

Os Sistemas de Classificação em Psiquiatria em Fase de Crise? Foco no DSM-5^{a)}

The Classification Systems in Psychiatry in a Phase of Crisis? Focus on DSM-5

Maria Luísa Figueira*[✉]

“DSM still remains a system in scientific crisis waiting for a revolutionary solution”.

Massimiliano Aragona, 2015

RESUMO

A história das classificações psiquiátricas norte-americanas ilustra o percurso classificatório que se iniciou nos anos 60 a partir do caos em que estava imersa a questão do diagnóstico. Os dois primeiros sistemas (DSM-I e DSM-II) estavam influenciados pela escola psicoanalítica. Após a introdução do DSM-III em 1980 emergiu o paradigma neo-Kraepeliniano e o modelo médico de doença. Apesar de ter introduzido um maior rigor na definição e descrição das entidades nosológicas, revelou as suas limitações em termos da validade. As críticas a este paradigma levaram à argumentação de que o sistema classificativo mostrava sintomas de crise num sentido Kuhniano e, por este motivo poderia ter chegado o momento de uma revolução paradigmática. A revisão do DSM-IV e a implementação do DSM-5 em 2013 mostraram que este objectivo é, por enquanto, inalcançável. O resultado final é um sistema “híbrido” que já demonstrou a sua

vulnerabilidade tal o nível de crítica e refutação em curso

Palavras-Chave: Sistemas de Classificação; Validade; Psiquiatria.

ABSTRACT

Since the chaotic atmosphere of psychiatric diagnosis of the sixties, psychiatric classification systems followed several theoretical models. The first two systems – DSM-I and DSM-II – were influenced by psychoanalysis, predominant in USA hospitals. With the implementation of DSM-III, published in 1980, there was a shift towards a neo-Kraepelinian paradigm with an emphasis in the medical model, defining psychiatric disorders as medical diseases. The ongoing criticism regarding the poor validity of diagnostic categories and the failure to identify neurobiological markers led to the idea that classification showed symptoms of crisis in

* Clínica de Psiquiatria e Psicologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ✉ marialuisafigueira@gmail.com.

a) Baseado num trabalho apresentado oralmente no 7º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, que teve lugar a 10 e 11 de Março de 2017.

the Kubnian sense. The assumption that the moment had arrived for a scientific revolution in psychiatric classification led to a revision of DSM-IV and the development of a new system – the DSM-5. The final result showed a failure in this unrealistic and overambitious objective and the new system is an “hybrid” one with empirical similarities with the previous one.

Key-Words: *Classification Systems; Validity; Psychiatry.*

INTRODUÇÃO AOS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO NORTE-AMERICANOS

Em face do problema da “confusão de línguas” no campo psiquiátrico e dos impasses atingidos em função de concepções ontológicas dos transtornos mentais, a partir dos anos 60, a psiquiatria (sobretudo norte-americana) lança-se no projeto da construção de sistemas convencionais, baseados em critérios explícitos, formais e objetiváveis de diagnóstico e classificação das “*mental disorders*” ou perturbações mentais.

Os sistemas de classificação iniciais e anteriores ao actual DSM-5 estavam profundamente determinados pelas escolas psiquiátricas vigentes e que dominavam a psiquiatria norte-americana, principalmente a escola psicanalítica. O primeiro sistema de classificação (DSM-I) “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” foi publicado em 1952¹. Anteriormente a esta data, os psiquiatras norte-americanos trabalhavam em grandes hospitais estatais (asilos psiquiátricos) e a sua preocupação não era a classificação das perturbações em entidades nosológicas, mas a

identificação de sintomas e comportamentos dos doentes dum ponto de vista meramente pragmático. Não havia concordância entre a identificação dos sintomas e a relevância que lhes era atribuída e o mesmo doente podia ser abordado de maneiras radicalmente distintas por diferentes psiquiatras. O único trabalho empírico conhecido neste período é o de Thomas V. Moore (1930, 1933)^{2,3} que estuda uma amostra de 367 doentes psicóticos internados nos hospitais psiquiátricos na área de Washington. A partir de uma base de dados de 40 sintomas faz uma análise factorial e encontra 8 factores que denomina: “defeito cognitivo”, “síndrome catatónico”, “síndrome desinibido ou cinético”, “síndrome maníaco não-eufórico”, “síndrome maníaco eufórico”, “síndrome delirante alucinatório”, “síndrome de depressão constitucional hereditária” e “síndrome de depressão retardada” (cit. em Roger Blashfield RK et cols, 2014)⁴. No entanto, os agrupamentos de sintomas encontrados por Moore não revelaram estabilidade. Em trabalhos subsequentes (do próprio autor, entre outros) com a junção de outros dados e diferentes métodos estatísticos os resultados variavam significativamente.

- O DSM-I é desenvolvido depois da II Guerra Mundial e é uma primeira tentativa de sistematizar o caos no diagnóstico em Psiquiatria. Criaram-se 128 categorias (entidades) organizadas hierarquicamente: doenças orgânicas vs funcionais. Muito influenciado pelo modelo psicanalítico, dentro das doenças funcionais tinha três subdivisões: psicóticas, neuróticas e do carácter ou personalidade. Por outro lado, era abundante

o uso do termo “reacção” baseado na suposição de que as perturbações mentais seriam produzidas pelas circunstâncias e acontecimentos de vida.

- O DSM-II é publicado em 1968⁵ (incluía 193 diagnósticos ou entidades). Neste sistema, está mantida a influência de uma concepção psicodinâmica da psicopatologia. É incluída uma secção de perturbações da infância e adolescência e uma secção de desvios sexuais (Homossexualidade, Fetichismo, Pedofilia, Travestismo, Exibicionismo, Voyeurismo, Sadismo, e Masoquismo) listados como formas oficiais de doença mental, mantendo-se a designação de “reacção” para muitas patologias.

É a inclusão da homossexualidade que levanta uma enorme polémica nos EUA. Um número crescente de protestos e uma controvérsia entre psiquiatras foram sintetizados num documento elaborado por um comité presidido por Robert Spitzer (APA, 1973)⁶ em que se concluía que a homossexualidade, em si mesma, não preenchia os requisitos necessários para ser considerada uma doença mental, levando à recomendação de que este diagnóstico fosse removido das classificações psiquiátricas. Nesta mesma edição, verificou-se uma importante revisão terminológica – o termo “reacção” foi abolido de todas as perturbações do adulto. Foi o primeiro passo numa tentativa de tornar o sistema de classificação a-teorético evitando a adesão a qualquer teoria etiopatogénica (Houts AC, 2000)⁷. O racional para esta decisão estava já sumariado num artigo de Spitzer e Wilson publi-

cado em 1968⁸, logo após a saída do DSM II e refletia a opinião de parte da comunidade psiquiátrica da necessidade de não aderir a nenhuma teoria quando se designasse uma perturbação.

Em 1973 e anos subsequentes, com a influência desta corrente empírica, inspirada pelos trabalhos de Kraepelin e designada por *neo-kraepeliniana*, ficou evidente que seria necessária uma nova edição para remover todos os conceitos psicanalíticos do sistema de classificação. Um aspecto das classificações que começa a ser evidente neste novo paradigma é a muito baixa fidelidade do diagnóstico e as diferenças substanciais entre os psiquiatras americanos e os europeus. Vários artigos e trabalhos empíricos contribuíram para a consciência colectiva desse facto. Salientamos, entre outros, um artigo publicado em 1975 por Overall e Woodward⁹ que comparava a descrição feita por psiquiatras americanos e franceses de uma amostra de doentes psiquiátricos e a verificação que diferiam substancialmente. Um segundo artigo com a conclusão dum projeto internacional de diagnóstico entre os Estados Unidos da América (EUA) e o Reino Unido (UK) (Kendall e cols., 1971)¹⁰ mostrou a mesma diferença. Um conjunto de oito vídeos de doentes dos dois países eram mostrados a psiquiatras dos EUA e UK. A média dos diagnósticos dos psiquiatras americanos era de esquizofrenia, enquanto que os psiquiatras ingleses os classificaram como maníaco-depressivos, esquizofrenia e perturbações da personalidade. O diagnóstico de esquizofrenia parecia ser hiperinclusivo nos EUA, bastando apenas um sintoma psicótico para o diagnóstico dessa patologia.

É neste contexto, que nasce o movimento conhecido por “Grupo de Saint Louis” (Universidade de Washington) que visava validar as definições operacionais para as categorias diagnósticas da perturbação mental (Feighner JP, Robins E, Guze e cols, 1972¹¹ e, posteriormente, Spitzer e cols, 1978¹²). Para a identificação dos doentes, as definições operacionais das categorias de diagnóstico consideradas válidas assumiam a forma de critérios explícitos de diagnóstico. Estes critérios consistiam num conjunto de características, em que um número específico teria de estar presente para que fosse colocado um diagnóstico. Extensas investigações para determinar a fidelidade e validade dos critérios de diagnóstico foram conduzidas neste período, em diversos locais dos EUA, coordenados por Spitzer, Endicott e Robins¹² usando como instrumento, entre outros, uma entrevista estruturada baseada num manual com a descrição das definições operacionais.

- O DSM III publicado em 1980¹³, após esta extensa pesquisa empírica, foi uma ruptura ideológica com os sistemas anteriores. O objectivo principal de todo o esforço da equipe liderada por Robert Spitzer foi o de encontrar um “discurso” homogéneo de base empírica para a descrição dos sintomas psiquiátricos e, com base neste rigor, aspirar a encontrar as bases biológicas das perturbações mentais. No DSM-III, cada entidade diagnóstica possuía critérios operacionalizados com descrição dos sintomas, idade de início, prevalência de género, curso da doença, padrão familiar, características associadas, com-

plicações e diagnóstico diferencial. O modelo de diagnóstico seguia em parte os trabalhos de Kraepelin (base empírica, descrição clínica) e era um modelo essencialmente médico.

- A terceira edição revista (DSM-III-R, 1987)¹⁴ assim como a 4ª edição DSM-IV (1994)¹⁵ eram conceptualmente semelhantes ao DSM-III. Alguns critérios específicos foram modificados, com base em estudos posteriores a esta última publicação, mas a aproximação ao diagnóstico mantinha o modelo médico.

CRÍTICAS AO MODELO NEO-KRAEPELIANO

Várias foram as razões que levaram, nos últimos anos, a um conjunto de críticas ao modelo neo-Kraepeliniano. Uma das principais foi o insucesso dos esforços de investigação para descobrir etiologias válidas a partir de diagnósticos categoriais mais ou menos fiáveis e supostamente definidos com rigor. A heterogeneidade fenotípica determinando excessivos índices de comorbilidade nas categorias diagnósticas, tem sido apontada como uma das causas principais para a ausência de resultados.

Para se compreender as consequências desta crise de confiança no paradigma neo-Kraepeliniano e as suas implicações para o DSM-5, teremos de aprofundar a análise dos princípios que o informam. De acordo com Mario Maj (2017)¹⁵ os princípios básicos do paradigma neo-Kraepeliniano podem ser observados no quadro seguinte (Quadro I).

Quadro I. Princípios básicos do paradigma neo-Kraepeliniano (adaptado de Mario Maj, 2017).

1	O domínio da psiquiatria consiste em “doença mentais discretas” (categoriais com limites bem definidos)
2	Há limites claros entre o normal e o patológico
3	A validade das entidades diagnósticas discretas deverá ser gradualmente melhorada através de investigações laboratoriais, estudos de seguimento e estudos familiares
4	Uma vez validadas as entidades discretas a variação dos sintomas deve ser explicada (como na medicina em geral) por uma etiologia subjacente comum
5	As entidades nosológicas uma vez validadas devem ser alvo de intervenções terapêuticas específicas

Quais as controvérsias e dúvidas que contradizem os princípios neo-Kraepelinianos? Os dois primeiros princípios básicos deste paradigma expressos no Quadro I: (1) o domínio da psiquiatria consiste em “doença mentais discretas” e (2) há limites claros entre o normal e o patológico, têm sido questionados em termos da sua universalidade e dos limites à sua aplicabilidade¹⁵.

Em primeiro lugar, considera-se discutível que o domínio da psiquiatria consista apenas em entidades discretas. Verificam-se padrões intercorrelacionados de experiências descritas (sintomas) e comportamentos observados (sinais) que permitem aos profissionais fazer inferências não-triviais sobre o curso e o manejo (designadas por validade preditiva, validade pragmática ou utilidade clínica). A noção que estes padrões de perturbação mental sejam independentes uns dos outros não se provou ser válida. Há uma continuidade e muitas vezes uma coexistência entre estes padrões (veja-se o caso da depressão e da ansiedade entre outros) o que conduz a que a comorbidade não seja apenas um artefacto dos nossos sistemas actuais de diagnóstico, mas uma característica intrínseca à psicopatologia e à sua variedade

de expressiva. Em segundo lugar, a evidência científica não suporta os limites claros entre o normal e o patológico em todas as perturbações. A investigação dos principais padrões das doenças mentais sugere uma continuidade entre as formas completamente diagnosticáveis e algumas experiências, comportamentos e traços, relativamente comuns na população em geral. Um terceiro aspecto, limitativo das classificações psiquiátricas, é que nem todos os padrões de perturbação mental são entidades ou tipos naturais, sendo que os sistemas de diagnóstico psiquiátrico são, tão somente, uma coleção de entidades intrinsecamente diferentes, algumas mais próximas das entidades “naturais”, outras que representam problemas de saúde mental.

A dificuldade em validar as entidades nosológicas, a partir de estudos psicossociais ou por marcadores biológicos e em determinar as consequentes terapêuticas específicas, veio questionar as expectativas iniciais quando do desenvolvimento do DSM-III e IV (pontos 3, 4 e 5 do Quadro I). Apesar da imensa investigação produzida, não foi ainda encontrado nenhum marcador biológico específico dos síndromes psiquiátricos, cujos estudos epidemiológicos

e clínicos têm mostrado índices elevados de comorbilidade para a maioria das entidades definidas o que fragiliza a sua validade. Por outro lado, os estudos genéticos têm fornecido dados escassos e contraditórios. Verifica-se que as mesmas variantes genéticas (comuns e raros) podem estar associadas, de forma não específica, com vários padrões de doença mental (por exemplo na doença bipolar e esquizofrenia). Nem mesmo os estudos das interações genes-ambiente têm revelado especificidade na medida em que o mesmo tipo de exposição ambiental pode aumentar o risco para diferentes padrões de doença mental, sendo o inverso também verdadeiro – muitos tipos de exposição ambiental podem aumentar o risco para o mesmo padrão de doença mental. Segundo Mario Maj¹⁵ podemos sintetizar as críticas ao modelo de causalidade implícito: “um modelo determinístico simples (aplicável às doenças infecciosas) não pode ser estendido às doenças mentais que são o produto de interações complexas de uma variedade de factores de vulnerabilidade, protetores e precipitantes”.

UM NOVO PARADIGMA PARA ULTRAPASSAR A CRISE? O DSM-5

A obra de Thomas Khun (1962) sobre a estrutura das revoluções científicas¹⁶ serviu de inspiração para uma análise da crise da classificação psiquiátrica e para o suporte teórico na defesa da necessidade de um “novo” paradigma com modificações fundamentais nos conceitos básicos e práticas experimentais da “ciência” taxonómica das doenças mentais. Objectivo demasiado ambicioso e carente dos fundamentos epistemológicos e científicos necessários para revolucionar a nosologia

psiquiátrica? A criação do DSM-5, daí decorrente, veio mostrar que de facto o objectivo de “revolucionar” as classificações era irrealista e dificilmente atingível no estado actual dos conhecimentos.

O grupo de trabalho que se constituiu em 2006 sob a direcção de David Kupfer e Darrel Regier, (que em 2002 já tinham publicado e editado um texto com uma “agenda” de investigação para um novo DSM)¹⁷ faz uma revisão da literatura científica, analisa uma imensidão de dados e anexa variados colaboradores com vista à revisão dos diagnósticos existentes. Para a demonstração empírica da fiabilidade dos diagnósticos, foram feitos amplos ensaios de campo em vários locais e contextos clínicos. Ao contrário do que havia sucedido com as versões anteriores do manual de classificação, os trabalhos para o DSM-5 mantiveram-se, pelo menos até 2009, num total secretismo sob uma chuva de protestos e debates na imprensa escrita. Finalmente publicado em 2013¹⁸, doze anos depois do processo ter sido iniciado, continua a suscitar críticas, interrogações e debates. A história da criação do DSM-5 está muito bem relatada no livro de Jeffrey A. Lieberman, (2016)¹⁹.

Apesar das críticas e pretensões verificamos que no DSM-5, persiste o paradigma neo-Kraepeliniano. Foi mantido o foco na etiologia neurobiológica a partir de testes laboratoriais, dados de neuroimagem e genéticos com o objectivo de encontrar marcadores biológicos a incorporar no diagnóstico e também na estrutura classificativa a partir de critérios e categorias de diagnóstico. As mudanças prenderam-se principalmente com a abolição dos eixos de diagnóstico, com a consequente separação

da avaliação da incapacidade no diagnóstico, com diagnósticos dimensionais substituindo os categoriais e com a incorporação de síndromes de risco e prodrômicos com objetivos da intervenção precoce. Pretendeu-se também obter uma redução dos diagnósticos SOE a favor de categoriais específicas e uma redução da comorbilidade.

Não cabe no âmbito deste artigo discutir todas as mudanças introduzidas no DSM-5, mas salientar questões cruciais como é o caso da introdução da natureza dimensional nas entidades diagnósticas.

A *dimensionalização* do diagnóstico emerge a partir de vários dados clínicos que apontavam no sentido da existência de limites pouco precisos entre várias categorias diagnósticas, das dificuldades em distinguir, em certas patologias, as perturbações do Eixo I e até do Eixo II e dos casos sublimiáres, bem como, a presença de muitos sintomas inespecíficos em relação a categorias concretas de diagnóstico. Este objectivo não foi integralmente concretizado no DSM-5, provavelmente por falta de consenso sobre qual o modelo dimensional a adoptar (Aragona, 2014)²⁰. A opção foi criar especificadores de dimensões de gravidade dos vários tipos de sintomas (dimensões de traço). Num espaço multidimensional cada sujeito estaria colocado num ponto desse sistema e supostamente a heterogeneidade dentro de cada categoria seria eliminada (cada ponto seria, supostamente, em si mesmo uma categoria homogénea), as apresentações subclínicas ou infra-limiáres estariam incluídas (redução dos diagnósticos SOE) e os síndromes de risco e prodrômicos estariam no ponto mais baixo de cada

dimensão. Para validar este modelo foram criadas escalas de gravidade, colocadas no site do DSM-5, para serem aplicadas pelos clínicos e posteriormente re-enviadas para o mesmo site. Estas escalas contêm medidas de dois tipos: medidas de autoavaliação da gravidade para perturbações específicas no adulto, crianças e adolescentes (depressão, ansiedade de separação, fobias, ansiedade social, pânico, agorafobia, etc.) e medidas hetero-avaliadas pelo clínico (*spectrum* do autismo, sintomas psicóticos, perturbação de sintomas somáticos, etc.). O *desiderato* deste procedimento seria que a análise estatística da massa de dados recolhida com investigações actuais e futuras levaria à “descoberta” das descontinuidades dimensionais e à emergência dos pontos de corte (estatisticamente válidos) entre o normal e o patológico. Esperar-se-ia num futuro, com este complexo procedimento de base estatística, conseguir melhorar a fidelidade dos diagnósticos, fazer a distinção entre a experiência normal e a doença, obter uma caracterização dos sintomas que estão situados num sublimiar de diagnóstico e obter uma descrição das perturbações clinicamente significativas e deste modo, fazer previsões e actuar precocemente num sentido preventivo.

Persistem importantes questões de validade por resolver nesta classificação “híbrida” – dimensional e categorial -, nomeadamente, o facto do sistema implementado ser complexo e dificilmente interpretável. Uma vez que as implicações da dimensionalização para a validade conceptual (distinção entre perturbação e variação do normal) não foram previamente estudadas, a validade de constructo

não pode ser atingida sem uma inexistente validade prévia que distinga o domínio das “perturbações” do “mal estar normal”. De facto, não há uma base empírica para validar as escalas de gravidade sintomática. A dimensão surgiu antes da conceptualização e operacionalização do que é um limiar e é imposta com a esperança que do estudo estatístico possa emergir a distinção normalidade *vs* doença. Pergunta-se: serão as dimensões de gravidade indicadores suficientes de uma perturbação? Será que refletem necessariamente uma disfunção? Há situações normais que são sintomaticamente graves e há muitas perturbações que têm um grau sintomático ligeiro ou moderado. No final, quando a disfuncionalidade é confundida com doença há diagnósticos que são falsos positivos (Jerome C. Wakefield, 2016)²¹.

Será de facto o DSM-5 um novo paradigma no sentido de Kuhn? Fica claro, na análise do resultado final, que a resposta é negativa. Geralmente um paradigma científico em crise, é substituído por um novo quando se dá uma revolução científica na qual um novo modelo vai resolver as discrepâncias e anomalias do modelo anterior. A consciência coletiva destas anomalias é uma condição necessária mas não suficiente para uma revolução científica²⁰ e foi o que não se verificou com o DSM-5. No resultado final do DSM-5 constata-se que: (1) a própria definição de “perturbação mental”, baseada em síndromes que refletiriam uma “disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou desenvolvimentais subjacentes ao funcionamento mental”, por ausência de qualquer especificação ou conceptualização da sua natureza, pouco modifica a estrutura geral do

sistema de classificação que continua a ser de conjuntos operacionalizados de critérios de diagnóstico; (2) os critérios de diagnóstico não foram simplificados. Pelo contrário, a introdução de novos subtipos e de especificadores de gravidade só tornou o sistema mais complexo e difícil de aplicar na clínica; (3) a introdução de conceitos derivados da cultura como o “*distress*” e causas culturais de explicação ou percepção da doença, embora importantes, não vieram trazer uma real modificação ao diagnóstico; (4) a crise do sistema categorial das versões anteriores do DSM foi claramente reconhecida mas o resultado não foi uma revolução dimensional. O sistema do DSM-5 limitou-se a integrar características dimensionais num sistema de categorias de diagnóstico já existentes, mantendo a sua heterogeneidade interna²⁰. O número de diagnósticos aumentou em relação às edições anteriores (Quadro II) pela introdução de novas diagnósticos, alguns polémicos, e pelas dificuldades de delimitação da normalidade²². A distinção entre o normal e a doença ficou menos clara, obscureceu-se a distinção entre o mal estar normal e a perturbação. O que poderia ser benéfico para os clínicos trabalhando na comunidade pode transformar-se numa “patologização” do mal-estar humano, conduzir a um uso inapropriado de medicação ou outros recursos, com o risco de diagnósticos falso positivos. Os exemplos mais criticados, por exemplo por Allen Francis (coordenador do DSM-IV)²² pelo risco de classificar como doença mental o que poderiam ser comportamentos excessivos estão: a “Perturbação Neurocognitiva Ligeira”, a “Perturbação de Desregulação do Humor Disruptivo” a “Perturbação de Ingestão Ali-

mentar compulsiva” ou a “Perturbação de Sintomas Somáticos”.

A realidade é que a fiabilidade do diagnóstico melhorou, mas está aquém da desejável em muitas patologias, principalmente na ansiedade e depressão major, onde os valores de concordância entre pares atingem valores muito baixos, respectivamente 0,2 e 0,28 (valores de Kappa). Persiste uma baixa validade do diagnóstico, persiste o desconhecimento duma base etiopatogénica que possa constituir o fundamento e o ponto de partida para a classificação dos sintomas em entidades de doença, não se ultrapassou a marcha inversa (Kraepeliniana e neo-Kraepeliniana) em que

partindo dos agrupamentos sintomáticos se procurava encontrar uma etiologia subjacente²⁰.

A revisão do DSM foi um processo com múltiplas dificuldades e objectivos inatingidos. Podemos antecipar um período de maior turbulência na área da classificação. O DSM-III tinha colocado a psiquiatria numa zona de “conforto” epistemológico, na solidez de um domínio social e médico. O DSM-5 foi um processo inacabado mas, apesar de tudo, teve a vantagem de ter recolocado um conjunto de questões epistemológicas desafiantes e abalado os alicerces do neo-positivismo dominante contudo não tendo escapado à sua influência.

Quadro II. Edições do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”.

Edição	Data de publicação	Número de páginas	Número de diagnósticos
DSM-I	1952	132	128
DSM-II	1968	119	193
DSM-III	1980	494	228
DSM-III-R	1987	567	253
DSM-IV	1994	886	383
DSM-IV-TR	2000	943	383
DSM-5	2013	947	541

QUAL O FUTURO DO DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA?

A solução estará no projecto dos RDoCs? Nos sistemas baseados numa teoria de redes (“network models”)? O projecto RDoC (“*Research Domain Criteria*”), lançado pelo “*National Institute of Mental Health nos E.U.A.*”, (Thomas Insel e cols.2010)²³ é baseado numa teoria modular da mente que seria composta por unidades funcionais sin-

gulares que podem cada uma delas perturbar-se separadamente. Utiliza domínios funcionais de perturbação baseados na ideia de que a mente é o cérebro e que o cérebro seria uma espécie de maquina afectada a diferentes níveis. Visa gerar um sistema de diagnóstico baseado nas neurociências e ciências do comportamento, mas é questionável se esta é a etiologia das perturbações psiquiátricas. Poderíamos argumentar que a aproximação

do RDoC segue um princípio bem conhecido na ciência empírica: “o que pode ser medido determina o que é encarado como relevante e finalmente como sendo a própria realidade”. A teoria de redes complexas (“network theory”) das perturbações mentais baseia-se no desenvolvimento de métodos estatísticos que permitem estimar redes empíricas de sintomas psicopatológicos (L. Boschloo, 2015)²⁴. As perturbações mentais são conceptualizadas como um sistema interactivo de sintomas com relações de causalidade entre si (um sintoma é causa de outro e nesta sucessão encontram-se as ligações entre eles). Segundo esta teoria não sendo (ainda) possível encontrar mecanismos de doença para as perturbações mentais, os sintomas em vez de serem efeitos duma causa comum teriam uma relação causal entre si e estariam ligados em redes representáveis graficamente. Se é questionável que as perturbações mentais possam ser decompostas em funções modulares como é preconizado nos sistemas RDoC, a causalidade entre sintomas, base da construção de redes, é uma parcialização da realidade clínica e baseia-se em fenómenos probabilísticos de superfície (validade apenas facial).

A mente tem uma variedade de possíveis tipos de perturbação – via terminal comum duma combinação de influências ou mecanismos a todos os níveis incluindo a interação entre o organismo e o ambiente – e é muito mais provável que estejamos a lidar com vias terminais comuns de redes complexas de sintomas por processos cerebrais sobreponíveis que são inerentemente “fuzzy” ou sobrepostos.

Os sistemas DSM criteriológicos levaram a um declínio da psicopatologia. Como resulta-

do um psiquiatria do futuro pode saber tudo sobre imagiologia cerebral, sobre os sistemas de alerta e de recompensa no cérebro, mas ser incapaz de distinguir os quadros clínicos psicopatológicos. Frequentemente os sintomas não existem como “objectos” mentais mas estão imersos num contexto alterado ou na estrutura da experiência. Urge reestabelecer a psicopatologia como a ciência fundamental da subjectividade, substituir um sistema puramente criteriológico (útil para estudos epidemiológicos) por um sistema integrado que possa enriquecer e retomar a dimensão que é a essência da psiquiatria – a compreensão metodologicamente conduzida da experiência subjetiva do doente (Fuchs, 2017)²⁵. É necessário ter um sistema de classificação e assumir que em Psiquiatria existem “entidades de doença”? Não podemos “navegar” em dados dispersos e caóticos que diariamente surgem na literatura, sem um processo continuado de revisão e sistematização, assim como depender dum conhecimento meramente clínico individualizado. Os estudos científicos e epidemiológicos em psiquiatria só podem ter rigor se existir uma linguagem comum, um quadro de referencia nosográfico que reduza as ambiguidades e as ideologias que, de forma explícita ou implícita, estarão sempre presentes. Pagamos um preço por este reducionismo taxonómico, mas se tivermos a consciência dos seus limites e incompletudes, podemos assumi-lo de forma crítica e construtiva.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

O autor declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The author has declared that no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / Funding:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author has declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. American Psychiatric Association. DSM I. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washington DC, 1952.
2. Moore TV, The empirical determination of certain syndromes underlying praecox and manic-depressive psychoses. Am. J. Psychiatry, 1930, 86:719–38.
3. Moore TV, The essential psychoses and their fundamental syndromes. Stud. Psychol. Psychiatry, 1933, 3, 1–28.
4. Roger K. Blashfield, Jared W. Keeley, Elizabeth H. Flanagan, Shannon R. Miles. The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014, 10:25–51.
5. American Psychiatric Association. DSM—II. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington DC, 1968.
6. Robert Spitzer, A proposal About Homosexuality and the APA Nomenclature: Homosexuality as One Form of Sexual Behavior and Sexual Orientation Disturbance as a Psychiatric Disorder, APA Task Force on Nomenclature and Statistics, June 7, 1973.
7. Houts AC, Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 203. J Clin Psychol. 2000 Jul;56(7), 935-67.
8. Spitzer RL, Wilson PT, A guide to the American Psychiatric Association's new diagnostic nomenclature, Am J Psychiatry, 1968 Jun,124(12),1619-29.
9. Overall JE,Woodward J, Conceptual validity of a phenomenological classification of psychiatric patients, J. Psychiatr. Res. 1975, 12, 215–30.
10. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JRM, Sharpe L, Gurland BJ, Diagnostic criteria of American and British psychiatrists, Arch. Gen. Psychiatry 1971, 25,123–30.
11. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff TA, Winokur G, Munoz R, Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry 1972, 26,57–63.
12. Spitzer RL, Endicott J, Robins E, Research diagnostic criteria. Arch Gen Psychiatry, 1978, 35, 773-782.
13. American Psychiatric Association. DSM- III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., revised. Washington DC, 1987.
14. American Psychiatric Association. DSM—IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Washington, DC, 1994.
15. Mário Maj. La crisis de confianza en el paradigma del DSM y el futuro del diagnóstico psiquiátrico. Com. Oral. 24 Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatria. Barcelona. Abril 2017.
16. Thomas S. Kuhn, The Structure of Scientific Revolutions. University of Chicago Press, Publicado em 1962, 2ªed 1970, 210 pag.
17. Kupfer DJ, First MB, Regier DA., Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA. (Eds) A Research Agenda for DSM-V. 2002, American Psychiatric Association, Washington DC: xv-xxiii.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.
19. Lieberman Jeffrey A, Psiquiatras – Uma História por Contar. Lisboa. Temas & Debates. 2016. 416 pag.
20. Aragona, Massimiliano, Epistemological reflections about the crisis of the DSM-5 and the revolutionary potential of the RDoC project, DIAL PHIL MENT NEURO SCI 2014; 7(1): 11-20.
21. Jerome C. Wakefield, Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem, Annu.Rev-Clin.Psychol. 2016, 12, 105-132.
22. Allen Frances. Saving Normal. An insiders Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnoses, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. Harper Collins Publishers, NY, 2013, 314 pag.
23. Thomas Insel, Bruce Cuthbert et al., Research Domain Criteria (RDoC): Toeard a New Classification Framework for Research on Mental Disorders, Tha Am J Psychy. 2010, 167, Issue 7, 748-751.
24. Lynn Boschloo, Claudia D. van Borkulo, Mijke Rhemtulla, Katherine M. Keyes³, Denny Borsboom, Robert A. Schoevers, The Network Structure of Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, PLOS ONE, 2015, 14, 5-12.
25. Thomas Fuchs, La crisis de los diagnósticos psiquiátricos y el papel de la psicopatología fenomenológica, Com. Oral. 24 Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatria. Barcelona. Abril 2017.