualquer classificação ⁷.

O excesso de diagnóstico, dado pela extensa criação de categorias pelos sistemas diagnósticos pode levar a algo chamado por alguns autores como medicalização da vida, que pode ser definida como um conjunto de práticas que são apresentados como soluções aos sofrimentos e dificuldades relacionadas ao viver Mbongue et al., (2005) ¹⁰. Apesar de tais sofrimentos serem causadas pelas relações interpessoais, condições sociais e problemas de vida diversos, acabam recebendo diagnóstico psiquiátrico e recebem tratamento para tal, em grande parte, medicamentoso. Situações em que o sujeito se vê expressando dificuldades nos ambientes de trabalho ou escolares, em diferentes etapas e ciclos da vida,

antes compreendidos como processos do viver, cada vez mais são explicados do ponto de vista patológico, sendo compreendidos de maneira restrita ao corpo biológico, sendo classificados nominalmente como transtornos ¹⁰⁻¹¹.

De uma maneira geral, a medicalização da vida é concebida como um processo que tem transformado aspectos do viver de origem histórica-social em algo meramente biológico. Moyses (2008) define que a “medicalização é fruto do processo de transformação de questões sociais, humanas, em biológicas. Aplicam-se à vida, às concepções que embasam o determinismo biológico, tudo sendo reduzido ao mundo da natureza” ¹¹⁻¹³.

Como modo de se mensurar os ensaios clínicos, no contexto da redução do objeto psiquiátrico ao mundo da natureza, as escalas de avaliação foram incluídas na psiquiatria. Sendo que seu significado numérico e semântico das pontuações são – erradamente – tratados como grandezas contínuas, apesar do fato de serem apenas coleções de avaliações categóricas (itens); não serem feitos para mapear magnitudes contínuas subjacentes (em virtude de sua natureza seletiva); e a “doença” não ser uma grandeza contínua subjacente. Pode-se considerar um triunfo do otimismo e da esperança sobre a realidade, o fato de alguns pesquisadores acreditarem que um número contínuo possa permitir decisões qualitativas extraídas da adição aritmética. Muitos trabalhos em psiquiatria lidam com escores globais como se fossem números contínuos, o que leva a violação de regras estatísticas através de aplicação de técnicas inadequadas para a análise dos dados ³.

As escalas são consideradas métodos de avaliação “objetivos”, sendo consideradas por muitos uma forma de avaliação superior a uma boa conversa ou a uma entrevista clínica bem-feita. A evidência para tal ponto de vista é limitada, mas vive sobre a crença errônea de que as entrevistas são “subjetivas”. As escalas de avaliação têm se beneficiado muito ao ser

comparados com instrumentos de medicação em geral. Tal ponto de vista traz complicação na justificativa epistemológica necessária para aceitar o pressuposto de que as matrizes numéricas podem mapear e extrair informação da natureza; e que esta informação é confiável e válida. Esta justificativa epistemológica é ainda mais complicada quando nos referimos à mensuração dos objetos psiquiátricos. E este é um campo de estudo que requer muito mais pesquisas do que se tem feito até o momento ⁹.

Ao citar necessidade de mais estudos, é importante destacar o papel da chamada psiquiatria baseada em evidência (PBE) na psiquiatria moderna. Tal modo exclusivo de condução do tratamento, baseado único e exclusivamente em *guidelines* e meta-análises implementa uma superficialidade na relação médico-paciente, transformando o relacionamento humano em objetos ou coisas inanimadas, despindo-os de todo o dinamismo. Uma vez suprimida, a relação médico-paciente é despojada de todo o seu poder causal e não pode mais justificar parte da melhora do paciente. Alterações mensuradas por ensaios clínicos são atribuídos somente às drogas. Dizer que essas mudanças dinâmicas são perfeitamente gerenciadas pelos “controles” e “estudos duplo-cego” não é suficiente, uma vez que as interações entre tais fatores dinâmicos e os efeitos de drogas podem ocorrer em um nível não consciente e permanecerem fora do alcance do estudo controlado ³.

Neste contexto que podemos inserir o pensamento filosófico e da filosofia da ciência como forma de reavaliar os conceitos descritos. Ao simplificar a vivência subjetiva do indivíduo a um número, resultado de escala ou conjunto de sintomas estamos reduzindo as possibilidades daquele fenômeno e da nossa própria compreensão deste. Se não levarmos em conta o aspecto complexo da apresentação destes sintomas, a sua característica mutável, recursiva em si, acabamos por selecionar aqueles que justificam os modelos ao invés de

adaptar os modelos que utilizamos para uma maior abrangência.

Há tentativas de se adaptar o modelo atual e cobrir estas falhas. Recentemente um novo modelo determinado como Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), tenta suprir a rigidez do modelo categorial proposto pela CID-11 e DSM-V. Este modelo supõe que a sintomatologia psíquica se agrupe naturalmente em covariâncias e de uma forma mais abrangente determinada como “Superclusters” sintomáticos. Esta maneira de ver a psicopatologia aumenta as possibilidades de adaptação frente as mudanças sociais e culturais que alteram o modo de ver a doença mental. Porém ainda não se superam as limitações impostas pela forma de se definir a doença mental ¹⁴.

O oposto também é válido, ao se construir a doença psiquiátrica considerando dados somente psicossociais ou com determinantes sociais acaba se tornando incompleto. Em Sonenreich e Estevão (2012) ⁸, a crítica do modelo unicamente psicossocial utiliza o relato de um homem na idade média cujo quadro clínico se apresentava com alucinações auditivas, delírios diversos e ao final assassina a própria mãe e coloca que alguns autores viram esta atuação como forma de rebeldia a restrições sociais impostas sobre ele pelas regras sociais da época. A visão utilizando este modelo também limita a atuação da psiquiatria e do que se espera dos efeitos das medicações e como avalia-los ⁸.

CONCLUSÃO

A psiquiatria é uma ciência nova dentro da medicina, considerando o seu surgimento e nomeação como tal no século XIX. O seu trajeto passou por múltiplas mudanças e paradigmas diferenciados, mas ainda apresenta uma dificuldade em determinar o seu objeto de estudo. Pela natureza híbrida do sintoma e doença psiquiátrica, a utilização de métodos

estatísticos e visão exclusivamente biológica limita a capacidade de abrangência do estudo destes fenômenos.

O distanciamento de um modelo teórico que possa abranger todas essas peculiaridades em que a psiquiatria se insere demanda uma revisão sobre como produzimos conhecimento. A dificuldade de localização dos estudos frente a realidade e o seu distanciamento da realidade clínica também aumentam estes questionamentos.

REFERÊNCIAS

1. Marková IS, Berrios GE. Mental symptoms: are they similar phenomena? *Psychopathology*. 1995;28(3):147–57.
2. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry*. 1993;150(3):399–410.
3. Berrios GE. Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria. São Paulo: Editora Escuta; 2015.
4. Marková IS, Berrios GE. Epistemology of psychiatry. *Psychopathology*. 2012;45(4):220–27.
5. Berrios GE. Delusions as “wrong beliefs”: a conceptual history. *Br J Psychiatry*. 1991;159(Suppl. 14):S6-S13.
6. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4. ed. Lisboa: Sulina; 2001.
7. Berrios GE. Classifications in Psychiatry: a conceptual history. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(2):145-60.
8. Sonenreich C, Estevão G. O que os psiquiatras fazem: ensaios. 2a ed. São Paulo: Csa; 2012.
9. Berrios GE, Marková IS. Conceptual issues. In: D’Haenen H, Den Boer JA, Willner P. (Eds.). *Biological Psychiatry*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2002. p.1–24.
10. Mbongue TB, Sommet A, Pathak A, Montatruc JL. “Medicamentation” of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;61(4):309–13.
11. Filardi AF, Passos IC, Mendonça SA, Ramalho SA, Ramalho-de-Oliveira D. Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. *Rev Latinoam Psicopatol Fund*. 2021;24(2):421–45.
12. Almeida MR, Gomes RM. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances: estudos sobre Educação*. 2014;25(1):155–75.
13. Moysés MA. A medicalização da educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. In: 31ª Reunião Anual da Anped; 2008. p.1–25.
14. Krueger RF, Robbs KA, Conway CC, Dick DM, Dretsch M, Eaton NR, et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*. 2021;20(2):171–93.