

Confiabilidade diagnóstica e linguagem Diagnostic reliability and language

Claudio de Carvalho Rossi*¹
Christian Ingo Lenz Dunker*²

534

Neste artigo defendemos que a busca operacional-pragmática de uma maior confiabilidade diagnóstica deve levar em conta o papel que a linguagem desempenha na conceituação psicopatológica. Concluímos que, na conceituação dos sintomas psicopatológicos, a ênfase deve se deslocar das vivências para o relato sobre elas. Isso exige considerar de maneira explícita uma semântica, ou seja, uma teoria da significação, apenas pressuposta. Além disso, mostramos que essa mudança de ênfase tem implicações na concepção que se tem da natureza do sintoma psicopatológico. Concluímos também que a estipulação de critérios de suficiência para o diagnóstico psicopatológico favorece um aumento da confiabilidade à custa da consideração clínica dos casos limítrofes, estreitando formalmente a visada clínica da psicopatologia a partir do operacionalismo pragmático.

Palavras-chave: Confiabilidade diagnóstica, linguagem, caso limítrofe, sintoma

*^{1,2} Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Brasil).

Introdução

As reformas diagnósticas representadas pela reorganização de categorias de transtornos mentais, introduzidas nos anos 1980 através do DSM-III, buscavam, entre outras coisas, estabilizar o uso da linguagem em psicopatologia aumentando sua confiabilidade. Tal movimento ficou conhecido como operacionalismo pragmático. A escola operacional e pragmática da psicopatologia define suas noções fundamentais por convenção e conveniência das necessidades da prática clínica ou de pesquisa, sem se ocupar com a natureza dessas noções ou de seus fundamentos filosóficos e antropológicos (Dagalarrondo, 2018, p. 12). A partir de 1959, a Associação Psiquiátrica Americana começa a aderir aos princípios do operacionalismo e do pragmatismo, como resposta à constatação de que a classificação internacional de transtornos mentais de 1956 não vinha sendo aplicada de forma sistemática (Parnas & Bovet, 2014, p. 192). Durante a conferência que influenciou a alteração dos critérios diagnósticos, o filósofo neo positivista alemão Carl Hempel expôs seu entendimento sobre os fundamentos da taxonomia na perspectiva operacionalista em ciência, proposta trinta anos antes pelo físico estadunidense Percy W. Bridgman (Parnas & Bovet, 2014, p. 192), e tendo como precursores os filósofos pragmatistas estadunidenses Charles Peirce e William James (Parnas & Bovet, 2014, p. 191).

Porém, nessa conferência, Hempel não apresentou a atitude operacional conforme Bridgman (1956, p. 75) a concebeu, mas aquilo que chamou de “definição operacional” (Parnas & Bovet, 2014, p. 193). Para Hempel, a definição operacional de um dado termo é capaz de prover critérios objetivos por meio dos quais qualquer cientista pode decidir, para qualquer caso particular, se um

termo se aplica ou não àquele caso (Hempel, 1994, p. 319). Reconhecendo porém que a maioria dos termos descritivos em psiquiatria não poderiam ser ressignificados dessa maneira, Hempel sugeriu que a ideia de operação poderia ser tomada de outra forma. Segundo ele, se a adoção de definições operacionais conforme especificada fosse indevidamente restritiva, a mera observação de um objeto poderia ser considerada uma operação (p. 320). Considerou, por exemplo, que uma definição operacional aceitável para a noção de endormofia predominante seria uma lista de características observáveis tais como esfericidade, maciez do corpo e pescoço curto (pp. 320-321). Nessas considerações de Hempel sobre uma definição operacional, vislumbra-se, portanto, a forma que viriam a assumir as caracterizações de transtornos mentais das principais classificações utilizadas no planeta: a forma de uma lista de características observáveis.

536

Alguns dos participantes dessa intervenção viriam a exercer influência decisiva sobre as edições subsequentes dos principais manuais diagnósticos e classificações de transtornos mentais (Parnas & Bovet, 2014, p. 193). Erwin Stengel (1961, pp. 81-83), especialista britânico em classificação, durante o Terceiro Congresso Mundial de Psiquiatria, em 1960, enfatizou a necessidade de um método simples, mas amplo, de categorização baseado em definições operacionais para minimizar a confusão decorrente do emprego de termos diagnósticos. Na mesma direção, Kendall passou a defender definições operacionais em psiquiatria (Parnas & Bovet, 2014, p. 197).

Nos Estados Unidos, a psicopatologia operacional e pragmática disseminou-se como resposta a uma crise do modelo psicossocial reinante na psiquiatria estadunidense desde o final da Segunda Guerra Mundial e se concretizou na publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-III, em 1980 (Parnas & Bovet, 2014, p. 194). Na Europa, movimento análogo se verifica com a publicação, em 1992, da décima edição da Classificação Internacional de Doenças, a CID-10 (p. 197). Junto com esse programa impôs-se a progressiva influência da língua inglesa nas discussões psicopatológicas europeias, já a partir de meados dos anos 1970.

A internacionalização da escola operacional e pragmática acabou se consumando a partir de um consenso acerca da necessidade de uma nomenclatura internacional comum para superar tendências paroquiais, melhorar comparações estatísticas e epidemiológicas, facilitar a comunicação em pesquisa e padronizar as opções diagnósticas, clínicas e de tratamento (Parnas & Bovet, 2014, p. 197). A implantação do operacionalismo envolveu, já na construção do DSM-III e de suas edições subsequentes, decisões como: exclusão da

etiologia como critério classificatório, salvo se ela fosse claramente conhecida; realização do diagnóstico obrigatoriamente baseado em critérios explícitos e selecionados para aquele diagnóstico; favorecimento de aspectos diretos e facilmente observáveis no estabelecimento de critérios diagnósticos; formulação desses critérios em linguagem simples e não técnica, o que supostamente evitaria a ambiguidade; recusa do emprego das noções de neurose e psicose como critérios para classificação de transtornos, com admissão de seu emprego apenas como adjetivos; preferência por definições estritas de transtornos mentais em detrimento de definições amplas e, por fim, mas não menos importante, exigência de que o sistema diagnóstico fosse “a-teórico” (p. 196).

Dunker (2018) observou que, a partir do DSM-III, a concepção do patológico foi se divorciando de sua fundamentação filosófica, sociológica e psicanalítica. Segundo esse autor, o problema lógico e ideológico introduzido pelo operacionalismo consiste em presumir que, a cada versão, o conjunto dos transtornos vem a compor uma totalidade exaustiva, em acordo com a estratégia de enumeração normativa. Disso decorre a inclusão sucessiva, mas não orgânica ou dedutiva, de novas categorias a cada nova versão. Isso implica também supor que a psicopatologia subjacente, seja a cada vez suficiente para incluir, sem casos omissos ou excludentes, todas as modalidades de sofrimento ou sintoma. Ignora-se, dessa maneira, perspectivas mais críticas sobre a relação entre lógica e linguagem, conjunto e conceito, diferentes das exportadas por Hempel.

537

A hipótese do ganho de confiabilidade diagnóstica

Essa agenda operacional e pragmática, implementada nas principais classificações de transtornos mentais a partir dos anos 1980, justificava-se pela preocupação com a confiabilidade diagnóstica, em meio a uma polifonia de escolas e léxicos psicopatológicos, muitos deles incapazes de produzir a regularidade necessária para comparações, generalização ou confiabilidade diagnóstica. Com efeito, o aumento da confiabilidade foi parte fundamental da resposta aos problemas que deram origem à escola operacional e pragmática em psicopatologia em meio a um esforço da psiquiatria para se integrar à epistemologia da medicina e ajustar-se aos mesmos parâmetros metodológicos, envolvendo estudos randomizados, formação de padrão ouro e *trials* clínicos (Garrick & Weinstock, 1994). A confiabilidade diagnóstica depende do acordo entre clínicos e pesquisadores acerca de quais sintomas e

transtornos estão presentes ou ausentes em determinado caso (Bolton, 2008, p. 3). O interesse na confiabilidade surgiu como uma resposta à constatação, em meados do século XX, de que havia diferenças significativas entre as práticas diagnósticas conforme exercidas nos Estados Unidos e no Reino Unido (p. 3) e ganhou impulso, notadamente com a expansão dos princípios da Medicina Baseada em Evidências após 1972 (Gray & Pinson, 2003). Até então uma série de objeções críticas pairavam sobre a confiabilidade científica, até mesmo de suas categorias diagnósticas mais elementares. A transmissão da experiência clínica, os esforços de pesquisa em psicopatologia, os usos políticos da psiquiatria e a patologização de condições culturais, de gênero e raça generalizavam-se no contexto das reformas antimanicomiais italiana, francesa, inglesa e estadunidense.

538

Cooper et al. (1972) constatou que os psiquiatras estadunidenses diagnosticavam muito mais a esquizofrenia do que psicoses de origem afetiva em comparação com seus colegas ingleses. Verificou-se também que a utilização de critérios diagnósticos comuns e questionários diagnósticos padronizados fizeram com que aumentasse a similaridade entre os diagnósticos ingleses e estadunidenses. A partir dessas constatações, prosperou o consenso de que seria preciso estabelecer critérios diagnósticos que pudessem ser acordados e aplicados de maneira mais confiável na clínica (Parnas & Bovet, 2014, p. 195).

A remoção de pressupostos causais ou hipóteses psicodinâmicas nas descrições dos transtornos surgia, assim, como uma estratégia crítica para formar classes e categorias semiológicas e diagnósticas exclusivamente ancoradas na observação (Bolton, 2008, p. 3). A descrição dos fenômenos psicopatológicos da maneira mais objetiva e observacional possível somava-se à estratégia de agrupar sintomas assim descritos em síndromes definidas mais por sua regularidade do que por sua etiologia comum. Isso conduziu a um elenco de transtornos definidos por listas de características, com regras de inclusão e de exclusão, segundo a quantidade de características, e com critérios de gravidade segundo a extensão ou tipicidade dessas características. Além disso, quase todos os transtornos envolvem uma cláusula de indeterminação da exceção, que admite para cada síndrome dada, a sua versão “*não especificada de outra maneira*”.

São três, portanto, as providências para aumento da confiabilidade diagnóstica, inerentes ao ideário que norteou a terceira edição do DSM, traduzindo o programa da psicopatologia operacional pragmática: 1) definição observável e objetiva dos sintomas; 2) especificação das condições necessárias e

suficientes para o diagnóstico, por reconhecimento ostensivo de sinais e sintomas; 3) supressão das referências a processos e causas subjacentes aos transtornos. Observe-se que tais condições são apresentadas como a-teóricas, como se o empirismo linguístico e o convencionalismo conceitual no qual se apoiam não fossem opções teóricas e epistemológicas.

Sinais, sintomas e síndromes

Sinais e sintomas são as classes originalmente mais simples da semiologia psicopatológica. A distinção entre sinal e sintoma é mencionada em todos os outros quadrantes da literatura psicopatológica, seja ela de formação, referência ou pesquisa.¹

Tradicionalmente se distinguem sinais de sintomas considerando dois aspectos: a objetividade e a observabilidade dos fenômenos que interessam à psicopatologia. Fundamentalmente, sinais e sintomas são distinguidos considerando se são observáveis ou não e se são objetivos ou subjetivos.

Sinais são *comportamentos objetivos* que podem ser constatáveis pela observação direta de uma pessoa e sintomas são as *vivências relatadas por alguém* na forma de queixas ou narrativas (Dalgalarondo, 2018, p. 3). Há sinais psicopatológicos que são objetivos e observáveis diretamente (Sadock & Sadock 2007, p. 306) e há sintomas psicopatológicos que são vivências das quais alguém se queixa. Sendo vivências, interpretações ou relatos subjetivos elas não são observáveis e tampouco objetivas, caracterizando-se, no contexto dessa distinção, como subjetivas. Já os sintomas são experiências subjetivas descritas pelas pessoas, descrições essas que adquirem a forma de queixas, narrativamente apresentada pelos pacientes. Para os autores do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014, p. 829) tanto o sinal como o sintoma são condições patológicas que, porém, diferem quanto à sua manifestação. Sinais são condições patológicas que se manifestam objetivamente, sendo observados pelo examinador em vez de relatados por quem padece

539

¹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014), o DSM “Compêndio de Psiquiatria” (Sadock & Sadock, 2007), “Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais” (Dalgalarondo, 2018), “The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry” (Fulford et al., 2015), “Philosophical Issues in Psychiatry” (Kendler & Parnas, 2008, 2012, 2014, 2017).

dessas condições. Os sintomas são condições patológicas que se manifestam subjetivamente e são relatadas por quem é afetado em vez de observados pelo examinador.

O seguinte exemplo clínico ilustra a distinção entre sinal e sintoma. Uma mulher que experimentou um ataque de pânico procurou atendimento psicológico. Ao cumprimentar quem a atendeu, ela tinha a mão fria e úmida de suor. Ao relatar suas aflições mencionou um mal-estar súbito e cada vez mais intenso, descontrole, tremor, choro e desmaio. Nesse caso, a transpiração na palma da mão é um exemplo de sinal. Essa transpiração pode ser constatada visualmente e mediante exame tátil. Ela é, portanto, observável e objetiva. Já as queixas permitem supor que ela ficou com uma lembrança nítida do mal-estar intenso que sentia e tinha muito medo de sentir aquilo novamente. Esse medo intenso de ter outro ataque e a lembrança nítida dos ataques que teve são exemplos de sintomas, vivências marcantes e desconfortáveis relatadas por ela durante a primeira consulta e subsequentemente.

Quando se justapõe essas caracterizações de sinais e sintomas psicopatológicos aos princípios norteadores do operacionalismo pragmático, constata-se que elas satisfazem aos requisitos de explicitude, simplicidade na formulação e nitidez na distinção conceitual.

540

Antes de mais nada, os psicopatologistas operacionais e pragmáticos deram-se ao trabalho de explicitar o que se entende tanto por sinal quanto por sintoma por meio do registro do significado, digamos, técnico que se atribuiu a tais noções. Significado explicitado pelas caracterizações expostas há pouco. Isso é diferente de um discurso que faz menções a sinais e sintomas sem que se explicita o que caracteriza cada um deles. A formulação é simples e direta, ainda que tenha implicações teóricas complexas: sintoma é tal e tal coisa; sinal é tal e tal coisa. A distinção é nítida, a princípio, por se basear em oposições mais fundamentais como a oposição entre o observável e o não observável e a oposição entre o objetivo e o subjetivo. A oposição entre o observável e o não observável é, inclusive, uma contradição lógica. Não existe algo que seja ao mesmo tempo observável e não observável. Contudo, a afirmação de que inexistente algo que não seja nem observável e nem não observável depende ainda de certo compromisso semântico, em termos de linguagem, e ontológico, em termos de concepção, por exemplo, como o naturalismo dos fenômenos clínicos. A caracterização de sinal e sintoma psicopatológico dada pelos autores do DSM-5 vai além no quesito da nitidez da distinção e inclui explicitamente a expressão “em vez de”, relacionando-os e distinguindo-os. Por exemplo, a caracterização de sintoma é: “Manifestação

subjetiva de uma condição patológica. Os sintomas são relatados pelo indivíduo afetado *em vez de* observados pelo examinador” (American Psychiatric Association, 2014, p. 829; grifos nossos).

Então, a princípio, pode-se conceder aos adeptos do operacionalismo e pragmatismo em psicopatologia que a explicitação do que se entende por sinal e por sintoma em psicopatologia aumenta a confiabilidade diagnóstica. Há mais chances de que dois psicopatologistas estejam de acordo em relação a coisas cuja caracterização está explícita de maneira simples e nítida para ambos do que quando essa caracterização, ou não está explícita ou, estando explícita, não é clara nem simples.

Todavia, as caracterizações do sintoma psicopatológico parecem fracassar na satisfação de um requisito operacional e pragmático fundamental: sua objetividade e observabilidade. A partir de todas as caracterizações de sintomas mencionadas, depreende-se que os sintomas são vivências ou experiências subjetivas das quais alguém se queixa, ou, ainda, condições patológicas que se manifestam subjetivamente e são relatadas. Ora, vivências, experiências e manifestações subjetivas não podem ser consideradas nem observáveis e nem objetivas.

Para atender a esse quesito da psicopatologia operacional e pragmática, essas caracterizações precisam sofrer uma mudança de ênfase em sua formulação. Esse deslocamento de ênfase implica modificar a concepção que se tem da natureza de um sintoma. Essa mudança será detalhada quando da discussão sobre o papel que a linguagem desempenha na agenda operacional e pragmática em psicopatologia. Antes, considere-se os casos limítrofes de transtornos mentais e seu impacto na confiabilidade diagnóstica.

541

“Caso” e “Não Caso” de transtorno mental

Os casos limítrofes são, senão o maior, um dos principais obstáculos ao anseio operacional e pragmático por uma maior confiabilidade diagnóstica. Pode-se considerar que tais casos são o núcleo duro dos problemas que a agenda operacional e pragmática tentou solucionar, em parte com a adoção de seu ideário descritivo e supostamente a-teórico nas caracterizações dos transtornos mentais. Mesmo admitindo as descrições explícitas e claras, que em princípio privilegiam os aspectos observáveis e objetivos dos transtornos por meio das caracterizações de sinais e sintomas específicos, restam casos que, por sua natureza, suscitam dúvidas. Ante as dúvidas, aumentam as chances

de que psicopatologistas discordem quanto ao diagnóstico de tais casos. Cai, portanto, a confiabilidade diagnóstica em relação a esses casos.

Para evidenciar a maneira como os casos limítrofes comprometem a estratégia operacional e pragmática para aumentar a confiabilidade diagnóstica serão caracterizadas a seguir a noção de caso de transtorno mental e a noção de caso limítrofe de transtorno mental.

542 Geralmente, uma definição é uma afirmação sobre o sentido de um termo ou de uma expressão. Uma definição deve compreender a classe e o elemento ao qual pertence um determinado caso (Aristóteles). Ela deve especificar a extensão dos objetos ou termos que caem sob um conjunto, bem como os predicados diferenciais ou compartilhados daquele elemento (Frege). Dado que esse sentido pode ser afirmado de mais de uma maneira, não há apenas uma única espécie de definição. A espécie de definição aqui considerada para caracterizar um caso de transtorno mental e um caso limítrofe de transtorno mental é a definição de compreensão, ou seja, os atributos que esse termo ou expressão conota (Baronett, 2009, p. 334). Para ilustrar essa espécie de definição, considere-se o seguinte exemplo: “automóvel” é um “veículo de quatro rodas, movido por um motor, alimentado com gasolina e usado para deslocamentos em estradas e vias expressas” (p. 330). O termo “automóvel” conota os seguintes atributos: é um veículo de quatro rodas; move-se graças a um motor a gasolina; é utilizado para deslocamentos em estradas e vias expressas.

Note-se que a definição de compreensão não pretende afirmar atributos essenciais e exclusivos para delimitar precisamente os objetos denotados por um termo. Mover-se graças a um motor a gasolina não é o único atributo que se pode conotar com o termo “automóvel” quanto à energia utilizada para a locomoção. O motor de um automóvel pode ser movido a etanol, diesel ou energia elétrica.

Avaliar se os atributos afirmados pela definição de compreensão são essenciais é uma tarefa suplementar caso o termo assim definido seja considerado promissor. Sendo assim, uma definição de compreensão não é uma afirmação definitiva quanto ao sentido de um termo. Ela é um marco a partir do qual uma inquirição pode se orientar, ratificando-a ou retificando-a. Além disso, uma definição pode depender de outras definições para estabilizar seu sentido e a ligação entre essas definições envolvem conceitos que se relacionam no interior de contextos, discursos ou universos possíveis.

Chegamos assim a uma definição incipiente, de caso de transtorno mental: *um caso de transtorno mental é um comportamento que satisfaz suficientemente os critérios diagnósticos para um transtorno mental.*

O termo *comportamento* não é isolável de outros comportamentos, supondo um complexo de ações humanas que podem ser distinguidas e agrupadas em categorias. Por exemplo, quando se diz que alguém exibe um comportamento agressivo, não se está fazendo referência a uma única ocorrência desse comportamento, mas a vários: insultos, expressões faciais de ira, posturas corporais e golpes, ocorrendo simultaneamente ou não. O grupo dos insultos esclarece também que a denotação de comportamento inclui o caso verbal e o caso não verbal, cujo conteúdo é examinado atentamente por boa parte do pensamento psicopatológico. Tampouco a menção a comportamento supõe uma adesão ao comportamentalismo, principalmente o comportamentalismo em sentido estrito, com sua defesa da prescindibilidade da postulação da consciência e da existência de estados mentais, para o estudo da ação humana (Skinner, 1982, p. 19). O comportamento nessa caracterização torna-se compatível com a ideia de caso como ocorrência concreta e individual de algo (Wetzel, 2018). Disso decorre a existência de unidades contáveis, comparáveis e distintas entre si, mais ou menos regulares, subjacentes à definição de *caso de transtorno mental*.

Três ilações problemáticas decorrem dessa definição. A primeira sugere que as diferentes escolas de psicopatologia, fenomenológica, psicanalítica, psicodinâmica, etnopsiquiátrica, e assim por diante, estariam representadas em uma definição tão simples e abrangente do ponto de vista lexical. A segunda emana da consequência de que se tal definição é consistente e estaríamos em condições de estabelecer o caso negativo, a saber, o caso de não transtorno mental, operacionalizando a historicamente controversa fronteira entre normalidade e loucura e concorrendo para naturalizar e generalizar o efeito de estigmatização (Goffman, 1981). O terceiro problema é que tal definição de caso demanda uma definição correlata de diagnóstico como processo com determinadas condições como processualidade, adição de unidades que nem todas as escolas psicopatológicas estão dispostas a aceitar (First, 2015) quer pela dispersão do diagnóstico e da anamnese ao longo do tratamento (Lacan et al., 1989), quer pela recusa em aderir à pretensão de exaustividade categorial (Jaspers, 1971).

Percebe-se, assim, que nossa definição preliminar de *caso de transtorno mental* implica outra definição mais problemática: a existência de condições de suficiência que os critérios diagnósticos devem cumprir para concluir o diagnóstico de um transtorno. Ora, se um bom diagnóstico deve ser específico e diferencial, ele deve conter critérios de exclusão, não apenas em relação a outro transtorno mental, mas também em relação à inclusão bivalente como “caso” ou “não caso”.

“Caso limítrofe” de transtorno mental

Se o psicopatologista operacional-pragmático sabe quais e quantos critérios devem ser satisfeitos no caso de suficiência diagnóstica, ele deverá estar em posição de dizer como podemos reconhecer um “não caso”, segundo a negativa definicional. Por exemplo, as condições de suficiência para o diagnóstico de distímia demandam pelo *menos*, duas dentre seis características de determinado critério diagnóstico, além da satisfação de sete outros quesitos para outros critérios que descrevem esse transtorno (American Psychiatric Association, 2014, pp. 168-169).

Já a “Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10” da Organização Mundial de Saúde, a CID-10, não especifica critérios de suficiência, nem quantidade mínima de sinais e sintomas para aplicar determinado diagnóstico (Organização Mundial de Saúde, 1993, pp. 127-128).

Se o critério de suficiência é variável, se sua explicitação é indeterminada não é possível saber se o diagnóstico compreende a situação “caso” ou a situação “não caso”. Não é possível saber com precisão e confiança se a categoria está saturada ou não, exceto quando estivermos diante de duas situações-limite: a) todos os critérios diagnósticos estão satisfeitos ou b) nenhum critério diagnóstico é satisfeito.

Generalizando o caso limítrofe, verificado na distímia e condensando as duas situações de suficiência (por insaturação ou por indeterminação) numa única frase, obtém-se a seguinte definição: *um caso limítrofe de transtorno mental é um comportamento que satisfaz alguns critérios para o diagnóstico de um transtorno mental e, ou essa satisfação é insuficiente para o diagnóstico, ou não há informação sobre essa insuficiência.*

Se um caso de distímia é limítrofe para a CID-10, então apenas alguns dos critérios diagnósticos para a distímia foram satisfeitos e não se sabe se esses critérios satisfeitos são suficientes ou não. Se um caso de distímia é limítrofe para o DSM-5 é um caso em que apenas *alguns* critérios diagnósticos foram satisfeitos, mas não todos, e esses alguns são insuficientes para o diagnóstico. Por exemplo, para o DSM-5 se esse mesmo caso de distímia que satisfizesse apenas um dentre seis sinais-sintomas de determinado critério diagnóstico de um grupo, tendo satisfeito todos os outros sete critérios de outro grupo, ainda assim esse seria um caso limítrofe de distímia. Assim, um *caso limítrofe de transtorno mental* compreende duas possibilidades diagnósticas que se sobrepõem em certa medida: a) satisfação parcial e insuficiente de critérios diagnósticos e b) satisfação parcial de critérios diagnósticos e ausência de informação sobre essa insuficiência.

Os atributos dos casos limítrofes podem parecer redundantes quando se considera que a satisfação dos critérios diagnósticos, sendo parcial, deveria ser também insuficiente. Ocorre que os autores do DSM-5, ao estabelecerem as recomendações diagnósticas em sua classificação, as fizeram de tal maneira que é possível se chegar a um diagnóstico mediante a satisfação de apenas alguns critérios diagnósticos para um transtorno e que, ainda assim, são suficientes. Para os autores do DSM-5 é possível diagnosticar estando satisfeitos apenas alguns critérios tidos como suficientes porque foi adotada nessa classificação uma maneira específica de classificar: a classificação politética. Segundo Sadler (2005, p. 65), essa maneira de classificar foi proposta não por um psicopatologista, mas por um biólogo, Morton Beckner, para quem, nos grupos obtidos por meio de classificação politética, os indivíduos partilham uma larga proporção de suas propriedades, mas não necessariamente partilham qualquer uma delas especificamente. A ideia de estabelecer critérios exclusivamente quantitativos para reger o diagnóstico na psicopatologia operacional e pragmática deriva da taxonomia, ciência na qual as espécies são comparadas e agrupadas em função de diferenças morfológicas e anatômicas e não de comportamentos, sinais ou sintomas.

O psicopatologista sempre pode se deparar, e frequentemente se depara, com quadros que satisfazem *alguns* critérios diagnósticos, mas não todos. Estando abaixo do limiar de suficiência estipulado para o transtorno, os casos limítrofes deveriam ser excluídos da definição de *caso de transtorno mental* situando-se como *não casos*. Resultado: o esforço operacional e pragmático de delimitar claramente os transtornos deixa de lado inúmeros casos limítrofes que, por satisfazerem insuficientemente alguns critérios diagnósticos, poderiam merecer atenção clínica.

Isso nos conduz à crítica fenomenológica de Parnas e Bovet (2014, p. 202) que mostraram como a perspectiva operacionalista realiza ampla e excessiva simplificação da ontologia e da epistemologia do objeto psiquiátrico. Também Wilson (1993, p. 399), ao narrar a história do impacto do DSM-III sobre a psiquiatria estadunidense, concluiu que, apesar dessa edição do manual ter trazido consequências positivas para a psiquiatria daquele país, ele promoveu um significativo estreitamento no olhar clínico dessa disciplina. Ou seja, a estratégia lógica da operacionalização por convenção e força pragmática, mostra-se ao mesmo tempo restrita demais, excluindo casos limítrofes, com prejuízo potencial para a prevenção de casos em processo de agravamento, e restrita de menos, com a ampliação crescente do número de transtornos, porosidade categorial redundante em elevado nível de comorbidade.

Linguagem, casos limítrofes, sintomas psicopatológicos

A estratégia adotada pela psicopatologia operacional e pragmática para aumentar essa confiabilidade consistiu em caracterizar os transtornos mentais, por convenção, baseando-se em síndromes, agrupamentos de sinais e sintomas, sem menções a aspectos etiológicos, sejam eles fundamentados na psicodinâmica ou no organismo, exceto nos pouquíssimos transtornos em que a etiologia de origem orgânica está clara. O agrupamento de sinais e os sintomas, por meio de definições claras e simples, privilegiando os aspectos objetivos e observáveis desses constituintes, deveria aumentar a confiabilidade, derivada da consistência dos conjuntos sindrômicos. Mas, em vez do cenário no qual psicopatologistas distintos concordem quanto à presença ou ausência de sinais e sintomas específicos, o caráter normativo das classes assim formadas mostrou-se gradativamente fonte de desconfiança e trivialização pragmática do sistema, incapaz de impedir a proliferação do caso limítrofe.

Isso ocorre porque não foi dada a devida ênfase e atenção ao papel que a linguagem desempenha na distinção entre os sinais e os sintomas. A debilidade dos fundamentos utilizados para estabelecer critérios de suficiência para o diagnóstico, criando condições para o aumento da confiabilidade, bane arbitrariamente todos os casos limítrofes de consideração clínica.

A distinção entre sinal e sintoma é passível de diversos questionamentos. De saída, como ela se baseia fundamentalmente na interpretação dos comportamentos como signos de transtornos mentais, sendo esses a expressão de uma patologia, essa distinção se assenta sobre o problema perene de se caracterizar o que é ou não patológico no comportamento humano. Há ainda debates em filosofia em torno da oposição fundamental entre o objetivo e o subjetivo (Davidson, 2001), oposição que está no coração da distinção entre sinais e sintomas. A distinção entre comportamentos, de um lado, e vivências, experiências subjetivas ou manifestações subjetivas de condições patológicas, de outro, replica a distinção problemática entre fatos imediatos e fatos mediados. Nessa outra distinção, os comportamentos e as vivências não se dão a conhecer da mesma forma. Se, por um lado, o comportamento é dado imediatamente a todos como algo objetivo e observável; por outro, a vivência é dada imediatamente apenas a cada um, e nunca a todos os outros. Sendo assim, para todos os outros, essa vivência alheia só pode ser inferida pelo que se observa do comportamento do vivenciador. E, para essa inferência, é decisivo que esse comportamento seja o comportamento verbal.

É por meio do comportamento verbal que se infere de maneira mais detalhada os conteúdos dessa vivência, conteúdos esses tão cruciais para a caracterização dos fenômenos psicopatológicos. Portanto, a linguagem é imprescindível para que as vivências sejam dadas a conhecer a todas as outras pessoas.

E, não à toa, todas as distinções entre sinais e sintomas aqui mencionadas pressupõem o uso convencional e pragmático da linguagem na caracterização dos sintomas, ignorando, por exemplo, sua dimensão lógica, conceitual ou intersubjetiva. Para Dalgalarro (2018) os sintomas são queixas ou narrativas acerca de vivências relatadas por alguém; para os Sadock (2007) são experiências subjetivas que as pessoas descrevem como queixas e, para os autores do DSM-5, são manifestações subjetivas de condições patológicas relatadas ao invés de observadas por outrem. Em suma, as ações que caracterizam o sintoma nessas distinções são descrever, narrar e relatar, ações realizadas exclusivamente por meio da linguagem. O sintoma é, afinal, uma vivência relatada ou um relato a partir do qual se supõe uma vivência?

Na primeira concepção os aspectos objetivos e observáveis dos sintomas não foram privilegiados, ao contrário. Na segunda concepção, sim. Relatos possuem aspectos objetivos e observáveis, tanto é que podem ser gravados e reproduzidos. Além disso, nessa segunda concepção, inclui-se forçosamente na caracterização do sintoma aquele que supõe a vivência, ao passo que na primeira concepção ele está excluído.

Ao promover a ênfase na linguagem ao caracterizar o sintoma psicopatológico, evidencia-se também que a caracterização do sintoma como relato ao qual se atribui uma vivência, exige a explicitação de uma semântica. A atribuição de uma vivência a um relato pressupõe considerações acerca de como se atribui um sentido a esse relato a ponto de associá-lo a uma vivência.

Quanto aos casos limítrofes, banidos de consideração clínica pelo estabelecimento arbitrário de critérios de suficiência para o diagnóstico, fosse o papel da linguagem devidamente considerado, ficaria patente que o estabelecimento de critérios de suficiência tem íntima relação com o fenômeno linguístico da indeterminação semântica. A indeterminação semântica se dá quando não é possível determinar se um termo ou expressão linguística se aplica a determinada coisa, dadas as características que essa coisa exhibe e os predicados que o termo conota. Assim, por exemplo, pode ser difícil atribuir o termo “religião” a determinada instituição se ela exhibe apenas algumas das características que necessariamente são conotadas pelo termo. Se essa instituição exibisse todas essas características, não haveria dificuldade em aplicar o termo a ela,

bem como não haveria dificuldade em não aplicar o termo caso a instituição não exibisse nenhuma dessas características. O problema da indeterminação semântica ocorre quando o objeto ao qual se vai aplicar o termo exibe apenas algumas das características consideradas necessárias para a aplicação. Especificamente, o que falta para decidir a aplicação é saber se as características exibidas pelo objeto são suficientes para que se aplique o termo a ele.

Analogamente, no diagnóstico psicopatológico, pode bem ser que o caso que o clínico tem diante de si satisfaça alguns dos critérios necessários para que se lhe aplique a expressão que nomeia o transtorno. Mas sem a informação quanto à suficiência dos critérios exibidos no caso, surge a dificuldade em decidir pela aplicação ou não da expressão que nomeia o transtorno ao caso.

Um termo em que não se sabe quais são as condições de suficiência para sua aplicação padece de uma espécie de indeterminação semântica: a vagueza. Esse fenômeno foi amplamente estudado pelos filósofos que se ocupam da linguagem. A partir desses estudos constatou-se que a vagueza de um termo tem como aspecto essencial a existência de casos limítrofes. Um termo ou expressão vagos possuem forçosamente casos limítrofes, ou seja, casos em relação aos quais não se consegue determinar se esses termos ou expressões se aplicam ou não.

548

Um outro resultado importante dos estudos sobre a vagueza na filosofia da linguagem é que o estabelecimento arbitrário de um limiar de suficiência para decidir pela aplicação de um termo não elimina os casos limítrofes. Apenas os estabelece a partir de outras condições. Por exemplo, digamos que a aplicação da palavra “religião” a uma instituição dependa da presença de seis atributos. Os casos limítrofes para aplicação do termo “religião” nessa situação são aquelas instituições que exibem de um a cinco desses atributos. Estipular que a presença de apenas quatro atributos é suficiente para decidir pela aplicação do termo, apenas instaura como casos limítrofes as instituições que exibem de um a três dos atributos necessários.

Considerando-se a postura que os autores da CID e do DSM adotam frente à vagueza, verifica-se que a classificação da OMS optou por não explicitar os critérios de suficiência para o diagnóstico de um transtorno, mantendo a vagueza das expressões que nomeiam os transtornos, deixando os casos limítrofes para o debate clínico.

Já a classificação da Associação Psiquiátrica Americana, seguindo mais estritamente o ideário operacional e pragmático, optou pela eliminação da vagueza, especificando para cada transtorno ali descrito as condições individualmente necessárias e conjuntamente suficientes para que o clínico pudesse

decidir pela aplicação ou não da expressão que designa um transtorno a determinado caso. Essa opção, se logra eliminar a indeterminação semântica num certo nível, não a elimina totalmente, já que os casos limítrofes continuam existentes, apesar de terem sido formalmente banidos do diagnóstico por estipulação. Além do mais, é patente que tais condições de suficiência são estabelecidas arbitrariamente. Não se exhibe nessa classificação qualquer justificativa para o fato de que, em determinado transtorno, se considere suficiente a presença de uma quantidade mínima específica de sinais e sintomas pertinentes ao transtorno. Por fim, não há estipulação coletiva formal de critérios de suficiência para o diagnóstico que inviabilize, em última instância, o julgamento clínico de cada profissional. Caberá ao psicopatologista, de posse das informações pertinentes que recolheu junto ao paciente, das informações epidemiológicas disponíveis, dos resultados de eventuais exames e testes, formular, se for o caso, o diagnóstico.

A vagueza em psicopatologia vem sendo estudada recentemente (Rossi, 2008; Keil, Keuck, & Hauswald 2016), e configura-se como campo de reflexão crítica a somar-se a outras vertentes críticas interessadas no pensamento psicopatológico.

Conclusão

Neste artigo defendeu-se que a busca, promovida pela escola operacional e pragmática em psicopatologia, de uma maior confiabilidade diagnóstica deve levar em conta o papel da linguagem. Ao considerar esse papel, constatou-se que na caracterização dos sintomas psicopatológicos a ênfase deveria se deslocar das vivências, experiências e manifestações subjetivas para o relato sobre elas, este sim, portador de uma dimensão objetiva e observável. Essa mudança de ênfase nessa caracterização do sintoma exige considerar de maneira explícita, na estratégia adotada para incrementar essa confiabilidade, uma semântica, ou seja, uma teoria da significação, apenas pressuposta na estratégia. Além disso, essa mudança de ênfase tem implicações na concepção que se tem da natureza do sintoma psicopatológico. Ainda ao levar em conta a linguagem nessa busca, constatou-se que a estipulação de critérios de suficiência para o diagnóstico psicopatológico favorece um aumento da confiabilidade às expensas da consideração clínica dos casos limítrofes, estreitando assim a visada clínica da psicopatologia a partir do operacionalismo pragmático. Essas constatações, a partir dessas sumárias

considerações linguísticas, suplementam os discursos críticos de extração fenomenológica, psicanalítica e mesmo organicista à agenda operacional e pragmática em psicopatologia.

A psicopatologia como empreitada intelectual que se quer científica está sujeita às dificuldades impostas por um recurso que, para alguns, representa ao mesmo tempo um caminho incontornável, pois se conhecem as coisas e se partilha esse conhecimento por meio dele, e um obstáculo, graças às distorções a ele inerentes: a linguagem. Na tentativa de neutralizar esse caráter da linguagem percebido como incongruente, muitos autores se lançam numa agenda de saneamento, tentando, por um lado, ressaltar a importância da adoção de uma ordem unida na marcha desse tipo de conhecimento, exaltando sobretudo a padronização de termos e seus respectivos significados; por outro, agindo de maneira a manter a linguagem, juntamente com seu potencial desencaminhador, nos bastidores da cena onde se constrói laboriosamente o saber psicopatológico.

Todavia, não reconhecer as características específicas que a linguagem impõe ao por ela representado tem como consequência última, porém não única, uma representação excessivamente simplificada. Uma simplificação nos mesmos moldes daquela que decorre ao se adotar o operacionalismo em psicopatologia, conforme denunciam os psiquiatras europeus Josef Parnas e Pierre Bovet (2014).

Quando não se acolhe a tensão inerente ao uso da linguagem na empreitada psicopatológica, tentando reduzi-la a um código, a um fiel e cordato representante normativo de dados objetivos, simplifica-se excessivamente a representação dos fenômenos de interesse e desnorteia-se de maneira estéril aqueles que se debruçam sobre eles.

Agradecimentos: A Augusto Ismerim, mestrando do IPUSP, e a Rosa Diamand, psicóloga e psicanalista, pelos comentários e discussões valiosas sobre o texto. Sem a participação deles este texto não teria sido possível.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (M. I. C. do Nascimento, Trad.; 5a ed.). ArtMed.
- Baronett, S. (2009). *Lógica: uma introdução voltada para as ciências* (A. Laschuk, Trad.). Bookman.

- Bolton, D. (2008). *What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science and Values*. OUP Oxford.
- Bridgman, P. W. (1956). The present state of operationalism. In P. G. Frank (Ed.), *The Validations of Scientific Theories* (pp. 74-79). The Beacon Press.
- Cooper, J. E. et al. (1972). *Psychiatric Diagnosis in New York and London: A Comparative Study of Mental Hospital Admissions*. OUP Oxford.
- Dalgalarrodo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed.). Artmed.
- Davidson, D. (2001). *Subjective, Intersubjective, Objective Philosophical Essays Volume 3*. OUP Oxford.
- Dunker, C. (2018). Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não toda. In V. Safatle, N. da Silva Jr., & C. Dunker (Eds.), *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 317-351). Autêntica.
- First, M. B. (2015). *Manual de Diagnóstico Diferencial do DSM-5* (F. de S. Rodrigues, Trad.). Artmed.
- Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R., Graham, G., Sadler, J., Stanghellini, G., & Thornton, T. (Orgs.) (2015). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. OUP Oxford.
- Garrick, T. R., & Weinstock, R. (1994). Liability of Psychiatric Consultants. *Psychosomatics*, 35(5), 474-484.
- Goffman, E. (1981). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. LTC.
- Gray, G. E., & Pinson, L. A. (2003). Evidence-based medicine and psychiatric practice. *Psychiatric Quarterly*, 74, 387-399.
- Hempel, C. G. (1994). Fundamentals of taxonomy. In J. Z. Sadler, O. P. Wiggins & M. A. Schwartz (Eds.), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification* (pp. 315-331). The Johns Hopkins University Press.
- Jaspers, K. (1971). *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. 2 vols. Atheneu.
- Keil, G., Keuck, L., & Hauswald, R. (eds) (2016), *Vagueness in Psychiatry, International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (Orgs.) (2008). *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology and Nosology*. The Johns Hopkins University Press.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (Orgs.) (2012). *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*. Oxford University Press.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (Orgs.) (2014). *Philosophical issues in psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*. OUP Oxford.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (Orgs.) (2017). *Philosophical Issues in Psychiatry IV: Psychiatric Nosology*. OUP Oxford.
- Lacan, J., Kammerer, T., Wartel, R., Zarifian, É., Caroli, F., Leguil, F., Ginestet, D., Olivier-Martin, R., Samuel-Lajeunesse, B., Simon, P., Lanteri-Laura, G., & Gori, R. (1989). *A querela dos diagnósticos* (L. Forbes, Trad.). Jorge Zahar.

- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (D. Caetano, Trad.). Artmed.
- Parnas, J., & Bovet, P. (2014). Psychiatry made easy: Operacion(al)ism and some of its consequences. In Kendler, K. S., & Parnas, J. (Orgs.), *Philosophical issues in psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change* (pp. 190-212). OUP Oxford.
- Rossi, C. de C. (2008). A vagueza e a nosologia de Karl Jaspers. In G. Messas (Ed.), *Psicopatologia fenomenológica contemporânea*. Roca.
- Sadler, J. Z. (2005). *Values and Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (C. Dornelles, Trad.; 9ª ed.). Artmed.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o behaviorismo* (M. da P. Villalobos, Trad.). Cultrix/Edusp.
- Stengel, E. (1961). The problem of an international classification of mental disorders. In *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry* (Vol. I, pp. 81-83). Montreal.
- Wetzel, L. (2018). “Types and Tokens”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2018 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/types-tokens/>>.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of american psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 339-410.

552

Resumos

(Diagnostic reliability and language)

This article argues that the operational-pragmatic search for greater diagnostic reliability must consider the role played by language in psychopathological conceptualization. When conceptualizing psychopathological symptoms, the emphasis must shift from experience to reporting, which requires explicitly considering a semantics — that is, a theory of meaning — only presupposed. This shift in emphasis influences our understanding of the nature of the psychopathological symptom. In conclusion, stipulating sufficiency criteria for psychopathological diagnosis favors an increase in reliability in detriment of the clinical consideration of borderline cases, formally narrowing the clinical approach to psychopathology based on pragmatic operationalism.

Keywords: Diagnostic reliability, language, *borderline* case, symptom

(Fiabilité diagnostique et langage)

Cet article soutient que la recherche pragmatique-opérationnelle d'une plus grande fiabilité diagnostique doit tenir compte du rôle joué par le langage dans la conceptualisation psychopathologique. Lors de la conceptualisation des symptômes psychopathologiques, l'accent doit être déplacé de l'expérience vers le rapport, ce qui nécessite de considérer explicitement une sémantique, c'est-à-dire une théorie du sens, juste présupposée. Ce changement d'accent influence notre compréhension de la nature du symptôme psychopathologique. En conclusion, la stipulation de critères de suffisance pour le diagnostic psychopathologique favorise une augmentation de la fiabilité au détriment de la considération clinique des cas limites, rétrécissant formellement l'approche clinique de la psychopathologie basée sur l'opérationnalisme pragmatique.

Mots-clés: Fiabilité diagnostique, langue, cas limite, symptôme

(Fiabilidad diagnóstica y lenguaje)

En este artículo argumentamos que la búsqueda pragmática operativa de una mayor fiabilidad diagnóstica debe tener en cuenta el papel que desempeña el lenguaje en la conceptualización psicopatológica. En la conceptualización de los síntomas psicopatológicos, se debe pasar el enfoque de las experiencias al de informar sobre ellas. Esto requiere considerar explícitamente una semántica, es decir, una teoría del significado, solo presupuesta. Además, mostramos que este cambio de enfoque tiene implicaciones en la comprensión de la naturaleza del síntoma psicopatológico. También concluimos que el establecimiento de criterios de suficiencia en el diagnóstico psicopatológico favorece un aumento de la fiabilidad en la observación clínica de los casos límite, que estrecha formalmente el abordaje clínico de la psicopatología desde el operacionalismo pragmático.

Palabras clave: Fiabilidad diagnóstica, lenguaje, caso limite, síntoma

553

Citação/Citation: Rossi, C. de C., & Dunker, C. I. L. (2022, dezembro). Confiabilidade diagnóstica e linguagem. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 25(4), 534-554. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n4.534.3>.

Editor/Editor: Prof. Dr. Nelson da Silva Jr.

Submetido/Submitted: 19.7.2021 / 7.19.2021 **Revisado/Revised:** 13.10.2022 / 10.13.2022

Aceito/Accepted: 18.11.2022 / 11.18.2022

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Este trabalho não recebeu apoio. / This work received no funding.

Conflito de interesses/Conflict of interest: O autores declaram que não há conflito de interesses. / The authors declare that there is no conflict of interes.

CLAUDIO DE CARVALHO ROSSI

Mestre e doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br); Pós-doutorando pelo mesmo Instituto.
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária
05508-030 São Paulo, SP, Br
cdcrossi@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6594-1464>

554

CHRISTIAN INGO LENZ DUNKER

Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Br).
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Cidade Universitária
05508-030 São Paulo, SP, Br
chrisdunker@usp.br
<https://orcid.org/0000-0001-7335-4561>



This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes provided the original authors and sources are credited.