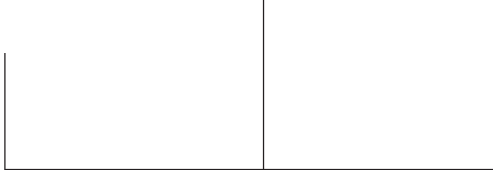


Sobre a distinção entre “critério” e “sintoma” na nosologia psiquiátrica

Cláudio Eduardo Muller Banzato


O contraste proposto por Wittgenstein entre os termos “sintoma” e “critério”, correlativo da distinção entre questões de fato (empíricas) e questões gramaticais (conceituais), é utilizado aqui com o propósito de iluminar certos aspectos nosológicos da psiquiatria no atual contexto das nosografias operacionais.

Palavras-chave: Sintoma, critério, psicopatologia, nosologia/nosografia psiquiátrica, Wittgenstein



*Logical analysis is an antidote. Its importance is to stop the muddle
someone makes on reflecting on words.*

(Wittgenstein, AWL, p. 21)



Determinar o caráter conceitual ou empírico de uma questão nem sempre é matéria pacífica, às vezes os limites se revelam tênues e imprecisos, com o agravante da falta de um território “neutro” para assentar a eventual disputa. A complexidade dessa tarefa decorre do fato de que dela depende (*i.e.* a mesma possui precedência lógica sobre) o tipo de argumento/evidência que deve ser aceito na própria decisão. Recusar tal discussão como filosófica implica, mesmo à revelia, posicionar-se no debate, dogmaticamente. Em algumas áreas, uma controvérsia desta espécie encontra-se no núcleo de uma disciplina, tornando sua fundamentação problemática e ambíguos seus resultados. Dentro da medicina, o caso da psiquiatria nos parece exemplar, na medida em que nesse campo particular a identificação psicopatológica de sintomas e a delimitação de entidades nosológicas por vezes tendem a se confundir. Procuramos explorar este assunto pelo exame comparativo das noções de “sintoma” e de “critério” (tomadas tanto em seu sentido médico ordinário, como na acepção específica de Wittgenstein¹), principalmente em termos de suas possíveis conseqüências para o entendimento das propostas nosográficas em psiquiatria.

1. Consultar a esse respeito o excelente ensaio de Hacker, *Criteria*, no final do volume 3 de sua monumental exegese das *Investigações Filosóficas*. (Hacker, 1990, 545-568)

A utilização do termo “sintoma” em ampla gama de situações na medicina usualmente não gera polêmicas; há, por assim dizer, uma certa estabilidade de seu significado: trata-se (etimologicamente) de um fenômeno que coincide, índice do processo patológico subjacente do qual é efeito (conexão causal), apontando para uma alteração mórbida sem, contudo, traduzi-la. Em contraste com a objetividade do “sinal”, isto é, a possibilidade de sua constatação pela inspeção clínica, através da sensopercepção direta ou de artifícios propedêuticos, o “sintoma” é relatado pelo sujeito que sofre a afecção (mediação subjetiva), algo como a expressão vivencial do *morbus*, ou seja, mesmo referido ao corpo, não deixa de subsistir uma dimensão psíquica no sintoma. Ocorre porém que o processo patológico e o sintoma decorrente, via de regra, não se situam no mesmo plano, isto significa que o sintoma não representa a forma exclusiva de verificação do processo, ao contrário, ele apenas sugere o que deva ser buscado e confirmado por outras vias *independentes*. Em psicopatologia, conforme veremos adiante, tal distinção entre os planos assume importância decisiva. De acordo com o grau de informação implicado por sua manifestação o sintoma pode ser dito *inespecífico*, quando comum a uma série de afecções, *típico* (característico), exibindo uma elevada associação com um quadro em particular, ou ainda *patognômico* (diacrítico), quando exclusivo de uma determinada condição, em que sua presença basta para o diagnóstico, sua ausência, contudo, não necessariamente o afasta. Em outros termos, o sintoma é entendido como evidência indutiva (mais ou menos sólida) de uma enfermidade.

O termo “sintoma”, além do sentido forte anteriormente exposto, é empregado também em circunstâncias menos definidas, como traço característico que isoladamente ou associado a outros (*cluster*, situação mais freqüente) configura um dado padrão de manifestação, fenômeno (ou conjunto de fenômenos) constatável apenas neste plano, sem a possibilidade *imediata* de confirmação independente ou de identificação do processo mórbido subjacente. Em outras palavras, o sentido é o mesmo, mas sem endosso outro que uma certa correlação empírica. Ora, tal situação costuma refletir pura e simplesmente um estágio inicial do conhecimento nosológico (limitação da experiência), em que a etiopatogenia ainda não foi estabelecida, nada há de estranho nisso, a própria elucidação da mesma pressupõe a descrição de um quadro clínico com seu curso habitual.² Entretanto, o caso da psicopatologia apresenta dificuldades de outra ordem, pois aqui não se trata da mera defasagem temporal entre a descrição fenomenológica e a explicação causal respectiva, mas sim da eventual sobreposição no mesmo plano psíquico de sintomas e processos patológicos.

2. Wittgenstein aponta a habitual passagem de sintoma a critério na ciência: “A flutuação de definições científicas: o que vale hoje, por experiência, como fenômeno concomitante do fenômeno A será utilizado amanhã na definição de ‘A’”. (Wittgenstein, PI, §79)

O problema inexistente em uma posição como a de Schneider³, em virtude de se assumir que na falta de uma fundamentação somática, caso das psicoses “endógenas” (constatáveis apenas psicopatologicamente), abandona-se o sentido médico de “sintoma” em favor de conceitos clínicos, em que a própria característica definidora da condição possui um sentido por assim dizer “convencional” (Schneider, 1976, pp.199-201). Desse modo, a rigor as psicoses “endógenas” não constituiriam doenças, mas seriam manifestações das mesmas, em suma, sintomas psicopatológicos de enfermidades desconhecidas. Na concepção desse autor, o plano psicológico (ou comportamental) é considerado sintomatológico e às manifestações dessa ordem corresponderiam as respectivas alterações no plano somatológico (etiológico), às quais as primeiras estariam subordinadas em termos ontológicos (ibid., p. 22). De uma certa forma, trata-se da mesma premissa que domina a atual psiquiatria, a de que as afecções mentais são em sua origem biológicas, embora a expansão crescente do campo nosológico (que caminha *pari passu* com a respectiva extensão conceitual) e a heterogeneidade resultante, dotem a esperança de que tais bases biológicas possam ser encontradas de uma ambição e de uma ingenuidade não compartilhadas em absoluto por Schneider.⁴ Mas antes de examinarmos um aspecto da nosografia de nossos dias, é preciso realizar uma breve incursão pelo terreno das teorias psicopatológicas que prescindem do referente biológico.

Teorias psicológicas muitas vezes rivalizam com hipóteses biológicas na explicação de determinadas condições clínicas. Contudo, é preciso ressaltar que o termo “explicação” não tem o mesmo sentido nos dois casos, enquanto nas ciências naturais se trata de desvendar os mecanismos básicos subjacentes aos fenômenos por métodos de verificação independentes, no âmbito psicológico a aceitação de uma teoria depende sobretudo do conjunto de seus predicados: plausibilidade, capacidade de ordenação dos fatos conhecidos, consistência interna, abrangência, assim como dos efeitos práticos decorrentes de sua aplicação. Se tais atributos são requeridos de toda teoria científica e a delimitação dos “dados” está longe de ser uma tarefa fácil em qualquer área do conhecimento, na psicologia haveria, por assim dizer, apenas uma dificuldade extra, posto que na impossibilidade, em casos desse tipo, de um recurso decisivo à experiência sensível⁵, a constatação dos “dados” tenderia a ser menos consensual, isto é, via de regra a própria admissão dos

3. “O conceito de enfermidade é para nós, principalmente na Psiquiatria, um conceito rigorosamente médico. Enfermidade em sentido próprio existe apenas na esfera somática, e só chamamos as anomalias psíquicas de ‘mórbidas’ quando podem ser reconduzidas a processos orgânicos mórbidos.” (Schneider, 1976, p. 29)

4. “Todavia não teria sentido, de nosso ponto de partida, procurar no somático a causa do desespero com que alguém reage a uma vivência.” (Schneider, 1976, p. 23)

5. *Theory-laden as well.*

fatos pressuporia uma adesão mais completa à teoria em questão. Não se pode ignorar o risco de que os constructos teóricos da psicologia, responsáveis pela convergência explicativa, pela força da analogia com o mundo físico, sejam hipostasiados. Para que isso não ocorra, além de se explicitar devidamente os pressupostos filosóficos da teoria, é preciso que sua montagem revele com clareza tanto a hierarquia entre os diferentes níveis explicativos envolvidos (dos postulados à articulação da trama conceitual) como as hipóteses de trabalho e suas relações de solidariedade (suporte recíproco) com o assim chamado material empírico. Tais ressalvas genéricas pretendem apenas justificar a necessidade de se evitar, no campo da psicopatologia (objeto do presente estudo)⁶, a confusão entre as manifestações (plano sintomático) e as supostas causas (plano dos processos patológicos).

Feitas as considerações preliminares, podemos proceder ao exame da distinção aqui proposta entre “sintoma” e “critério” e tentar extrair daí algum resultado. O campo semântico usual do termo “critério” situa-se em torno das idéias de discriminação, de apreciação e de julgamento, significando alternativamente aquilo que permite o reconhecimento de algo, o termo de comparação, o modo ou mesmo o próprio juízo.⁷ Na matemática, “critério” possui um sentido técnico de rigor, equivalendo a requisito necessário para a sustentação (validade) de uma expressão ou teorema (*i.e.* sinônimo de condição). Há ainda uma outra acepção, proveniente da filosofia de Wittgenstein (notadamente dos escritos tardios): um tipo de evidência de natureza convencional (mas nem por isso arbitrária ou estipulada), que se contrapõe nesse sentido à evidência indutiva, sendo o critério parte do significado da própria expressão de cuja aplicação é critério, não derivando dele, portanto, nenhuma forma de implicação. Wittgenstein pretende com isso modificar radicalmente os termos do debate entre concepções rivais, *viz.* mentalismo e behaviorismo, acerca da relação entre expressões comportamentais e os supostos estados “internos” correspondentes⁸, analisando para esse fim sobretudo aqueles casos (por exemplo, dor)

6. Sob pena de se incorrer em erro categorial, com importantes conseqüências epistemológicas.
7. *Dicionário Aurélio*: “1. Aquilo que serve de base para comparação, julgamento ou apreciação. 2. Princípio que permite distinguir o erro da verdade. 3. V. discernimento (2). [Faculdade de julgar as coisas clara e sensatamente; critério; tino; juízo.] 4. Discernimento, circunspeção, prudência. 5. Modo de apreciar coisas e/ou pessoas. 6. Filos. Sinal que permite reconhecer uma coisa ou uma noção.” *The Compact Oxford English Dictionary*: “a) An organ, faculty or instrument of judging. b) A test, principle, rule, canon, or standard by which anything is judged or estimated. c) A distinguishing mark or characteristic attaching to a thing, by which it can be judged or estimated.”
8. As regras gramaticais determinam o que chamamos “o interno”. (Hacker, 1990, p. 201) Segundo o autor citado, este é o sentido da célebre afirmação de Wittgenstein “Um ‘processo interno’ necessita critérios exteriores.” (Wittgenstein, PI, §580)

dotados de uma expressão comportamental mais ou menos característica. Assim, por exemplo, o gemido ou o choro em situações específicas constituem elementos que “regulam” (em sentido fraco, invalidável) o uso da palavra “dor”.⁹ Importa a Wittgenstein analisar o uso das expressões relativas a estados ou processos “internos”, como por exemplo a assimetria entre enunciados em primeira e terceira pessoas do singular.¹⁰ Nos termos de nosso enquadramento conceitual, admitidos como critérios de utilização do termo “dor”, eles não poderiam ser ao mesmo tempo considerados sintomas (evidência indutiva) de algo que se denomina dor.¹¹

O contraste entre sintoma e critério deve ser explorado na medida em que as classificações nosográficas vigentes em psiquiatria, CID 10 (1992) e DSM -IV (1994), com o intuito de melhorar a comunicação na prática clínica e na pesquisa e facilitar a coleta de dados estatísticos, enfatizam o diagnóstico descritivo, sendo cada categoria delimitada por um conjunto explícito de critérios operacionais (de inclusão como de exclusão). Pragmáticas e empiricamente fundadas, tais classificações se pretendem neutras no que diz respeito a teorias etiológicas (e etiopatogênicas), mas nem por isso deixam de estabelecer uma hierarquia entre as categorias que a compõem. Não é o caso, entretanto, de imputar aos seus autores um realismo ingênuo, no qual todas as categorias correspondem a tipos naturais.¹² O problema é outro, não parece possível prescindir de teoria sem produzir um achatamento da psicopatologia de tal ordem que os planos fenomênicos e patológicos se tornem indiscerníveis. Toda decisão sobre o tipo de evidência admissível apóia-se em uma teoria, isso é inevitável, no caso de classificações dessa espécie, porém, não se assume com todas as letras o tipo de hipótese a que vem ao encontro tal suporte

9. Critérios dependem de circunstâncias: “Comportamento e tipo de ocasião estão relacionados.” (Wittgenstein, Z, §492) As ‘evidências’ capazes de invalidá-lo são, também elas, a seu turno, invalidáveis. (Hacker, 1990, 553)

10. Diferença gramatical entre ‘eu tenho dor de dente’ e ‘ele tem dor de dente’. Atentar para a diferença de critérios (meios de verificação) nos dois casos. (Wittgenstein, AWL, pp. 17-8)

11. Não existem parâmetros (critérios) *a priori* para determinar se algo deve ser tomado como sintoma ou como critério: “In practice, if you were asked which phenomenon is the defining criterion and which is a symptom, you would in most cases be unable to answer this question except by making an arbitrary decision ad hoc”. (Wittgenstein, BB, p. 25)

12. Assim, no artigo de nome bem sugestivo, *DSM IV meets Philosophy*, escrito pelo Alan Frances (*Chair of DSM IV Task Force*) e colaboradores, lemos: “Certainly mental disorders are constructs, but they are constructs with considerable practical and heuristical value in predicting course, family history, treatment response, and biological test results”. (Frances, 1994, p. 210) A esperança subjacente, contudo, projetada para um futuro mais ou menos distante, é fazer coincidir constructos e natureza, esta recortada em suas juntas.

empírico.¹³ O consenso pragmático sobre sua utilidade e pertinência não é suficiente, todavia, para banir as discussões de cunho conceitual.

A CID 10 e o DSM-IV não constituem, a rigor, classificações de doenças mentais (ou entidades propriamente nosológicas, daí a opção pelo supostamente neutro – *disorder* – “transtorno”¹⁴), sendo talvez melhor definidos como inventários de queixas e/ou problemas organizados em categorias, configurando as condições passíveis de uma intervenção psiquiátrica. Compatíveis com a relativa fluidez das situações encontradas na prática médica, isto é, a grande diversidade de apresentações dos quadros clínicos, desafio constante para qualquer sistematização categorial, os conjuntos de critérios, dispostos de modo que alguns sejam necessários para estabelecer um diagnóstico, mas nenhum deles indispensável, agrupam “famílias” de condições. Numerosas combinações clínicas são permitidas pela adoção desse procedimento classificatório, desde aquelas consideradas casos prototípicos até as mais afastadas, limítrofes; a admissão de tal heterogeneidade atenuaria de certa forma uma suposta desvantagem da abordagem categorial em relação à dimensional, posto que grande parte da casuística da prática médica não exhibe uma sintomatologia inequívoca. Diante da impossibilidade (atual) de uma validação interna (pois os mecanismos etiopatogênicos são via de regra desconhecidos), aceita-se convencionalmente a aparente falta de um elemento invariante na esfera fenomênica (“essência” no vocabulário ontológico), por outro lado, subsiste a difícil questão da escolha entre os possíveis validadores externos na busca de suporte empírico para a manutenção de tais *clusters*, entre outros, os candidatos são: curso longitudinal, história familiar, marcadores biológicos, resposta terapêutica.¹⁵

13. Por empírico, entenda-se nesse contexto, biológico. Não há nada de errado (ou ilegítimo) em uma teoria biológica dos transtornos mentais, desde que ela se reconheça como tal, não extrapolando seu registro explicativo.
14. A definição de Transtorno Mental do DSM IV (proveniente das versões anteriores), calcada sobre a idéia de disfunção associada a sofrimento ou incapacitação, é propositadamente vaga, sem contornos conceituais precisos. (DSM IV, pp. xx-xxi) A CID 10 adota posição idêntica. (CID 10, p. 5) A inclusividade de tal definição pode ser considerada excessiva, trazendo consigo riscos evidentes de abuso, sobretudo em termos de controle social e responsabilidade perante a lei.
15. Enquanto autores como Kendler (1990, pp. 970 e 972) e Sedler (1994, p. 221) criticam fortemente a idéia de uma validação construída no vácuo conceitual, reconhecendo o caráter não empírico de muitas questões nosológicas importantes em psiquiatria, autores do DSM IV, como Frances et al (1994, p. 212) insistem que mesmo a escolha do validador é matéria empírica, trata-se simplesmente de adotar para cada diagnóstico aquele validador com suporte mais abrangente e robusto.

Uma coisa é, na ausência de fundamentação etiopatogênica, aspirar a uma neutralidade teórica, outra bem diversa é se abster de definir o estatuto ontológico dos conjuntos de critérios que agrupam condições fenomenologicamente heterogêneas, com evidente risco de reificação das categorias (Sedler, 1994, pp. 222-224). No mesmo sentido da advertência desse autor, a distinção nosológica aqui proposta entre “critério” e “sintoma” pretende mostrar como o uso não conseqüente de uma determinada terminologia e a transposição contextual inadvertida podem engendrar confusões conceituais e passos ilegítimos, como por exemplo utilizar dada manifestação clínica como critério diagnóstico e simultaneamente tomá-la como evidência empírica em favor desse mesmo diagnóstico. Infelizmente essa passagem é freqüente no cotidiano clínico¹⁶. Schneider, rigoroso em sua perspectiva somatológica, muito antes das classificações operacionais, já exibia a lucidez que se faz tão necessária nos dias atuais:

Quando designo um fenômeno de esquizofrênico, essa designação, sobretudo, não pode ser apenas um acordo comigo mesmo, mas uma convenção coletiva com outros. *A ninguém posso impô-la*. Com outras palavras: não posso dizer, isso é esquizofrenia. Só posso dizer, a isso chamo de esquizofrenia ou a isso chama-se hoje comumente de esquizofrenia. (Schneider, 1976, p. 201 – grifo nosso)

16

Assim, por exemplo, os famosos sintomas de primeira ordem descritos por esse autor não seriam, como de resto ele mesmo reconhece, sintomas no sentido propriamente médico (evidência indutiva), mas por participar da própria definição da condição denominada esquizofrenia (ainda que não de forma suficiente ou necessária), constituiriam critério (não exclusivo e invalidável) para seu diagnóstico.

Bibliografia

- AMBROSE, A. (ed.). *Wittgenstein's Lectures (1932-1935)*. Chicago: Chicago University Press, 1979.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (tradução de D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FRANCES, A. et al. DSM-IV Meets Philosophy. *The Journal of Medicine and Philosophy* 19 (3): 207-218, 1994.
- HACKER, P.M.S. *Wittgenstein: Meaning and Mind – An Analytical Commentary on the Philosophical Investigations*. Oxford: Basil Blackwell, 1990. v. 3.
- KENDLER, K.S. Toward a scientific psychiatric nosology. *Arch Gen Psychiatry* 47: 969-973, 1990.
- NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- SEDLER, M.J.. Foundations of the new nosology. *The Journal of Medicine and Philosophy* 19 (3): 219-238, 1994.

ARTIGOS

- SCHNEIDER, K. *Psicopatologia clínica*. (Trad. de E.C. Leão da 7ª. edição alemã - 1966). São Paulo: Mestre Jou, 1976. (Primeira edição: 1948)
- THE COMPACT OXFORD ENGLISH DICTIONARY. 2ª ed. New York: Clarendon Press: Oxford University Press, 1991.
- WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. Trad. de J.C. Bruni. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Originalmente publicado em 1953.)
- _____. (1958). *The Blue and Brown Books*. New York: Harper and Row, Publishers, 1958.
- _____. *Fichas (Zettel)*. Trad. de A. B da Costa. Lisboa: Edições 70, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10*. Tradução de D. Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Resumos

El contraste establecido por Wittgenstein entre los términos “síntoma” y ‘criterio’ con la finalidad de hacer la distinción entre cuestiones empíricas y conceptuales es utilizado aquí para aclarar algunos aspectos nosológicos de la psiquiatría en el actual contexto de las nosografías operacionales.

Palabras llave: Síntoma, criterio, psicopatología, nosología/nosografía psiquiátrica, Wittgenstein

Le contraste établi par Wittgenstein entre les mots “symptôme” et “critère” pour faire la distinction entre questions empiriques et conceptuelles est utilisé ici avec la finalité d’éclairer quelques aspects nosologiques de la psychiatrie dans l’actuel contexte des nosographies opérationnelles.

Mots clés: Symptôme, critère, psychopathologie, nosologie/nosographie psychiatrique, Wittgenstein

The contrast found in Wittgenstein’s writings between “symptom” and “criterion”, correlative somehow of the distinction between ‘matter of fact’ and “grammar” (in other words, empirical and conceptual), is taken here to cast some light on certain nosological features of psychiatry in the present context of operational nosography.

Key words: Symptom, criterion, psychopathology, psychiatric nosology/nosography, Wittgenstein