

Classificações em psiquiatria: uma história conceitual

Classifications in psychiatry: a conceptual history

GERMAN E. BERRIOS¹

¹ University Lecturer em Psiquiatria e Consultant em Neuropsiquiatria, Departamento de Psiquiatria, Universidade de Cambridge

Recebido: 31/03/2008 – Aceito: 22/04/2008

Resumo

Contexto: As análises históricas sobre classificações psiquiátricas foram até agora escritas sob uma perspectiva preconcebida. Essas análises assumem duas pressuposições: 1) a ação de classificar é inerente à mente humana; e 2) os ‘fenômenos’ psiquiátricos são objetos naturais estáveis. **Objetivos:** O objetivo deste artigo é fornecer um esboço da evolução das classificações psiquiátricas sob o ponto de vista da história conceitual*, que pode ser definida como uma investigação teórica e empírica dos princípios, das técnicas e dos contextos nos quais os alienistas conduziram sua tarefa classificatória. Assume-se que todas as classificações psiquiátricas sejam produtos culturais e procura-se responder à questão da possibilidade de os modelos classificatórios importados das ciências naturais serem aplicados a construtos humanos (tais como doença mental), por definição baseados em ‘semânticas personalizadas’. **Métodos:** Exemplos da atividade classificatória são primeiramente mapeados e contextualizados. Sugere-se, então, que em cada período histórico a elaboração de classificações tenha-se dado como num jogo de xadrez, em que todo movimento é governado por regras. Isso é ilustrado por uma análise do debate francês sobre classificações, ocorrido em 1860-1861. **Resultados e conclusões:** 1) A medicina não é uma atividade contemplativa, mas, sim, uma atividade modificadora; portanto, as classificações têm valor apenas na medida em que possam produzir novas informações sobre os objetos classificados. 2) O fato de as classificações não funcionarem bem (ou seja, de se comportarem como meros instrumentos descritivos) não significa que devam ser abandonadas. O trabalho conceitual precisa continuar identificando ‘invariantes’ (ou seja, elementos estáveis que ancorem as classificações à ‘natureza’). 3) Na medida em que os transtornos mentais representam mais do que epifenômenos comportamentais envolvendo alterações moleculares estáveis, as invariantes ‘neurobiológicas’ podem não funcionar adequadamente. A estabilidade depende de contingências temporais (conjunturas). Além disso, é improvável que classificações baseadas em genes venham a ser consideradas como classificação de transtornos mentais. Elas teriam baixo poder preditivo pela falta de informação sobre os códigos definidores de doença mental. Por outro lado, as invariantes ‘sociais’ e ‘psicológicas’ têm seus próprios problemas.

Berrios, G.E. / *Rev. Psiq. Clín* 35 (3); 113-127, 2008

Palavras-chave: Classificação, diagnóstico, categoria natural, psiquiatria, taxonomia.

Abstract

Background: Historical accounts of psychiatric classifications have hitherto been written in terms of a ‘received view’. This contains two assumptions, that: (i) the activity of classifying is inherent to the human mind; and (ii) psychiatric ‘phenomena’ a restable natural objects. **Objectives:** The aim of this article is to provide an outline of the evolution of psychiatric classifications from the perspective of conceptual history. This is defined as a theoretical and empirical inquiry into the principles, sortal techniques and contexts in which alienists carried out their task. It

Este artigo é dedicado ao Dr. Mikuláš Teich, um dos grandes historiadores da ciência do século XX, por ocasião de seu octogésimo aniversário. Tenho tido o privilégio de desfrutar, primeiro em Oxford e agora em Cambridge, de seus ensinamentos e amizade.

Artigo publicado no *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1999;33:145-60 [Tradução de Paulo C. Sallet, autorizada por editor (Dr. Peter Joyce) e Prof. Berrios].

* História conceitual designa um ramo das ciências humanas que se ocupa da semântica, etimologia e mudanças no significado dos termos como parte importante na compreensão cultural, conceitual e lingüística contemporânea. Trata da evolução dos paradigmas como sistemas de idéias ao longo do tempo, com base na compreensão de valores e práticas particulares de cada período histórico [NT – nota da tradução].

Endereço para correspondência: German E. Berrios. Addenbrooke’s Hospital, Hills Road, Cambridge CB2 2QQ, United Kingdom. Email: geb11@cam.ac.uk

assumes that all psychiatric classifications are cultural products, and endeavours to answer the question of whether classificatory models imported from the natural sciences can be applied to man-made constructs (such as mental illness) definitionally based on 'personalised semantics'. **Methods:** Exemplars of classificatory activity are first mapped and contextualised. Then, it is suggested that in each historical period crafting classifications has been like playing a game of chess with each move being governed by rules. This is illustrated by offering an analysis of the 1860-1861 French debate on classification. **Results and conclusions:** (1) Medicine is not a contemplative but a modificatory activity and hence classifications are only valuable if they can release new information about the object classified. (2) It should not be inferred from the fact that psychiatric classifications are not working well (i.e. that they only behave as actuarial devices) that they must be given up. Conceptual work needs to continue to identify 'invariants' (i.e. stable elements that anchor classifications to 'nature'). (3) Because mental disorders are more than unstable behavioural epiphenomena wrapped around stable molecular changes, 'neurobiological' invariants may not do. Stability depends upon time frames. Furthermore, it is unlikely that gene-based classifications will ever be considered as classifications of mental disorders. For once, they would have low predictive power because of their lack of information about the defining codes of mental illness. 'Social' and 'psychological' invariants have problems of their own.

Berrios, G.E. / Rev. Psiq. Clín 35 (3); 113-127, 2008

Key-words: Classification, diagnosis, natural kinds, psychiatry, taxonomy.

Introdução

Guiadas por regras nem sempre identificáveis na perspectiva do presente², a maioria das culturas humanas³ atravessou períodos de zelo classificatório e produziu mais do que se poderia prever em termos de 'classes' de objetos, reais e ideais, povoando seu universo.

A cultura ocidental e sua medicina não foram exceção e, desde os tempos clássicos, todas as formas de moléstia humana, incluindo-se as pertencentes ao comportamento e/ou à mente, foram assiduamente classificadas⁴.

Uma dessas tendências classificatórias, principalmente com relação a plantas, animais e linguagem, ocorreu no Ocidente durante o século XVII⁵. No final do século XVIII⁶, ela tinha sido generalizada para toda a criação e crucialmente investida da crença de que 'classificar' fosse algo inerente ao homem⁷, que, por sua vez, conduziu essa tarefa de acordo com regras cognitivas escritas seja em seu cérebro⁸, mente⁹ ou linguagem¹⁰. A partir daí, a discussão não foi mais sobre dever-se ou não classificar, mas sim sobre como classificar¹¹, questão que permanece até os dias de hoje. De acordo com a maioria, os agrupamentos deveriam ser formados em termos de características 'privilegiadas'¹² (por exemplo, o órgão reprodutor das plantas). Linné e outros botânicos do século XVIII aplicaram esse método às doenças¹³. No fim do século XVIII, Adanson¹⁴ ousou sugerir que todas as características deveriam ser levadas em conta; esse seu *insight* agora é considerado precursor da taxonomia numérica¹⁵.

Atualmente se aceita que todas as ações classificatórias devam assumir uma 'teoria de conceitos'¹⁶. Os classificadores do século XVIII de certa forma compartilhavam a crença de que os conceitos fossem instrumentos 'organizadores' (ou seja, dispositivos para criar classes comparando itens candidatos com um comparador [ou

parâmetro = *paragon*]). Este último, por sua vez, foi concebido seja como uma lista de características (abordagem de tipo *menu*) ou uma imagem (ou protótipo) com poder discriminatório suficiente para organizar todos os frequentadores de um universo finito em membros e não-membros de uma determinada classe¹⁷. Natureza, origens e regras de construção do comparador não foram mais discutidas, pois a explicação de Locke para o significado dos termos (central para sua teoria da classificação) tinha sido amplamente aceita¹⁸.

Uma segunda importante premissa do século XVIII era a de que a tendência classificatória 'natural' demonstrada pelo homem fosse inata (ou seja, um dom divino). Entretanto, na medida em que os princípios evolucionistas se estabeleceram durante o século XIX, emergiu a concepção concorrente de que classificar representasse uma função 'adaptativa' (ou seja, que tivesse sido 'selecionada' pela natureza por conferir uma vantagem cognitiva). Todas essas premissas iniciais estão ainda imiscuídas nas idéias classificatórias atuais, incluindo-se aquelas prevalentes na psiquiatria.

Diante das circunstâncias (*Zeitgeist*), a classificação dos transtornos mentais (ou de seus fenômenos) é obrigatória e, tal como em 1798, em 1998 essa tarefa permanece um desafio. De modo simples e resumido, as concepções a partir do século XIX (cujo período histórico é considerado neste artigo) podem ser agrupadas de acordo com o critério de elas assumirem ou não que os princípios da classificação 'científica' são universais e: 1) se aplicam à psiquiatria *tout court* [diretamente]¹⁹; 2) se aplicam à psiquiatria *mutatis mutandi* [modificando-se o que precisa ser modificado]²⁰; ou 3) eles não são em absoluto aplicáveis, o que constituiria uma situação de *ignoratio elenchi* [ignorar a refutação, concluir erroneamente]^{21,22}.

A resposta convencional à questão de como se pode decidir qual dessas três concepções é a correta tem sido a de 'interrogar a natureza' (ou seja, por meio da 'pesquisa empírica'). Entretanto, essa resposta parte de duas premissas questionáveis: a de que a natureza seja um tesouro de 'conhecimento' estabelecido²³, e a de que a pesquisa empírica seja 'livre de teorias'. Entretanto é mais provável que, até o momento, a questão não tenha tido resposta; nenhuma ciência (incluindo-se a física) foi capaz de desenvolver um 'teste empírico crucial' que possa decidir entre sistemas conceituais rivais. Há a complicação adicional de que a 'pesquisa empírica' está associada a uma concepção na qual a natureza e seus objetos são plenamente independentes da mente, têm uma 'estrutura matemática' etc. e, portanto, de que ela não possa ser usada para comparar duas '*epistemes*' diferentes, particularmente quando uma delas pode de fato rejeitar essa concepção particular da natureza. Em vista de tudo isso, esperar que a psiquiatria desenvolva um teste crucial é utopia (ou seja, apenas pela pesquisa empírica ela nunca será capaz de identificar uma classificação 'real' dos transtornos mentais)²⁴.

Uma solução mais realista seria, portanto, começar o trabalho empírico apenas quando um acordo ou convenção tenha sido estabelecido entre as diferentes concepções em questão, tais como: 1) a natureza do fenômeno a ser classificado; 2) os tipos de 'conceito' e 'classe' a serem utilizados; e 3) uma metodologia 'organizacional'. Na medida em que tal acordo também requer que a análise conceitual²⁵ esteja focada em um enquadramento espacial (ou seja, região do mundo) e temporal específico, torna-se óbvia a necessidade de uma 'história conceitual' das classificações psiquiátricas na qual esse acordo possa se basear²⁶. Tanto quanto sei, esta última ainda não foi escrita. Não que não haja abundância de escritos sobre 'classificações psiquiátricas' ou suas histórias, pois, desde o século XIX, a literatura nessa área tem crescido muito. Ocorre que esse material é repetitivo e paroquial, freqüentemente dirigido para servir muitos Senhores (por exemplo, clínicos, administrativos, didáticos e propagandísticos). Além disso, baseiam-se em técnicas historiográficas inadequadas, que não podem nos contar a história dos conceitos.

Não obstante, esses escritos oferecem ricas seleções. Além de conter 'fatos' sobre classificações anteriores (à maneira de bons catálogos), eles nos dizem algo sobre o mundo científico e social em que as classificações nasceram. Por exemplo, durante o século XIX fazia parte do crescimento profissional e sucesso que os alienistas desenvolvessem uma classificação pessoal²⁷. Esses escritos também nos falam das forças mais profundas (sociais e outras) que sempre controlaram a metodologia e implementação das classificações. Dependendo da *façon de parler*, os historiadores podem dizer que tais forças se originam de um 'paradigma', 'estilo cognitivo', '*episteme*' ou 'moda'. A vantagem do último termo é que ele, ao contrário dos outros, refere-se a um processo

social resistível e, portanto, remove o alibi de que todos os alienistas fossem controlados por 'regras cognitivas' inelutáveis²⁸.

Provendo um esboço para uma futura história das classificações psiquiátricas, este artigo busca ajudar os leitores a fugir do mito conceitual de que os psiquiatras estão obrigados a classificar transtornos mentais, porque essa é a maneira pela qual o cérebro ou a linguagem operam. Em razão de a sua inespecificidade (ou seja, eles podem ser ordenados em favor de qualquer causa), esse tipo de argumento é inútil. Entretanto, é justo dizer que as classificações podem servir a um certo número de funções descritivas e de organização (por exemplo, provendo uma nomenclatura, fornecendo uma base para busca de informações e descrição)²⁹. Em vista do que será discutido neste artigo, é menos claro que elas possam também ajudar com relação à predição e formulação de teorias. Pouco será dito aqui sobre a ação organizativa em si (isso desperta o árduo problema do reconhecimento de sintoma e doença)³⁰ ou sobre os produtos atuais da classificação.

Definições agora e na história

'Classificação' é um termo ambíguo que pode se referir: 1) à criação de princípios e regras em torno dos quais itens, referências, características e futuros agrupamentos serão constituídos (a isso chamamos taxonomia quando em referência a animais, plantas e outros objetos do mundo concreto)³¹; 2) ao ato de agrupar em si (ato de organizar/distribuir, o que no caso da psiquiatria corresponde em parte ao diagnóstico); e 3) aos produtos das atividades 1) e/ou 2) (a CID-10 e outros sistemas classificatórios podem ser considerados como exemplo disso). Não há espaço neste artigo sequer para começar a discutir as implicações e funcionalidades associadas a cada um desses significados.

Começemos com uma definição do século XX: 'Classificação é a identificação da categoria ou grupo ao qual um indivíduo ou objeto pertence com base nas suas características observadas. Quando as características constituem um conjunto de medidas numéricas, a colocação nos grupos é chamada por alguns estatísticos de discriminação, e a combinação dessas medidas é chamada função discriminante'³².

Há pouca diferença entre a definição anterior e uma definição do século XIX: 'Em todo ato de classificação devem-se dar dois passos; devem-se selecionar certas marcas, a presença delas é a condição para admissão nas classes, e então devem ser designados todos os objetos que as possuem. Quando as marcas selecionadas são realmente importantes e intimamente ligadas com a natureza e função das coisas, a classificação é dita natural; quando elas são dispostas de tal maneira que não afete materialmente a natureza dos objetos e se colocam entre coisas com propriedades principais de mais variada natureza, são ditas artificiais [...] as

vantagens da classificação são as de prover uma forma conveniente para nossas conquistas e aumentar nosso conhecimento sobre as relações em que os objetos estão um para o outro [...]”³³.

Segue-se agora uma concepção do século XVIII: “Todos [os seres] são nuançados e variam em diferentes graus na natureza. Não há nenhum ser que não tenha acima ou abaixo dele outro ser com o qual compartilhe algumas características e com o qual não difira com relação a outras características”³⁴; e outra do século XVII: “A natureza, na produção da doença, é uniforme e consistente; tanto é assim que, para uma mesma doença em diferentes pessoas, os sintomas são, na maioria das vezes, os mesmos; e os mesmos fenômenos que você observaria na doença de um Sócrates seriam observados na doença de uma pessoa qualquer. Apenas assim as características universais de uma planta são estendidas para todos os indivíduos da espécie; e quem quer que (falo a título de ilustração) descrevesse acuradamente a cor, o gosto, o cheiro, a figura, etc., de uma única violeta iria achar que sua descrição é válida, lá ou em qualquer lugar, para todas as violetas daquela espécie particular sobre a face da terra”³⁵. Os pontos em comum demonstrados nessas definições refletem sua origem comum e, portanto, o compartilhamento de premissas sobre ambas as entidades a serem classificadas e as regras para sua classificação.

Nomenclatura

Toda metalinguagem (ou seja, uma linguagem de segunda ordem) deve incluir um conjunto mínimo de ferramentas conceituais que permitam o exame da linguagem de primeira ordem em si, nesse caso a taxonomia (como contraponto aos objetos do mundo ao qual a teoria se aplica). Uma metalinguagem para a teoria classificatória está gradualmente sendo constituída. A primeira distinção a ser feita concerne ao sistema classificatório e seu domínio: o primeiro refere-se a um esquema, um conjunto de regras e à definição das unidades básicas de análise; o ‘domínio’ refere-se à população ou universo de entidades a ser classificado. Esses elementos interagem um com o outro, mas de particular relevância é a interação entre a definição de unidades de análise e seu domínio. Isso porque muitos podem dizer que a primeira ajuda a constituir o último.

A metalinguagem da classificação também tem sido expressa em termos de um número de dicotomias: ‘categórico *versus* dimensional’; ‘monotético *versus* politético’, ‘natural *versus* artificial’, ‘de cima para baixo *versus* de baixo para cima’, ‘estruturado *versus* lista’, ‘hierárquico *versus* não-hierárquico’, ‘exaustivo *versus* parcial’, ‘idiográfico *versus* nomotético’ etc. Esses pares de conceitos se entrecruzam e não é fácil lidar com eles independentemente. Alguns se referem a características ou dimensões, outros ao compasso de classificações, ainda outros relacionam-se com a metodologia da taxo-

nomia. Portanto, apenas alguns podem ser aplicáveis à psiquiatria.

As ambigüidades são freqüentes entre as dicotomias. Por exemplo, na dicotomia ‘categórico *versus* dimensional’, o primeiro termo pode ser interpretado como se referente ao *status* de características ou propriedades (uma característica está presente ou ausente, ou *O* ou *I*), ou ao estilo de organização/distribuição [*sorting*] (ou seja, uma entidade pertence ou não a uma classe); da mesma maneira, o segundo termo tem duas formas de interpretação: de que uma determinada característica esteja presente como um *continuum* ou de que a entidade (definida como um *cluster* de dimensões) é apenas parcialmente membro de uma classe. Classificações categóricas (por exemplo, espécies e classes) são populares em biologia³⁶ e parecem requerer que seus exemplares estejam em equilíbrio estável (pelo menos dentro de um determinado período).

Fenômenos psiquiátricos, sejam características (ou seja, sintomas) ou entidades (ou seja, doenças), não preenchem esses requisitos e portanto podem ser considerados ‘dimensionais’. Uma importante questão aqui se refere ao problema das variações na quantidade e/ou qualidade das dimensões. Se a alteração ocorreu dentro de uma variação ou espaço de tempo humano, então ela pode ser tratada estatisticamente. Entretanto, se ela tiver ocorrido em um período mais extenso (digamos, de 100.000 anos, em decorrência de uma mutação genética), então a alteração pode ser perdida de todo. Isso só seria percebido após uma recalibração cujo achado não fosse mais compatível com a classificação original. Mas então seríamos confrontados com a curiosa situação de que haveria duas classificações ‘naturais’ do mesmo domínio.

A dicotomia ‘monotético *versus* politético’ refere-se ao número e predominância dos traços usados para efetuar a organização/distribuição: definições monotéticas baseiam-se no princípio de que classes consistem em todos os objetos que apresentam o mesmo conjunto de atributos. Definições politéticas fundamentam-se na idéia de ‘semelhança familiar’ e, portanto, listam muitos atributos ou características todas as quais são possuídas por alguns membros da classe, mas nenhuma é possuída por todos os membros da classe (ou seja, cada membro tendo apenas algumas das características em questão)³⁷.

Desde o século XVIII, as classificações têm sido ditas ‘naturais’ ou ‘artificiais’, mas mesmo essa classificação aparentemente objetiva é ambígua. De acordo com uma versão débil, os termos caracterizam a velha observação de que objetos podem ser classificados em termos de características essenciais ou relativas ao homem (por exemplo, flores podem ser agrupadas de acordo com seus órgãos sexuais ou, simplesmente, segundo seu uso, tal como em funerais, casamentos etc.). De acordo com uma versão mais robusta, entretanto, o primeiro termo da dicotomia de fato assume a existência de ‘tipos naturais’³⁸. ‘Classificações naturais’ seriam assim ditadas pela

'realidade' em si, enquanto as artificiais seriam produzidas pelo homem³⁹. Isso prescindindo de que aqueles que desafiam a existência de coisas naturais argumentem que todas as classificações são, de fato, artificiais.

A dicotomia 'de cima para baixo' [dedução] e 'de baixo para cima' [indução] remete à maneira como as classificações são construídas. Na prática, esses termos se sobrepõem à dicotomia natural *versus* artificial porque questionam se as classificações (como conjunto de categorias) deveriam ser deduzidas de alguma teoria de alto nível ou se a mobília do mundo deveria ser laboriosamente organizada em grupos que afortunadamente pudessem constituir classes estáveis.

A dicotomia 'estruturado *versus* lista' refere-se à organização interna dos componentes das classificações. Bons exemplos de puras 'listas' são os glossários da CID-10 e do DSM-IV, que seriam mais bem definidos como inventários parciais. Além do mais, as regras de inclusão desses inventários são heterogêneas e se originam de fontes científicas e sociais. Por exemplo, diz-se que algumas das categorias clínicas do DSM-IV devem sua inclusão mais à pressão da indústria farmacêutica ou de seguros médicos americanos do que à 'ciência'. Na medida em que fatores sociais estão sempre presentes nas classificações psiquiátricas, isso pode ou não constituir um problema para o DSM-IV e para os psiquiatras americanos – e isso não é da conta de mais ninguém. Entretanto, a situação torna-se problemática quando o glossário é exportado como um pacote para outros países com uma estrutura industrial de seguros totalmente diferente da americana. Classificações 'estruturadas', por sua vez, são aquelas cujas categorias juntas têm o propósito de oferecer um mapeamento completo do universo a ser classificado (por exemplo, como uma tabela de elementos químicos). Embora tenha havido algumas durante o século XIX, as classificações psiquiátricas estruturadas não foram levadas a sério durante o século XX.

A dicotomia hierárquica *versus* mesmo nível também se refere à estrutura das classificações. Classificações hierárquicas são árvores de decisão nas quais as classes mais altas envolvem as de níveis mais baixos. Por exemplo, a divisão de Kraepelin entre neuroses e psicoses, e a última entre esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva, é um exemplo de classificação dicotômica hierárquica (diz-se que tenha sido sugerida por Karl Kraepelin, o irmão mais velho de Emil, um eminente classificador de moluscos)⁴⁰.

A dicotomia exaustivo *versus* parcial refere-se à cobertura ou ao alcance de uma classificação. Classificações exaustivas pretendem cobrir todas as entidades de um dado universo, tendendo, portanto, a ser dedutivas. Por exemplo, algumas classificações de transtornos mentais do século XIX propunham que a inteira essência do fenômeno mental pudesse ser classificada sem resíduos nas dimensões intelectual, emocional e volitiva. Depois se propôs que qualquer uma dessas funções mentais

fosse afetada independentemente pela doença, o que levou à pressuposição de que deveria haver doenças mentais com comprometimento intelectual, emocional e volitivo. De fato, essa é a base da nossa classificação atual levando à esquizofrenia e à paranóia (primeiro grupo); mania, depressão, ansiedade, fobias etc. (segundo grupo); e transtornos do caráter e da personalidade (terceiro grupo). Tais classificações propunham cobrir todas as possibilidades, e quem quer que tivesse um transtorno mental tinha de enquadrar-se em um desses grupos. Para lidar com casos em que mais de uma função estivesse envolvida, seria necessário criar regras de preferência ou hierarquias para decidir 'qual doença seria primária'⁴¹.

Por fim, há a ocasionalmente mencionada dicotomia idiográfica *versus* nomotética, cujas raízes históricas têm muito pouco a ver com psicologia ou psiquiatria, mas muito a ver com a classificação das ciências. Essa dicotomia é rica em significados e esconde uma complexa gama de premissas relacionadas à natureza das doenças sociais e naturais, tais como se apresentavam na virada do século. Em 1894, em sua aula inaugural como vice-reitor da Universidade de Strassburg, Wilhelm Windelband ofereceu um sumário de suas opiniões e enfocou a diferença entre dois tipos de ciências: 'Nós podemos, portanto, afirmar que, ao abordar a realidade, as ciências empíricas buscam uma de duas coisas: o geral na forma de leis naturais ou o especial, como um evento específico da história. Elas, dessa forma, contemplam o permanente e imutável ou o transitório enquanto conteúdo dos acontecimentos da vida real. As primeiras dessas ciências remetem às leis e as últimas, aos eventos; as primeiras ensinam o que são as coisas e as últimas ensinam o que aconteceu uma vez. No primeiro caso, o pensamento científico é dito (se nos for permitido cunhar novos termos técnicos) nomotético; no segundo caso, idiográfico'⁴². Essa distinção traz consigo uma bagagem teórica demasiadamente complexa para ser aplicada de forma direta à questão dos estudos de caso ou de grupos de casos que no momento vêm interessando, sobretudo as classificações e análises dos estudos envolvendo neuropsicologia e neuroimagem. Uma análise do raciocínio original de Windelband, contudo, pode iluminar alguns pontos da confusão atual.

Conceitos

Mencionou-se que, no âmago de qualquer taxonomia, há sempre uma teoria de conceitos. Essa proposição exige esclarecimento. Classificar pode ser uma atividade simples ou complexa. De acordo com a primeira situação, classificar é o ato de acomodar as entidades de um dado universo em determinados parâmetros oferecidos pela natureza ou inventados pelo homem. Quando analisados de uma perspectiva lógica, tais parâmetros são chamados de 'classes'; quando estudados como categorias cognitivas, são designados como 'conceitos'. Na medida

em que é possível para qualquer um criar uma classificação sem a necessidade de mencionar explicitamente o patrocínio de uma teoria dos ‘conceitos’ (a CID-10 e o DSM-IV são bons exemplos disso), é também verdade que uma teoria dos conceitos seja sempre implicitamente assumida. No último caso, o classificador irá descobrir que, por não ter trabalhado a teoria dos conceitos à qual ele se subscreeve, pode não ser fácil compreender alguns aspectos de sua própria classificação (por exemplo, seu ‘critério de verdade’, estrutura interna, alcance, capacidade preditiva etc.)⁴³.

Entretanto, boas classificações devem ser mais do que conceitos capazes de operar sem incorrer em erro. De todos os potenciais benefícios de uma classificação, o mais importante é o seu poder preditivo (ou seja, sua capacidade de produzir conhecimento adicional sobre a entidade no momento de sua classificação). O fato de que essa frutificação epistemológica na psiquiatria raramente seja aparente exige consideração. Nesse sentido, uma explicação pode ser a de que, para ser informativo, os sistemas classificatórios precisam ser estruturados, abrangentes e baseados em uma teoria geral (como a tabela periódica dos elementos químicos). Por razões que são discutidas em outras sessões desse artigo, há pouca esperança de que isso seja alcançado em psiquiatria.

A percepção de que classificações estruturadas e discriminações categóricas plenas possam ser metas inatingíveis em psiquiatria levou alguns a lançar mão de outras definições de ‘classe’ e ‘conceito’ (por exemplo, ‘protótipos’)⁴⁴. Nesse sentido, Hampton escreveu: “argumenta-se que a incerteza sobre classificações resulte do conhecimento inadequado das pessoas sobre as categorias que existem no mundo real. A visão prototípica é dirigida, entretanto, exatamente para a caracterização desse conhecimento inadequado – é um modelo das crenças que a pessoa tem. Se o mundo real é ou não mais bem descrito por um sistema conceitual clássico é uma questão interessante e importante, mas irrelevante para esse objetivo psicológico do modelo prototípico”⁴⁵.

Isso é relevante para a psiquiatria? As noções do ‘caso mais claro’, ‘melhor exemplo’ e ‘critério de procedimento’ são aplicáveis a esse campo? Podem ser produzidos protótipos para todas as doenças mentais? Quais seriam suas fontes? Uma resposta plausível para essa última questão é a de que haveria duas fontes: por um lado há a história (ou seja, a visão concebida da doença); por outro, há a prática clínica em andamento (ou seja, a ‘experiência viva’ de quem elabora o protótipo). O modo como essas duas fontes interagem é um dos problemas da psiquiatria. Por não haver nenhum bom simplificador, a última provê os critérios para moldar a primeira. O que não deve ser esquecido é que o que a história hoje concebe como ‘passado’ foi, na época, a ‘experiência

vivida’ dos criadores do primeiro ‘protótipo’. Na medida em que gerações sucessivas moldam e recalibram o protótipo ‘recebido’, novos são acrescentados. Diante de séries históricas ainda não temos regras para decidir qual desses protótipos deveria predominar.

Esse problema tem sido considerado com base no pressuposto de que há um progresso científico linear e que *per force* o protótipo atual seja o melhor. Infelizmente, essa premissa é insustentável no caso específico das doenças mentais, não sendo correto dizer que todas as modelações e ajustes atuais produziram melhora do protótipo ‘recebido’. A visão alternativa seria dizer que, em virtude de refletirem exatamente a ‘experiência clínica vivida’, todos os protótipos são tão válidos quanto os atuais. O problema aqui é causado pelo fato de ser altamente provável que, por meio de mutações genéticas, medicações, pressões sociais sobre a linguagem descritiva, modismos na expressão e formulação de sentimentos subjetivos etc., os objetivos colocados estejam mudando o tempo todo. Noutras palavras, as invariantes biológicas (e sua expressão comportamental) não são mais estáveis ou confiáveis do que as invariantes sociais. Portanto, não pode ser dito que o último protótipo seja necessariamente o melhor em uma série temporal.

O problema com os protótipos, portanto, é que eles não necessariamente avançam nosso conhecimento sobre a doença. Eles representam recalibrações periódicas que permanecem válidas dentro de um certo período e não há nenhum modelo platônico para o qual elas necessariamente nos levem. Eles simplesmente capturam, como sugeriu Hampton, a extensão de nossas ‘crenças atuais’ sobre o objeto (doença) em questão. Nesse sentido, a esperança de que a genética ajudará a psiquiatria a estabelecer definitivamente os limites das doenças mentais parece equivocada.

Premissas

Faz-se necessário assumir uma série de premissas com relação à exequibilidade das classificações. Por exemplo, como mencionado, os escritores começam pela premissa de que classificar seja a expressão de uma função cognitiva adaptativa. Esse pressuposto é expresso de diversas maneiras: por exemplo, usando a epistemologia kantiana e afirmando que o homem não pode parar de classificar. Nesse sentido, J. S. Mill também acreditava que classificar fosse algo intrínseco à gramática e que predicados fossem mecanismos naturais de acomodação/distribuição [*sortal*]⁴⁶. Um ‘conceito de acomodação/distribuição’ traz um critério de identidade e, assim, determina um tipo de objeto para o qual faz sentido perguntar se objetos desse tipo são iguais ou diferentes⁴⁷. Mas nem todos concordaram com isso no século XIX. Por exemplo, Durkheim acreditava que a mente humana era de fato não muito boa

¹Termo utilizado por Locke (Essay) para designar um nome ou ‘predicável’ que pudesse prover um princípio de identidade para coisas de uma determinada categoria. [NT]

em gerar classificações e que ela tomava emprestados modelos do simbolismo disponíveis na sociedade e na cultura. Portanto, as ditas 'categorias lógicas' seriam, na verdade, categorias sociais⁴⁸. Nesse sentido, classificar doenças mentais seria mais como classificar símbolos do que coisas naturais.

Mas a mesma idéia pode ser também abordada de uma perspectiva psicológica, em relação ao papel de ambas as funções mentais em geral ou à função da subjetividade humana. Assim, freqüentemente se tem atribuído um papel classificatório à 'memória' e se considerado: 'essencial ao comportamento adaptativo por que ele é organizado de modo a permitir que a informação obtida de experiências passadas seja aplicada às situações presentes. E a essência da organização da memória é a classificação. Embora experimentemos apenas eventos individuais, lembramos deles e identificamos ocorrências como instâncias de classes ou categorias'⁴⁹. Outros propuseram haver apenas dois tipos de categorias de aprendizado: as baseadas em classificação e as baseadas em inferência⁵⁰. De acordo com essa visão, diz-se que, se a linguagem não realizasse automaticamente uma função classificatória, a percepção humana do mundo seria comprometida e viveríamos em um caos jamesiano, ao mesmo tempo confuso e confundidor.

Para uma história das classificações psiquiátricas

A sugestão de Foucault de que uma nova tendência em catalogar a natureza tenha começado no Ocidente durante o século XVII é fundamentalmente correta. Ele passou a acreditar que isso tivesse a ver com uma nova maneira de lidar com a representação: nomeadamente, com a questão de ligar palavras com coisas (tanto que num último estágio lidaríamos apenas com palavras). Por exemplo, a crucial diferença entre as histórias animais do século XVII e os bestiários medievais e chineses é que nos últimos 'tudo era dito sobre cada animal', ao passo que nas histórias todo o velho conteúdo semântico era excluído, criando-se sistemas de representação então aplicados a uma variedade de objetos. As mesmas mudanças afetaram a própria história em si, que da condição de uma narrativa tornou-se uma técnica para capturar a verdade das coisas. Isso forçou a história a catalogar e lidar com o observado de uma maneira diferente⁵¹. Eis por que durante o século XVIII a questão de classificação ligou-se ao conceito condillaceano de ciência como uma 'linguagem perfeita'⁵² e também com o debate sobre o modo como as ciências se relacionam umas com as outras (o problema da classificação das ciências)⁵³.

No final do século XVIII, o jovem Pinel⁵⁴ colocou a si próprio na junção de duas tradições. Como um dos tradutores franceses de Cullen (que tinha admiravelmente sumarizado o trabalho dos nosógrafos continentais)⁵⁵, Pinel declarou-se um filho do século XVIII; mas, ao escrever a sua *Nosographie Philosophique*⁵⁶ e desafiar John Locke, ele olhava resolutamente para o novo século. Foi

somente na metade do século XIX que Bouillaud, ainda influenciado por Condillac, começou a enfatizar o valor de criar uma 'linguagem perfeita' para a ciência e a necessidade de uma nomenclatura estável; neste último aspecto ele criticou Pinel por não ter definido nenhum dos seus termos-chave⁵⁷.

Na sua própria definição de classificação, entretanto, Bouillaud permaneceu um homem do século XVIII: 'uma classificação de doenças que seja verdadeiramente filosófica e racional deve estar baseada no conhecimento sobre a natureza da doença. Todas as construções nosológicas erigidas sobre quaisquer outras fundações irão permanecer frágeis e levarão à ruína'⁵⁸ (Para uma crítica geral dessa visão, ver Riese⁵⁹). Neste breve artigo há espaço apenas para estabelecer os princípios de uma história conceitual. Com esse propósito, escolheu-se para análise um evento histórico específico, nomeadamente o debate de 1860-1861 sobre classificação na *Société Médico Psychologique*. Esse estudo de caso irá mostrar que o aludido debate foi um microcosmo conceitual onde foram ventiladas todas as principais questões do século XIX sobre classificação psiquiátrica.

Questões historiográficas

Há pelo menos três modos de se escrever sobre história das classificações psiquiátricas: catálogo cronológico⁶⁰, história social⁶¹ e história conceitual. A última abordagem, a ser seguida nesse artigo, baseia-se na concepção de que a história das palavras, conceitos e comportamentos associados devam ser considerados separadamente e que, para cada sintoma mental ou doença, um ponto de 'convergência' possa ser encontrado onde os três elementos estejam juntos. A história conceitual se baseia na idéia de que os sintomas mentais sejam atos de fala ou de comunicação que levam um sinal biológico fortemente moldado por códigos pessoais, sociais e culturais; quando estão sendo pronunciados, esses atos são adicionalmente conceitualizados por intérpretes profissionais. Portanto, a natureza da 'realidade' psiquiátrica não é nem pura biologia, nem um construto social vazio, mas uma complexa combinação de ambos. Essa abordagem historiográfica geral requer algumas modificações para trabalhar com classificações psiquiátricas. Por exemplo, propósito, objetivo, premissas conceituais, contingências sociais e temporais, o que Lanteri-Laura denominou '*les références non-cliniques*'⁶², precisam também ser identificados.

O debate da *Société Médico Psychologique* de 1860-1861

Em 1934, Desruelles *et al.* apresentaram a visão oficial sobre a origem das classificações psiquiátricas francesas: 'Em 1843, no ano em que os *Annales Médico-Psychologiques* começaram a ser publicados, a classificação das doenças mentais geralmente aceita incluía mania,

lipemania, monomania, demência, insanidade parálitica e idiocia; às quais alguns acrescentavam estupidez. [Na verdade] essa classificação foi primeiramente apresentada por Cullen em 1872 (mania, melancolia e demência), a qual Pinel acrescentou idiocia, Esquirol acrescentou monomania e Georget acrescentou estupidez (ou seja, estados de estupor confusional, demencial e melancólico que Esquirol tinha recusado considerar como uma entidade separada). Por último, Parchappe acrescentou a insanidade parálitica⁶³.

A visão proposta por Desruelles *et al.* está declarando de modo factual⁶⁴ e histórico. Primeiro, a saliência do trabalho de Cullen foi também advertida por outros (ou seja, por organizar e aperfeiçoar as classificações do século XVIII, o grande escocês tornou-se *de facto* um carreador da cultura)⁶⁵. Segundo, na medida em que se pode considerar que a medicina do século XX compartilhe os mesmos princípios de classificação dos dois séculos anteriores, poder-se-ia dizer que as idéias taxonômicas de Cullen tiveram mais importância do que hoje se considera. Terceiro, o fato de que todas as proeminentes nosologias psiquiátricas europeias (alemã, francesa e italiana) pareçam ter tido a mesma origem (a nosologia de Cullen) sugere que as divergências posteriores tenham resultado mais do crescimento dos nacionalismos europeus do que de algum desenvolvimento lógico ou empírico dentro da psiquiatria em si⁶⁶.

Durante o século XIX, enquanto a maioria dos alienistas aceitava alegremente a visão de que classificar fosse um aspecto essencial de seu trabalho, escritores com uma compreensão social mais profunda eram mais ambivalentes. Um bom exemplo é Philippe Buchez⁶⁷, que satirizava: 'Por acreditar que tenham completado seus estudos, os retóricos irão compor uma tragédia e os alienistas uma classificação'⁶⁸. Entretanto, ele também escreveu: 'além de facilitar o ensino e ajudar a lembrar – funções por si próprias importantes – [as classificações] têm como objetivo mais importante conduzir um diagnóstico, agora chamado diagnóstico diferencial. Na medida em que o diagnóstico está na base do tratamento, pode-se dizer que, em última análise, o objetivo das classificações é o tratamento'⁶⁹. Essa sensação de confusão sobre as classificações psiquiátricas continuou até o fim do século. Assim, Féré escreveu: 'aqueles que debatem sobre classificações psiquiátricas soam como os trabalhadores de uma torre de Babel: quanto mais falam, menos a gente os entende. Se os termos não significam a mesma coisa para todos, então correm o risco de ser aplicados a diferentes estados clínicos'⁷⁰. Esse problema com as definições levou Baillarger a sugerir que a *Société Médico Psychologique* deveria 'estabelecer o significado das principais formas de doenças mentais, de modo que seu percurso científico, por assim dizer, possa ser controlado'⁷¹.

Desruelles *et al.* também relataram que os alienistas franceses do século XIX usavam pelo menos oito critérios para classificar as doenças mentais: a causa da

doença (etiologia), o substrato da doença (por exemplo, anatomia), a evolução clínica (se curável ou incurável), as estatísticas (de acordo com o que era observado nas estatísticas dos principais asilos da França), a fenomenologia (se a doença incluía ou não delírios), a condição 'natural' (ou seja, se a doença correspondia a 'tipos reais' presentes na natureza), a psicologia (ou seja, qual faculdade mental foi dada como deficitária) e o curso da doença.

Com todas essas abordagens disputando poder, não é surpreendente que a *Société Médico Psychologique* tenha recorrido a um debate⁷² sobre as classificações psiquiátricas.

O debate

O debate começou em novembro de 1860 com Delasiauve⁷³, que, com a justificativa de discorrer sobre a revisão positiva de Buchez acerca de um livro recém-publicado por Morel⁷⁴, apresentou uma análise das idéias classificatórias de Esquirol, Ferrus, Falret, Girard de Cailleux, Lasègue e Baillarger. Da classificação etiológica de Morel, escreveu Delasiauve: 'Morel está evidentemente intoxicado por suas idéias. O que parece tê-lo seduzido, e em certa medida também a Buchez, são as doenças causadas pelo álcool, pelo chumbo e pela epilepsia, em que as causas são tangíveis e seus efeitos, compreensíveis. Não é assim com outros estados em que há múltiplos fatores e influências'⁷⁵. Buchez replicou brevemente: 'Doenças mentais são caracterizadas por sinais e sintomas que têm sempre servido como princípios classificatórios. Eles são suficientes? A resposta é *não* [...] é necessário investigar a patogênese das doenças mentais [...] descrever a doença mental não é classificá-la'⁷⁶.

O debate na sessão de 26 de novembro de 1860 começou com Jules Falret⁷⁷, que tratou de identificar 'os princípios que governam, em todas as ciências, o desenvolvimento das classificações naturais': '1) Uma classe deveria ser definida em termos de um conjunto de categorias presentes em todos os objetos a serem abarcados e não em termos de um caráter que possa artificialmente trazer juntos objetos que seriam diferentes se outras características fossem consideradas; 2) esse conjunto de categorias deveria ser ele próprio organizado em uma hierarquia de modo que seus componentes essenciais fossem claramente identificados; 3) os objetos sob uma classe deveriam não apenas compartilhar do conjunto de características em um determinado momento, mas mostrar que eles evoluíram de modo semelhante [adquiriram as características em uma ordem que pode ser prevista]⁷⁸. Pode ser claramente visto que o critério 3) reflete a influência da teoria da evolução e estabelece uma tarefa que permanece não cumprida até os dias de hoje: poucos psiquiatras irão considerar a ordem em que os sintomas aparecem como um critério classificatório⁷⁹.

Falret, então, passou a criticar todas as classificações, por elas se basearem em apenas uma característica ou caráter, como o envolvimento de: '1) uma faculdade intelectual ou 2) uma idéia predominante ou emoção ou 3) ato ou 4) as características e extensão de um delírio'⁸⁰. Com base nisso, concluiu que 'mania, monomania, melancolia e demência são *clusters* sintomáticos provisórios e não espécies verdadeiras e naturais de doenças mentais'⁸¹.

Morel assistia à sessão de 26 de novembro e 'embora [ele] não houvesse planejado falar [...], sentiu que deveria intervir por ter suas idéias questionadas por Delasiauve e Falret'. Não tendo sido preparada, sua fala foi vagamente concentrada em justificar a opinião de que as doenças mentais hereditárias existiam, embora 'três elementos convirjam para criá-las: predisposição, uma causa e uma série de transformações de fenômenos patológicos que [...] determinam o lugar que uma determinada doença irá ocupar na classificação nosológica'⁸².

A sessão de 10 de dezembro foi tomada pelo debate entre Adolphe Garnier⁸³ e Alfred Maury⁸⁴. Garnier começou sugerindo que a dicotomia 'natural-artificial' devesse ser substituída por 'essencial-superficial'. Na medida em que era impossível ter em conta todas as características dos objetos a serem classificados, grupos baseados em um número limitado de características sempre levam a limites confusos e, portanto, 'há sempre pacientes que flutuam entre duas classes'. Geoffrey Saint-Hilaire e Cuvier tinham tido uma discussão sobre esse mesmo tópico há muito tempo e 'não houve solução para isso'. Essa foi a razão pela qual os alienistas tentaram complementar suas classificações com especulações sobre a etiologia, mas esta última não deveria ser considerada como uma característica dos objetos em questão. Garnier terminou por sugerir uma 'classificação essencial das doenças mentais baseada nas faculdades mentais'⁸⁵.

Maury surgiu para afirmar que, uma vez que a ciência não tinha avançado o bastante, apenas classificações artificiais eram possíveis, particularmente na área da medicina psicológica, em que se sabia pouco sobre as causas. Ele atacou Garnier por sustentar uma 'visão psicológica' da doença mental, por considerar que 'ela é conseqüência de uma comoção emocional já presente no coração humano e circunstancialmente o subjuga e lhe rouba a liberdade'. Na medida em que emoções fortes podem ocasionalmente causar insanidade, há muitos casos em que os sintomas se sobrepõem ao paciente (por exemplo, aqueles resultando de doenças cerebrais que produzem alterações de comportamento). A questão 'era não classificar as doenças mentais a partir de um ponto de vista filosófico, em termos de qual faculdade mental parecesse envolvida, mas sim em termos de suas origens patológicas [...] de outra forma não seria possível diferenciar doença mental de comportamento normal (por exemplo, monomania de sonho)'. 'Não podemos nos esquecer de que aqui não estamos no

mundo da metafísica, mas no da medicina psicológica. Classificamos as doenças mentais para curá-las e por isso devemos procurar e encontrar sua etiologia'⁸⁶.

A sessão seguinte, em 24 de dezembro, foi tomada pelo retorno de Garnier. Após reiterar sua opinião de que 'procurar por causas eficientes de acordo com os princípios de Bacon'⁸⁷ fosse a melhor maneira de se obter uma classificação, ele explicou por que Delasiauve tinha se sentido incapaz de classificar a insanidade de acordo com a concepção da psicologia das funções intelectuais: 'não é possível criar uma classificação da insanidade baseada em uma divisão convencional da inteligência em julgamento, raciocínio etc., porque essas operações não são independentes, mas se mesclam umas com as outras, com atenção, memória [...] Portanto, pode ser melhor dividir a inteligência de acordo com os objetos com os quais ela lida'⁸⁸.

Garnier, então, se voltou para Maury: 'Ele me diz, você não leva em consideração as causas físicas, mas está apenas preocupado com causas psicológicas [...] Eu respondo, embora espiritualista, eu não tenho medo da matéria, mas quando a procuro não a encontro [...] a insanidade é um distúrbio das faculdades intelectuais e requer um método específico de observação [...] há insanidades devidas a saturnismo, alcoolismo etc., como há outras devidas a doenças do fígado. Alterações nesse órgão não causam a insanidade. É no cérebro que a causa deve ser buscada. Se aquela parte do cérebro que produz alucinações é lesionada de algum modo, inclusive pelo toque de um dedo, ela irá levar ao mesmo sintoma'⁸⁹.

A sessão seguinte ocorreu em 29 de janeiro de 1861 e teve como protagonistas Buchez e Garnier. Buchez começou com um sumário do que tinha acontecido até então: 'por um lado, aqui foram lidos artigos sugerindo que a insanidade seria apenas uma doença com diferentes manifestações'⁹⁰, donde se segue que as publicações descritivas e classificatórias apenas arranham a superfície e, 'por outro lado, um artigo que foi lido tentando identificar etiologia orgânica, patogênese' [...] 'o método baconiano é usado em medicina sob o nome de método de exclusão, mas tem tido pouca influência na história natural'; 'doenças não são entidades independentes, existindo por si próprias com uma existência autônoma, como plantas ou animais. Elas claramente dependem de um organismo vivo e existem apenas nele'⁹¹. Na medida em que 'uma classificação deve ser, acima de tudo, uma sincera reflexão da ciência de seu tempo', Buchez sentiu que precisava explicar à audiência qual era o estado das coisas em termos de filosofia da ciência e passou a fazê-lo. Optou, de novo, por dar suporte a Morel e à sua classificação orgânica⁹².

Garnier foi surpreendentemente conciliador em sua intervenção: 'A questão então é saber se há várias insanidades ou apenas uma. Buchez parece inclinado para a última possibilidade. Para determinar isso nós devemos utilizar o método baconiano [...] Mas ele está

certo em dizer que o último não é relevante para a história natural⁹³. A sessão foi concluída pela observação direta (e correta) do Dr. Archambault⁹⁴: ‘Garnier e Buchez parecem estar empregando as palavras loucura (*folie*), alienação mental, doença mental etc., como se tivessem o mesmo significado’. Mobilizado pelo comentário, Buchez levantou-se: ‘loucura e alienação mental não significam a mesma coisa; alienação mental tem de fato um significado bem mais amplo’⁹⁵.

O debate continuou por mais três sessões: 25 de fevereiro, 25 de março e 29 de abril. Foram sessões repetitivas e, embora tenham aparecido novos palestrantes (Perchappe e Lisle), nenhuma posição conceitual nova foi apresentada.

Em resumo, o debate francês de 1860-1861 sobre classificações psiquiátricas é importante por representar um microcosmo onde todas as questões relevantes envolvendo as dificuldades conceituais e empíricas da área foram apresentadas. Desruelles *et al.* viram isso como reflexo do choque entre os tradicionalistas (defensores do conceito de monomania de Esquirol) e os inovadores (aqueles que seguiram Morel)⁹⁶.

Embora historicamente correto, posteriormente essa interpretação é considerada muito simplista e suas implicações mais amplas precisam ser analisadas. É notório que o debate, embora tenha tido lugar na *Société Médico Psychologique*, fundada por alienistas e partindo aparentemente de um problema prático, foi logo assumido por filósofos da mente. Isso significa que houve a necessidade de estabelecer princípios e regras e de se chegar ao consenso de que a pesquisa empírica sozinha não pode resolver o problema. É também notável o fato de que todos os participantes à época logo concordaram que classificar doenças não fosse como classificar plantas ou animais, que o problema conceitual envolvido fosse completamente diferente. Assim, e em termos da classificação dos pontos de vista sugeridos no início desse artigo, os alienistas franceses acreditavam que os princípios gerais de taxonomia apenas se aplicavam *mutatis mutandi*. Eles também se deram conta de que a questão de haver apenas uma ou muitas formas de doença mental (ou seja, a questão da psicose unitária) era de importância central no debate sobre as classificações, embora não necessariamente fosse uma questão de natureza empírica. Por último, nenhuma decisão clara foi tomada quanto a quais critérios deveriam ser adotados, se psicológicos (descritivos) ou orgânicos (etiológicos). Em geral, embora se tenha prestado serviço à classificação orgânica, foi acordado que tão pouco se sabia sobre etiologia que tal abordagem permanecia utópica.

Os alienistas franceses do século XIX estavam bem conscientes de que a confusão sobre classificação fosse um obstáculo à pesquisa e, em 1889, houve um segundo debate na *Société Médico Psychologique*⁹⁷. Em nível europeu, houve também dois encontros. Em 1885, o Congresso de Medicina Mental, na Antuérpia, constituiu uma Comissão para considerar todas as classificações

existentes. Isso foi discutido no Congresso de Paris de 1889, tendo-se adotado uma classificação estabelecida pelo Dr. Morel de Ghent. De modo impiedoso, Daniel Hack Tuke escreveu em 1892: ‘vamos ver se os médicos de asilo irão adotá-la em suas mesas’⁹⁸.

Conclusões

Para o historiador conceitual há basicamente duas maneiras de abordar as classificações psiquiátricas. Uma é escrever de dentro da *episteme* e aceitar a “visão preconcebida” de que classificar seja inerente à mente humana e a inferência (ainda para ser testada) de que isso signifique que os psiquiatras são compelidos a exercer essa função em seu campo de interesse. De acordo com essa concepção, tudo o que o historiador pode fazer é catalogar (outra vez) os produtos de empreendimentos classificatórios prévios. Como demonstrado, esse tipo de trabalho tem sido repetido *ad nauseam*.

A segunda abordagem consiste em estudar as classificações psiquiátricas a partir do campo fora da *episteme* – não para adotar alguma concepção como garantida privilegiada – e considerar as classificações psiquiátricas como produtos culturais. Isso deveria também incluir o exame de evidências científicas de que cérebros, mentes ou linguagens realmente possuam algoritmos intrínsecos de construção classificatória. Na prática, contudo, não faz diferença se possuem ou não; mesmo se sua existência for garantida, isso não necessariamente deve levar o homem a classificar todos os objetos que cruzem seu caminho. De fato, pode-se admitir que a capacidade classificatória tenha sido ‘selecionada’ pela evolução para permitir a rápida classificação de plantas, animais, pedras e outros objetos relevantes à sobrevivência humana. Permanece para ser provado: 1) se essa capacidade estende-se para todos os objetos dos novos ambientes do homem; e 2) se isso ocorre, se é de seu maior interesse (e fazer ciência é considerado como um deles) classificar objetos ideais, construtos hipotéticos e outras entidades cuja compreensão e conduta reais possam requerer o uso de uma semântica personalizada.

Este artigo foi escrito a partir da perspectiva da segunda abordagem. Foi por essa razão que sua primeira longa sessão foi dedicada a mapear a estrutura conceitual de vários componentes da atividade classificatória e vinculá-los, tanto quanto possível, ao contexto em que foram pensados por primeira vez.

A primeira conclusão aqui é de que há grandes lacunas na literatura e de que é preciso muito trabalho antes que possa emergir um quadro coerente. A segunda conclusão é de que a história conceitual e a filosofia analítica direta juntas trabalham bem nesse campo. Uma terceira conclusão é de que, mesmo após a demonstração de que há razões conceituais de peso na origem dos motivos pelos quais as classificações psiquiátricas não estejam funcionando, não há razão para inferir que o esforço de classificação em psiquiatria seja um exercício inútil.

O que se pode dizer é que precisamos de muito mais trabalho conceitual se quisermos desenvolver classificações que tenham uma função além da epidemiológica.

Na medida em que a medicina não é uma atividade contemplativa mas sim transformadora, uma quarta conclusão é de que o almejado são classificações que possam produzir informações novas sobre os objetos classificados. O modelo preconcebido do mental (uma variante da velha hipótese anatomoclínica) ainda nos faz ancorar todos os critérios classificatórios 'essenciais' na neurobiologia. Procurar por uma 'invariante biológica' responsável por eventos de superfície (sintomas) parece uma tarefa digna de ser perseguida. Mas também parece que, com o objetivo de realmente entender o papel da invariante biológica, algumas crenças ingênuas, tais como estabilidade, duração e confiabilidade do substrato biológico, terão de ser revistas. A história parece sugerir que o substrato biológico é 'invariante' apenas dentro de um determinado intervalo de tempo. Sabemos pouco sobre isso, particularmente com relação aos genes relacionados com as principais doenças mentais.

Não obstante, a concepção de que doenças mentais sejam epifenômenos comportamentais envolvidos em alterações moleculares está se expandindo rapidamente em alguns setores. De acordo com essa concepção, teríamos o desenvolvimento de uma classificação 'natural', na medida em que todos os genes responsáveis fossem identificados. Além disso, espera-se também que essa classificação possa ajudar na caracterização de fenótipos estáveis. Resta ainda questionar se essa classificação de base molecular seria de fato uma classificação de doenças mentais. Muitos podem achar que não, porque alterações moleculares ainda não constituem uma doença mental e porque esta última constitui essencialmente um construto complexo que deve incluir os códigos de formação pertinentes.

Mas o fato de que a genética sozinha não dê conta do recado não deveria compelir os psiquiatras à pesquisa de uma invariante social. A crença de que todas as doenças mentais sejam meramente construtos sociais não é ameaçadora à psiquiatria porque questiona a existência profissional de psiquiatras; ela é ameaçadora por não oferecer a estabilidade requerida para criar um sistema preditivo, que afinal representa o que se espera em medicina.

A taxonomia e suas atividades classificatórias associadas constituem um sistema conceitual autocontido e mais ou menos exaustivo. Isso significa que, dentro de um dado período histórico, pensar e forjar classificações é como um jogo de xadrez onde tudo irá ocorrer dentro de limites estritos e de acordo com regras explícitas ou implícitas. Por exemplo, nem todos os movimentos possíveis devem ser feitos: alguns por serem proibidos, outros porque são claramente suicidas e ainda outros porque não estão em moda. Isso também ocorre com as classificações. Por exemplo, o conceito de classe que herdamos da botânica do século XVIII ainda encoraja

psiquiatras do século XX a sonhar em classificar *per genus et differentia*, mesmo que isso não se aplique de forma alguma às doenças mentais. Foi precisamente para ilustrar esse aspecto, nomeadamente, o ambiente conceitual restrito em que as classificações são discutidas, que neste artigo apresentou-se uma análise detalhada do debate francês de 1860-1861. Ficou claro que, sejam psicólogos, historiadores, filósofos ou alienistas, os participantes do debate concordaram em aspectos fundamentais, como com a necessidade de classificar, com o fato de as doenças mentais serem suscetíveis às classificações, que as classes devem ter limites claros etc.

Tal afirmação também pode ser feita a respeito da literatura atual sobre classificações psiquiátricas. Embora crescentemente volumosa e ocasionalmente imaginativa, ela ainda é postulada por 'pressuposições' e, com exceções muito raras, não permite ela própria pensar o impensável; ou seja, classificações psiquiátricas podem ser discutidas porque não se sabe o bastante sobre etiologia, ou porque a doença mental é tão complexa e misteriosa que não pode ser classificada, ou por não se estar fazendo pesquisa empírica suficiente, ou por não estarmos sendo suficientemente científicos ao permitirmos que fatores sociais contaminem o que deveria ser um empreendimento puramente cirúrgico. Mas muito raramente, ou mesmo nunca, a literatura desafia a validade do ato classificatório em si, independentemente de os transtornos mentais serem ou não suscetíveis à classificação. Uma das afirmações deste artigo é de que esse movimento (xadrez) conceitual precisa ser explorado.

Notas e referências

1. G.E. Berrios, Department of Psychiatry University of Cambridge, Addenbrooke's Hospital, Hills Road, CB2 2QQ, UK. Email: geb11@cam.ac.uk
2. Ver, por exemplo, Viejo JL. El hombre como animal: el antropocentrismo en la zoología. *Asclepio*. 1996;48:53-71; e Foucault M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard; 1966.
3. Durkheim E, Mauss M. *Primitive classification*. (Traduzido do francês por R. Needham) London: Cohen & West, 1963 (publicado em 1901-1903).
4. Ver, por exemplo: Temkin O. The history of classification in medical sciences. In: Katz MM, Cole JO, Barton WE, editors. *The role and methodology of classification in psychiatry and psychopathology*. Washington: US Department of Health, Education and Welfare; 1965. p.11-25; chap. 10. In Lorr M, et al. *Syndromes of psychosis*. Oxford: Pergamon Press, 1963; Fischer-Homberger E. *Eighteenth century nosology and its survivors*. *Medical History*. 1970;14:397-403.
5. Slaughter MM. *Universal languages and scientific taxonomy in the seventeenth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
6. Ver Flint R. *A history of classification of the sciences*. Edinburgh: William Blackwood; 1904. Larson JL. *Reason and experience. The representation of natural order in the work of Carl von Linné*. Los Angeles: University of California Press; 1904. Berg F. *Linné et Sauvages*. *Lychnos*;1956;16:31-54.
7. Mesmo grandes pensadores acolheram essas novas idéias. Por exemplo, em 1749 Buffon mostrava-se muito cético quanto a classificar seres vivos, mas em 1761 ela já se havia convertido (p. 566, em Roger J. *Les Sciences de la Vie dans la Pensée Française du XVIII Siècle*. Paris: Albin Michel, 1993; primeira edição 1963). Para um tratamento magistral desse tópico ver Capítulo VI: The problem

- of classifying and systemizing natural forms (p.118-36) em Cassirer E. The problem of knowledge. Philosophy, science, and history since Hegel. New Haven: Yale University Press, 1950; e Riese W. History and principles of classification of nervous diseases. Bulletin of the History of Medicine;1945;18:465-512.
8. Não é de todo claro se essa crença se aplica a classificações ou categorizações. De qualquer modo, as regras e os mecanismos subjacentes permanecem longe de ser compreendidos (sobre isso ver o brilhante ensaio: Estes WK. Classification and cognition. Oxford: Oxford University Press, 1994).
 9. A 'revolução kantiana' deveu-se parcialmente à identificação de categorias gerais em torno das quais o conhecimento poderia ser organizado.
 10. Por exemplo, Mill afirmava que nomear algo como X é já classificá-lo em termos das duas classes seguintes: X e não-X (p.76, Mill JS. A system of logic. London: Longmans, Green, and Co.; 1898).
 11. Tal era a crença na 'naturalidade' de classificar que, no debate de 1860-1861 da SMP [*Société Médico Psychologique*] sobre classificação, Jules Falret disse com incredulidade: 'mesmo no presente, algumas pessoas estão ainda inclinadas a negar a importância da classificação nas ciências e considerá-las como estéréis [...] pensar assim é negar a natureza essencial da mente humana e sua tendência instintiva de agrupar objetos por analogia e separá-los por diferenças, buscando as leis gerais que permitem a organização da multiplicidade [...] Essa tendência é tão completamente inerente à mente humana e sua natureza tão absoluta que ela se mostra tanto nas crianças quanto no homem primitivo [...] (p. 145-6, em Reports. Meeting of 26 November 1860. Annales Médico-Psychologiques. 1861;7:143-77. Para uma revisão mais recente da classificação como uma 'atividade cognitiva', ver Jablenski A. Methodological issues in psychiatric classification. British Journal of Psychiatry. 1988;152 Suppl 1:15-20.
 12. Durante o século XVIII, as classificações estavam também preocupadas em questionar se a mente era capaz de penetrar a natureza ou se as divisões eram apenas um produto da mente humana (ver Jordanova LJ. Lamark. Oxford: Oxford University Press; 1984). Com relação ao conceito de 'características privilegiadas', é provável que tenha se originado da concepção de Locke de que: 'na medida em que a natureza contenha apenas muitas semelhanças particulares parecendo-se umas com as outras de muitas maneiras, nós temos que decidir quais diferenças entre objetos individuais, se grosseiramente salientes ou apenas perceptíveis, devemos incluir nas nossas idéias abstratas sobre elas e assim em nossas definições em termos gerais' (p.145, Guyer P. Locke's philosophy of language. In: Chappell V, editor. The Cambridge companion to Locke. Cambridge: Cambridge University Press, 1994:115-45).
 13. Ver Larson JL. (1971) *ibid*.
 14. Adanson M. Preface Historique sur l'état ancien et actuel de la Botanique, et une Théorie de cette science. In: Familles des Plantes. P. I. Paris: Vincent; 1763, p. i-cccxxv.
 15. Vernon K. The founding of numerical taxonomy. British Journal for the History of Science. 1988;21:143-59.
 16. Mechelen I van, Hampton J, Muchalski RS, Theuns P, editors. Categories and concepts. London: Academic Press, 1993. Sobre o papel dos conceitos nas classificações, ver o excelente: Malmgren H. Psychiatric classification and empiricist theories of meaning. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1993;373 Suppl:48-64; e sobre a contextualização cultural das classificações psiquiátricas, ver: Gaines AD. From DSM I to III-R - voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of US psychiatric classification. Social Science and Medicine. 1992;35:3-24.
 17. Uma crítica severa dessa concepção e da ciência cognitiva que se desenvolveu a partir dela pode ser vista em: Fodor JA. Concepts. Where cognitive science went wrong. Oxford: Clarendon Press; 1998. E sua recente versão simplificada em: Fodor J. When a dog is a DOG. *Nature*. 1998;396:325-7.
 18. Acerca desse assunto, ver Landesman C. Locke's theory of meaning. Journal of the History of Philosophy. 1976;14:23-35.
 19. Sobre isso ver todo o debate na *Société Médico Psychologique* (Annales Médico-Psychologiques. 7:128-43; 145-71; 316-26 etc.). Visto que é velha a idéia de aplicar diretamente os 'princípios de classificação' científicos à medicina e à psiquiatria, é ainda mais surpreendente que sua reedição no encontro de New York (fevereiro de 1959) da *American Psychopathological Association* por Carl Hempel (Zubin J, editor. Field studies in the mental disorders. New York: Grune and Stratton; 1961. E Capítulo 6 em Hempel CG. Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science. New York: The Free Press; 1965:137-54) tenha deixado a maioria dos psiquiatras hipnotizados, e muitos ainda hoje parecem acreditar que essa tenha sido uma descoberta portentosa (p. ex., p.2 em Introduction a Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA, editors. Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1994. p.25. In: Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell Science; 1994. É uma pena que esse erro não tenha sido corrigido em livros recentes, p. ex. Tischler GL, editor. Diagnosis and classification in psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 1987. Mezzich JE, et al., eds. International classification in psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. Sartorius N, et al., editors. Sources and traditions of classification in psychiatry. Toronto: Hogrefe and Huber, 1990. Para uma excelente análise crítica da posição *tout court*, ver: Schwartz MA, Wiggins OP. Logical empiricism and psychiatric classification. Comprehensive Psychiatry. 1986;27:101-14.
 20. Uma modificação dos 'princípios taxonômicos gerais' da ciência é requerida porque foram extraídos da classificação formal de objetos estáticos e, portanto, não podem ser aplicados a classificações de objetos ideais fluentes e menos estáveis, tais como doenças mentais, distúrbios sociais, etc. Em algumas ocasiões pode-se usar uma proposição de escape em que se afirma que 'classificações médicas são ecléticas e pragmáticas' (p. ex., Jablenski A. Current trends in the methodology of classification. Acta Psychiatrica Belga. 1986;86:556-67).
 21. Ellenberger H. Les illusions de la classification psychiatrique. L'Evolution Psychiatrique. 1963;28:22-48.
 22. A psicanálise inspirou vários membros desse grupo; p. ex.: 'Mas como nós alcançamos uma melhor compreensão de sua natureza [da doença mental], temos sido capazes de descartar a maioria das ficções que usamos durante as longas conquistas de um conhecimento menos completo' (p. 419, em Menninger K. The vital balance. New York: The Viking Press; 1964). Também ver Ellenberger (1963) *ibid*.
 23. Nesse nível do debate, a discussão pragmática ou empírica de que nós 'devemos classificar' com o objetivo de organizar hospitais, finanças ou cuidados clínicos não é muito relevante.
 24. Essa concepção permeia artigos provendo parâmetros metodológicos (p. ex., Pfohl B, Andreasen NC. Development of classifications systems in psychiatry. Comprehensive Psychiatry. 1978;19:197-207. Para uma crítica dessa abordagem, ver: Katschnig H, Simhandl C. New developments in the classification and diagnosis of functional mental disorders. *Psychopathology*. 1986;19:219-35).
 25. Para uma abordagem da filosofia das classificações que vá além de Hempel, ver: Douglas M, Hull D, editors. How classification works. Nelson Goodman among the social sciences. Edinburgh: Edinburgh University Press; 1992. Blashfield RK. The classification of psychopathology. New York: Plenum Press, 1992; Rorsch E, Lloyd BB, editors. Cognition and categorization. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1978. Para uma análise reveladora das classificações em comparação com testes, ver: Blashfield RK, Livesley WJ. Metaphorical analysis of psychiatric classification as a psychological test. Journal of Abnormal Psychology. 1991;100:262-70.
 26. Surpreendentemente, são poucos os esforços nesse sentido. Aqui é importante separar 'catálogos' de histórias conceituais que contextualizem idéias e regras de classificação. Exemplos de catálogos são: Menninger (1964) *ibid*.; Sartorius N, et al., editors; 1990, *ibid*.; de Boor W. Psychiatrische systematik. Berlin: Springer, 1954. De categorização mais difícil, devido à sua natureza linear e descontextualizada, são trabalhos como os de Mack AH, Forman L, Brown R, Frances A. A brief history of psychiatric classification. From the ancients to DSM IV. Psychiatric Clinics of North America. 1994;17:515-23.
 27. Do mesmo modo que no século XX, as instituições psiquiátricas nacionais se sentiram obrigadas a formular as suas classificações.
 28. A 'moda' exerce um papel central nas teorias da transformação social. Há duas principais considerações sobre seus mecanismos: *psicológica*, que procura as razões na mentalidade das pessoas (p. ex., a moda vista como algo que satisfaz a necessidade de o indivíduo integrar-se em um grupo, etc.), e *sociológica*, que vê a moda como um mecanismo social dedicado à *facilitação da mudança*. Georg Simmel (1858-1918), um de seus proponentes, acreditava que um dos

- objetivos da moda fosse manter a identidade das classes sociais em um ambiente de mudança. A noção de 'mudança de paradigma' de Thomas Kuhn pode, nesse sentido, ser vista como a aplicação da teoria sociológica da moda às transformações científicas. Quando aplicada à psiquiatria, a 'moda' convida à investigação de mecanismos sociais. Estes não são difíceis de ser encontrados, na medida em que se torna cada vez mais evidente o papel que as indústrias farmacêuticas e de seguros médicos podem exercer na 'escolha' de classes clínicas (como no caso do DSM-IV). Pode-se também prever que as indústrias da genética e da neuroimagem em breve irão exercer um papel semelhante: novas 'doenças' serão definidas em termos dessas técnicas e a pressão será no sentido de incluí-las nas classificações do futuro. Embora *prima facie* isto ocorra para o benefício dos pacientes, há pouca dúvida de que a obrigação médico-legal em diagnosticar o que está nas classificações oficiais irá forçar os centros psiquiátricos a comprar os equipamentos necessários. A questão crucial é como a moda controla o comportamento daqueles que a seguem. Enquanto um mecanismo de controle perceptual e cognitivo parece envolvido em conceitos como '*mentalité*', '*episteme*' e '*paradigma*' (p. ex., pessoas controladas por um paradigma irão 'ver' o mundo de uma maneira particular), a moda requer que os sujeitos se tornem 'conscientes' de que uma transformação na crença ou ação seja desejável e que seja necessário 'escolher' como proceder. As versões forte e fraca podem ser aplicadas à classificação psiquiátrica. Se a primeira, os escritos são superficiais e repetitivos porque essa é a única maneira de sê-lo (e também porque há muito poucas maneiras pelas quais isso pode ser dito). Se a última, então os psiquiatras escolhem falar sobre classificação psiquiátrica de uma maneira particular, mas é possível para eles "vê-la" com um adequado senso de perspectiva. Suspeito que a segunda alternativa seja mais construtiva do que a primeira.
29. Blashfield (1984) *ibid*.
 30. Sobre isto ver: Berrios GE, Chen E. Symptom-recognition and neural-networks. *British Journal of Psychiatry*. 1993;163:308-14.
 31. Raven PH, Berlin B, Breedlove DE. The origins of taxonomy. *Science*. 1971;174:1210-3.
 32. Anderson TW. Classification and discrimination. In: Sills DL, editor. *International encyclopaedia of the social sciences*. London: Macmillan; 1968. p. 553-9.
 33. Fleming W. *Vocabulary of philosophy*. London: Ricard Griffin and Company; 1857. p. 91-2.
 34. Bonnet Ch. *Œuvres d'histoire naturelle et de philosophie*. Vol. 17. Neuchatel: Samuel Fauche, 1783: 320.
 35. Sydenham T. *The works of Thomas Sydenham MD*. 2 Vols. London: Impreso pela Sydenham Society, 1848: 15. A abordagem de Sydenham é considerada *mais botânica*, ou seja, 'à maneira botânica' e foi firmemente sustentada pelos nosologistas do século XVIII (ver: López Piñero JJ. Historical origins of the concept of neuroses. Cambridge: Cambridge University Press; 1983). Nesse sentido, o epigrama de Linneé também é bastante conhecido: '*Symptomata se habent ad morbum ut folia et fulcra ad plantam*'. No início do século XIX, Pinel ainda afirmava: 'A revolução protagonizada por Linneé na história natural, juntamente com a introdução do método de oferecer descrições objetivas e exatas, não poderia deixar de influenciar intensamente a medicina'. (ver p. lxxxiv, Vol. 1, Pinel PH. *Nosographie Philosophique*. 3 Vols. 5th ed.. Paris: JA Brosson; 1813).
 36. A questão da 'realidade' do conceito de '*species*' permanece sem solução. O próprio Darwin observou: 'no termo espécie, como algo dado arbitrariamente por uma questão de conveniência a um conjunto de indivíduos que compartilham semelhanças' (p.108, Darwin C. *The origin of species*. Harmondsworth: Penguin; 1970. 1st ed. 1859). Para uma discussão do estado atual da sistemática, ver: Sober E. *Philosophy of biology*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
 37. Com relação a uma proposição recente de classificação política, ver: Corning WC, Steffy RA. Taximetric strategies applied to psychiatric classification. *Schizophrenic Bulletin* 1979; 5:294-305.
 38. Mas infelizmente há problemas, como a definição de 'tipos naturais'. Ver: Granger H. The scala naturae and the continuity of kinds. *Phronesis*. 1985;30:181-200. Dupré J. Natural kinds and biological taxa. *Philosophical Review*. 1981;90:66-90; Wilkerson T. Species, essences, and the names of natural kinds. *Philosophical Quarterly*. 1993;43:1-19.
 39. Dagognet F. *Le catalogue de la vie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1970. Como exemplo recente de uma proposta de classificação artificial, ou seja, que enfatize certas características de 'questões', ver: Mellergård M. Psychiatric classifications as a reflection of uncertainties. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987;76:106-11.
 40. Ver: Berrios GE, Hauser R. The early development of Kraepelin's ideas on classification. A conceptual history. *Psychological Medicine*. 1988;18:813-21. Para uma análise diagnóstica retrospectiva de um grupo selecionado de pacientes de Kraepelin, ver: Jablensky A, Hugler H, von Cranach M, Kalinov K. Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic depressive insanity in 1908. *Psychological Medicine*. 1993;23:843-58. Sobre as origens das próprias categorias e a pequena relevância da pesquisa empírica na classificação de Kraepelin, ver: Weber MM, Engstrom EJ. Kraepelin's 'diagnostic cards': the confluence of clinical research and preconceived categories. *History of Psychiatry*. 1997;8:375-85.
 41. Nesse sentido, as concepções de Jasper são bem conhecidas: 'O princípio do diagnóstico médico é de que todos os fenômenos patológicos deveriam ser caracterizados dentro de um simples diagnóstico. Onde coexistir um número de fenômenos diferentes, surge a questão de qual deles deveria ser preferido para propósitos diagnósticos, ao passo que os outros fenômenos seriam considerados secundários ou acidentais.' (p. 611-2. In: Jaspers K. *General psychopathology*. Traduzido por J Hoenig e MW Hamilton. Manchester: Manchester University Press; 1963).
 42. P. 317 em Windelband W. *Historia y Ciencia de la Naturaleza*. In: *Preludios filosóficos*. Tradução de Wenceslao Roces. Buenos Aires: Santiago Rueda; 1949. p. 311-28 (edição alemã original, 1903).
 43. A literatura sobre a natureza filosófica e psicológica dos 'conceitos' é enorme. Isso, entretanto, não deveria dissuadir os classificadores de empreender a árdua tarefa de aprender sobre eles (ver: Mechelen et al. (1993), *ibid*; Fodor (1988), *ibid*; Peacocke C. *A study of concepts*. Cambridge: MIT Press, 1998; Palmer A. *Concept and object*. London: Routledge; 1988. Weitz M. *Theories of concepts: a history of the major philosophical tradition*. London: Routledge; 1988. Rickert H. *The limits of concept formation in natural science*. Cambridge: Cambridge University Press; 1986. Primeira publicação em 1902).
 44. Protótipos (ver: Rosch E. Principles of categorization. In: Rosch E, Lloyd B, editors. *Cognition and categorization*. Hillsdale: Erlbaum; 1978. p. 27-47) no campo da psiquiatria também têm sido chamados de 'tipos ideais' (ver: Schartz MA, Wiggins OP. *Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification*. *Comprehensive Psychiatry*. 1987;28:277-91); e de 'construtos hipotéticos' (ver: Morey LC. *Classification of mental disorder as a collection of hypothetical constructs*. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991;100:289-93).
 45. Hampton J. Prototype models of concept representation. In: Van Mechelen et al., editors. 1993, *ibid*. 1993:70.
 46. Ver Mill JS (1898) *ibid*.
 47. P. 685, Hale B, Wright C. *A companion to the philosophy of language*. Oxford: Blackwell; 1997.
 48. Pxi, Durkheim e Mauss (1963) *ibid*.
 49. P. 4., Estes WK (1994) *ibid*.
 50. Markman AB, Yamauchi T, Makin VS. The creation of new concepts: a multifaceted approach to category learning. In: Ward TB, Smith SM, Vaid J, editors. *Creative thought. An investigation of conceptual structures and processes*. Washington: American Psychological Association; 1997. p. 179-208.
 51. Foucault (1966) *ibid*.
 52. Rousseau N. *Connaissance et langage chez Condillac*. Geneva: Droz; 1986.
 53. Speziale P. Classification of the sciences. In: Wiener PP, editor. *Dictionary of the history of ideas*. Vol. 1. New York: Charles Scribner's Sons; 1973. p. 462-7.
 54. Pinel não requer apresentações. Ver: Riese W. *The legacy of Philippe Pinel*. New York: Springer; 1969. Postel J. *Genèse de la Psychiatrie*. Paris: Le Sycomore; 1981. Garrabé J, editor. *Philippe Pinel*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1994.
 55. W. Cullen (1710-1790): nascido na Escócia, educado em Glasgow e, por fim, professor em Edinburgo, Cullen foi um dos mais importantes médicos, classificadores e filósofos médicos do século XVIII. Sua ênfase na função do sistema nervoso central no desenvolvimento de todas

- as doenças levou à sua hipótese da patologia neural. Seu conceito de 'neurose' (palavra que ele cunhou) é, portanto, demasiado inclusivo e causou muita dificuldade durante o século seguinte.
56. Pinel (1813) *ibid*.
 57. P.xxiii, Bouillaud J. *Traité de nosographie médicale*. 5 Vols. Paris: Baillière; 1846.
 58. P.xcii, Bouillaud (1846) *ibid*.
 59. Riese W. History and principles of classification of nervous diseases. *Bulletin of the History of Medicine*; 1945;25:465-512.
 60. Este é certamente o método mais popular e historiográfico de classificações como listas cronológicas: um bom exemplo é Menninger (1964) *ibid*; ou Faber K. *Nosography in modern medicine*. London: Oxford University Press; 1923.
 61. De acordo com essa abordagem, classificações médicas seriam uma superestrutura, epifenômeno ou reflexão de estruturas socioeconômicas profundas e, portanto, diriam mais sobre esquemas sociais, pessoas e períodos em que apareceram do que sobre a biologia da doença. Embora haja excelentes *histórias sociais* da psiquiatria, surpreendentemente ainda não foi escrita nenhuma boa *história social* das classificações psiquiátricas.
 62. Lanteri-Laura G. *Classification et sémiologie. Confrontations Psychiatriques*. 1984;24:57-77.
 63. P. 638, em Desruelles *et al.* (1934) *ibid*.
 64. Surpreendentemente, isso não foi mencionado em Pichot PJ. The French approach to psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*. 1984;144:113-8.
 65. Ver López Piñero (1983) *ibid*.
 66. Frequentemente, deixa-se de mencionar que mesmo homens eminentes como Kraepelin e Chaslin se deixaram levar por períodos nacionalistas e gratuitamente atacaram os progressos psiquiátricos em países rivais. Por exemplo, Kraepelin foi um bismarkiano à *outrance*, chegando mesmo a escrever um artigo comparando sua própria personalidade à de Bismarck! (ver: Kraepelin E. Bismarck's Persönlichkeit. *Ungedruckte persönliche Erinnerungen. Süddeutsche Monatshefte*; 1921;19:105-22). Da mesma forma, Chaslin atacou o uso de categorias nosológicas alemãs na França e instigou seus concidadãos a desenvolver sua própria nosologia (ver: Berrios GE, Fuentenebro F. Introduction to, and translation of, Chaslin's 'Is psychiatry a well-made language?' *History of Psychiatry*. 1995;6:387-406). Mas houve também esforços objetivos para comparar as classificações alemã e francesa. Um exemplo magistral encontra-se em Roubinovitch J. *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*. Paris: Doin, 1896.
 67. Phillipe Buchez (1796-1866), médico, publicitário e reformador social, durante um certo período associado aos carbonários e aos saint-simonianos, chegou a desenvolver uma forma de socialismo cristão que ele pregou amplamente. Escreveu sobre história, psicologia e psiquiatria. Sua carreira parlamentar teve uma interrupção abrupta em 1848, quando como presidente da Assembléia Constituinte demonstrou demasiada indecisão diante da conduta desordenada daqueles que protestaram em favor da Polônia (ver: Biédre J. *Un précurseur de la démocratie chrétienne et de l'Europe à la Société Médico-Psychologique: Phillipe-Joseph-Benjamin Buchez*. *Annales Médico-Psychologiques*. 1986;144:109-15. E Robaux (sem iniciais). *La vie de Buchez*. *Annales de Thérapeutique Psychiatrique*. 1965;4:220-34.
 68. Citado em Desruelles, et al. (1934) *ibid*.
 69. P.328, Buchez P. *Reports*. *Annales Médico-Psychologique*. 1861;7:326-30.
 70. Féré. *Traité de Pathologie Générale* (citado na p. 41, Desruelles M. *Les classifications des maladies mentales dans l'enseignement contemporain*. *Annales Médico-Psychologiques*. 1934;92:41-58.
 71. Baillarger, citado em Desruelles, et al. (1934) *ibid*.
 72. Os debates da *Société Médico Psychologique* são famosos por ter apresentado, juntos, grandes alienistas que por vezes chegavam a algumas conclusões. Tópicos tais como alucinações e classificações foram debatidos diversas vezes.
 73. Louis Jean François Delasiauve (1804-1893) foi um médico com interesses políticos e literários que se tornou alienista. Pesquisou e escreveu muito sobre epilepsia, retardo mental e educação.
 74. Bénédicte-Augustin Morel (1809-1873) é bem conhecido pelos psiquiatras anglo-saxões por seus escritos sobre degeneração e *démence précoce*. Seu interesse e produção foram, entretanto, bastante mais amplos. Morel e Buchez foram amigos íntimos. Morel atacava todas as classificações psiquiátricas baseadas em sintomas e fenômenos aparentes, propondo, em vez desses, um critério 'etiológico'. A revisão favorável de Buchez apareceu como 'Rapport sur le Traité des Maladies Mentales de M. Morel. *Annales Médico-Psychologiques*. 1860;6:613-35. A classificação de Morel incluía seis (propositadamente etiológicos) grupos: '1) Insanidade hereditária, 2) Insanidade tóxica, 3) Insanidade produzida pela evolução de outras doenças, 4) Insanidade idiopática, 5) Insanidade simpática, 6) Demência' (p. 258-72, Morel BA. *Traité des Maladies Mentales*. Paris: Masson, 1860).
 75. P. 131, Relatos. Séance de 12 de novembro de 1860, em 1861, *Annales Médico-Psychologiques*. 1861;7:128-43.
 76. P. 143, Relatos, 1861, *ibid*.
 77. Jules Falret (1824-1902), filho do alienista Jean Pierre Falret (1794-1870), foi um acadêmico brilhante e tímido que cresceu à sombra de seu pai autoritário. Amigo de Lasègue e Morel, pesquisou sobre paralisia geral, delírios, epilepsia e *folie a deux*.
 78. P. 147, Relatos, 1861, *ibid*.
 79. Entretanto, ver Fava GA, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993; 87:225-30.
 80. P. 148, Relatos, 1861, *ibid*.
 81. P. 171, Relatos, 1861, *ibid*.
 82. P. 176, Relatos, 1861, *ibid*.
 83. Adolphe Garnier (1802-1864), destacado filósofo da mente, diz-se que morreu (de luto após a morte de seu único filho) quatro anos após sua intervenção no encontro da SMP. Orientado por Jouffroy, Garnier escreveu uma tese sobre Thomas Reid e pode ser considerado um dos principais expoentes franceses da filosofia escocesa do senso comum. Defensor de uma versão de psicologia das faculdades (isso é analisado de forma cristalina na sua *La Psychologie et la Phénologie Comparées* [Paris: Hachette; 1839]), Garnier propôs uma nova classificação das faculdades mentais no seu excelente *Traité des Facultés de l'ame* (Paris: Hachette; 1852). Sua intervenção no debate da SMP foi importante, primeiro, por salientar a natureza interdisciplinar da SMP na época e, segundo, pelo fato de ser capaz de trazer para o debate as premissas centrais da filosofia francesa da mente: uma combinação de psicologia das faculdades e ecletismo espiritualista (para uma análise da filosofia de Garnier, ver Charles, É. Garnier. In: Franck A, editor. *Dictionnaire des Sciences Philosophiques*. 2nd ed. Paris: Hachette, 1875; p. 593-4).
 84. Alfred Maury (1817-1892) foi um matemático que estudou leis, arqueologia e medicina. Por sua amizade com Baillarger e Moreau de Tours, também se interessou por medicina psicológica. Republicano, assumiu posições anticatólicas e sempre defendeu uma abordagem organicista da doença mental (sobre Maury, ver: Bowman FP. *Du romantisme au positivisme: Alfred Maury Romantisme*; 1978. p. 21-2; 35-53). No famoso debate sobre a natureza das alucinações (particularmente como vividas por alguns santos católicos romanos, Pascal e Sócrates), esteve do lado de Lélut ao acreditar que essas experiências resultassem de uma doença cerebral (ver sua *Des hallucinations*. Paris: Paris, Bourgogne and Martinet; 1845. Para uma análise do debate sobre alucinações, ver: Dowbiggin I. *Alfred Maury and the politics of the unconscious in nineteenth century France*. *History of Psychiatry*. 1990;1:255-87. James T. *Dream, creativity and madness in nineteenth century France*. Oxford: Clarendon Press; 1995). É difícil imaginar um abismo ideológico maior do que o que separa Maury e Garnier, razão por que seu debate sobre classificação psiquiátrica em 10 de dezembro de 1860 é particularmente importante.
 85. P. 316-20, Relato, 1861, *ibid*.
 86. P. 320-2, Relato, 1861, *ibid*.
 87. Francis Bacon (1561-1626): estadista e filósofo da ciência, inglês, formado em Cambridge, teve suas concepções revividas durante o século XIX. Os princípios de Bacon estão na *Instauratio Magna* (Grande Instauração), seu grande plano para ajudar o homem a readquirir controle sobre o mundo natural: uma classificação das ciências; novos princípios para interpretar a natureza (*Novum Organon*); um guia e catálogo dos fenômenos do universo, ou seja, um verdadeiro corpo de dados empíricos e pesquisas metodológicas; os níveis do intelecto; antecipações da nova filosofia; e a nova filosofia ou ciência ativa (ver p. 248, em: Robertson JM, editor. *The philosophical works of Francis Bacon*. London: George Routledge and Sons, 1905). Para um estudo

- da metodologia classificatória de Bacon, ver: Capítulos 1, 2 e 3 de Peltonen M, editor. *The Cambridge companion to Bacon*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. Bacon tentou persuadir James I a fundar cadeiras de 'ciências' em Oxford e Cambridge. Seu conselho não foi realizado em vida, mas há consenso entre os historiadores de que a posterior fundação da Royal Society por Carlos II tenha sido um desdobramento do baconismo.
88. P. 323-6, Relatos, 1861, *ibid*.
 89. P. 325, Relatos, 1861, *ibid*.
 90. Esse conceito é atualmente discutido como a 'hipótese unitária das psicoses' (ver: Berrios GE, Beer D. The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*. 1994;5:13-36).
 91. Buhez está aqui criticando remanescentes do velho modelo 'ontológico' de doença do século XIX. (ver: Riese W. The conception of disease. Its history, its versions and its nature. New York: Philosophical Library; 1991. Também Vié J. Sur l'existence d'entités morbides en psychiatrie, l'utilité et l'orientation de l'effort nosologique. *Annales Médico-Psychologiques*. 1940;98:347-58).
 92. P. 326-30, Relatos, 1861, *ibid*.
 93. P. 330-2, Relatos, 1861, *ibid*.
 94. Théophile Archambault (1806-1863), então alienista sênior e secretário-geral da SMP, morreu dois anos após essa intervenção. Ele fora discípulo de Esquirol e dominava a língua inglesa. Em 1840 traduziu o 'Treatise on the nature, causes, symptoms and treatment of insanity' (1838) de Ellis para o francês. Realizou trabalho clássico sobre incontinência urinária nos insanos.
 95. P. 332, Relatos, 1861, *ibid*.
 96. P. 648, Desruelles, et al. 1934, *ibid*.
 97. Neste artigo não há espaço sequer para tocar nesse importante debate (que foi do encontro de julho de 1888 até junho de 1889 [*Annales Médico-Psychologiques*]), em que uma nova geração de psiquiatras franceses teve uma segunda incursão ao problema. Uma análise conceitual desse debate e uma comparação com o debate de 1860-1861 é muito importante para qualquer futura história das classificações psiquiátricas.
 98. P. 233, Tuke DH. Classifications. In: Tuke DH, editor. *Dictionary of psychological medicine*. 2 Vols. London: Churchill; 1882. p. 229-33.