

A Medicalização do Mal-Estar: o caso do DSM

A crise da psiquiatria na década de 1970 foi o cenário propício para os psiquiatras defensores da abordagem biológica dos transtornos mentais travarem uma luta pelo monopólio da autoridade e da competência no campo psiquiátrico (Kutchins e Kirk, 1997). Isolados face à prevalência da psicanálise adaptativa nos Estados Unidos, esses psiquiatras vislumbraram na crise da psiquiatria influenciada pela psicologia do ego a oportunidade de assumir a condução da especialidade.

Esses psiquiatras atribuíam os problemas da especialidade à influência da vertente americana da psicanálise e sustentavam que a sobrevivência da psiquiatria dependia de seu alinhamento à biomedicina (Guze, 1989, 1993). Essa escolha respondia aos interesses de uma parcela dos psiquiatras, até então também apartados do poder decisório da Associação Psiquiátrica Americana (APA), do governo federal e das cátedras universitárias (Shorter, 1997). A ascensão do discurso biológico na psiquiatria americana conduziu à adoção dos psicofármacos como tratamento prioritário e à escolha das pesquisas experimentais como modo de explicação da patologia mental (Healy, 1997, 2002).

Segundo Andreasen (2007), adepta da psiquiatria biológica, a publicação da terceira revisão do manual diagnóstico da APA, em 1980, foi central no caminho da remodelização da psiquiatria americana. Essas mudanças estimularam a adoção de uma nova definição do transtorno mental, com a perspectiva de, no futuro, aprimorá-la com evidências biológicas. Nas palavras de Andreasen:

as mudanças que pareciam ser obviamente necessárias nos princípios e na prática da psiquiatria americana foram criadas pelo desenvolvimento e publicação de um novo DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, terceira revisão (DSM-III) (Andreasen, 2007, p. 110).

Neste capítulo analiso a formação das diversas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) por considerá-las fonte

crucial para a compreensão da construção do projeto normativo da psiquiatria biológica. A análise dessas versões oferece os enunciados que redefinem as fronteiras da normalidade na saúde mental e explicitam a estratégia de dominação da psiquiatria biológica

Entre as versões do DSM, a terceira constituiu importante suporte no realinhamento da psiquiatria americana à biomedicina (Healy, 1997; Shorter, 1997). Defendo que o padrão diagnóstico ali formalizado induziu um novo modo de entendimento do mal-estar psíquico, onde o contexto social é minimizado (Kawa e Giordano, 2012; Gaines, 1992) e o sujeito do inconsciente excluído (Laurent, 2014).

Discuto no final deste capítulo que o DSM nunca foi unânime na própria psiquiatria biológica porque suas categorias diagnósticas foram criadas com base no consenso de especialistas, metodologia que não responde ao padrão de produção de evidência definido pela medicina experimental.

Cabe esclarecer que o DSM não foi a primeira referência para classificar os transtornos mentais nos EUA. Ele foi precedido de cinco outras classificações. A primeira classificação foi desenvolvida por volta dos anos de 1840 e propunha apenas duas categorias diagnósticas, a insanidade e a idiotia. Em 1880 surgiu outra classificação, que listava sete categorias: mania, melancolia, monomania, parestia, demência, dipsomania e epilepsia (Bezerra Jr., 2014). Em 1918 a Associação Médico-Psicológica Americana publicou o Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Loucos (Statistical Manual for the Use of Institutions of the Insane). O manual descreve quadros clínicos de pacientes internados em hospícios, local prioritário da prática psiquiátrica naquele momento (Healy, 1997). Foi referência para a especialidade até o advento da Segunda Guerra Mundial, que revelou quadros de transtorno mental, como as neuroses de guerra, não descritos na classificação americana. A existência desses quadros levou à criação de mais duas classificações psiquiátricas, uma desenvolvida pelas forças armadas (Armed Forces Nomenclature) e outra pelos veteranos de guerra (Veterans Administration Nomenclature).

A necessidade de um sistema classificatório abrangente e unificado levou à criação, em 1952, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). O DSM I foi o primeiro manual oficial da Associação Psiquiátrica Americana (APA), tendo sido desenvolvido por uma geração de psiquiatras que começaram a clinicar durante a guerra, sem treinamento prévio no hospício.

A APA assumiu as ideias de Meyer (1951), segundo as quais os quadros psiquiátricos são predominantemente padrões de reação a eventos da vida, não doenças biologicamente determinadas. Assim, deu centralidade à noção de reação, indicando que transtornos como esquizofrenia, paranoia, depressão, ansiedade poderiam ser tipos de reação psicótica, neurótica ou comportamental aos desafios adaptativos da vida (APA, 1952).

O DSM I contempla 102 categorias diagnósticas divididas em dois grandes grupos de transtornos mentais. O primeiro é composto por transtornos causados ou associados ao comprometimento da função cerebral advinda de situações como intoxicações, traumas físicos, doenças fisiológicas. O segundo inclui transtornos de origem psicogênica ou sem causa física claramente definida ou mudança estrutural no cérebro (APA, 1952). Neste grupo, subdividido em psicoses e neuroses, situam-se os quadros resultantes de estressores socioambientais sobre o paciente e sua dificuldade de adaptar-se a eles.

A publicação do DSM I deslocou a abordagem biológica dos transtornos mentais, que vigorou na psiquiatria asilar americana no século XIX e início do século XX (Kutchins e Kirk, 1997). Esse deslocamento foi influenciado também pelas ideias de Menninger (1963), que discorda do diagnóstico descritivo e categorial que vigorou em grande parte da história da psiquiatria e advoga a favor de uma teoria psicossocial unificada da psicopatologia (Kawa e Giordano, 2012; Wilson, 1993).

A concepção psicossocial de Menninger considera que os diversos transtornos mentais são redutíveis a um único processo psicossocial: a falência do indivíduo em sofrimento para adaptar-se ao seu ambiente. Tal falência conduz a quadros neuróticos, *borderlines* ou psicóticos, contínuos entre si. Essa abordagem continuísta pressupõe que as doenças mentais são qualitativamente idênticas e que sua distinção advém da intensidade de resposta subjetiva aos fatores ambientais.

O psiquiatra considera ainda que a fronteira entre saúde e doença mental é fluida porque pessoas normais adoecem se expostas a traumas muito severos. Assim, entende que quase todos têm algum grau de doença mental e que, portanto, devem tratar-se para identificar o que há “por trás do sintoma” (Menninger, 1963, p. 325 *apud* Mayes and Horwitz, 2005).

Se o DSM I está sob a influência do enfoque psicossocial, o DSM II, publicado em 1968, reflete a prevalência da psicologia do ego. Essa prevalência se manifesta na exclusão do termo “reação” e no privilégio da categoria neurose (Gaines, 1992). No DSM II os transtornos mentais são separados em 10 grupos, incluindo retardo mental, transtornos de personalidade, distúrbios de comportamento na infância e adolescência.

A despeito das novas divisões e categoriais diagnósticas, o DSM II mantém a distinção clássica entre transtornos mentais orgânicos e não orgânicos, também presente no DSM I. As síndromes mentais orgânicas compõem o primeiro grupo, pois são associadas a prejuízos da função ou do tecido cerebral. No âmbito dessas síndromes encontram-se alguns casos de psicoses orgânicas, desencadeadas por condições físicas subjacentes. Há casos de psicose, no entanto, que não se encaixam no grupo das síndromes mentais orgânicas porque suas causas biológicas são desconhecidas. São as chamadas psicoses funcionais, cujos exemplos mais importantes são a esquizofrenia, a paranoia e os transtornos afetivos. As neuroses constituem o outro pólo dos transtornos mentais, pois sua origem é atribuída a questões de ordem psicológica.

A neurose é a categoria mais importante do DSM II (APA, 1968). Assume esse lugar porque é o objeto por excelência dos psiquiatras da época, dedicados à prática psicoterápica no consultório privado (Shorter, 1997; Healy, 2002). O DSM II acolheu as preferências desses profissionais ao aceitar a tese de que os sintomas têm natureza simbólica (Bezerra Jr., 2014) e são reflexos de condições psíquicas subjacentes, relativas à história de vida e experiência pessoais (Mayes e Horwitz, 2005; Gaines, 1992).

Essa tese, de inspiração psicanalítica, assumiu um contorno próprio nos Estados Unidos na medida em que obscureceu a distinção entre saúde e doença mental e favoreceu a medicalização de afetos e comportamentos. Isso se refletiu

na criação de dezenas de novas categorias diagnósticas, que passam de 102 do DSM I para 184 no DSM II.

De acordo com Grob (1987), a psiquiatria amparada no DSM II deixou de ser uma disciplina preocupada com a loucura para preocupar-se com a anormalidade. Conforme analisado no Capítulo 3, fato semelhante ocorreu com a difusão da teoria de degenerescência de Morel (1857, 1860).

Paradoxalmente, a grande abrangência da intervenção da psiquiatria promovida pelo DSM II foi uma das responsáveis pela crise de legitimidade científica vivida pela especialidade nos Estados Unidos nos anos 70 (Mayes e Horwitz, 2005). Dentre as inúmeras críticas, uma chamava especialmente a atenção: a falta de transparência e de objetividade no diagnóstico e no tratamento. Segundo Horwitz (2002) e Healy (1997), naquele momento havia uma sensação de que os psiquiatras davam pouca atenção à questão diagnóstica. Pesquisas internacionais concluíram que psiquiatras americanos diagnosticavam mais doenças mentais do que psiquiatras do restante do mundo, que não faziam avaliações clínicas sistemáticas, e que os diagnósticos não eram confiáveis (Andreasen, 2007).

Ademais, a publicação da pesquisa de Rosenham (1973) produziu outro abalo na confiança dos americanos no diagnóstico psiquiátrico: oito pesquisadores, considerados mentalmente saudáveis, *simularam* alucinações auditivas a fim de serem avaliados por plantonistas de hospitais psiquiátricos. Todos relataram vozes, difusas e desconhecidas, que diziam as palavras “vazio”, “oco” ou “baque”. Mediante o falso relato dos pesquisadores, sete deles foram internados com diagnóstico de esquizofrenia e um, com diagnóstico de depressão psicótica. Após a internação, os falsos pacientes afirmaram que o sintoma tinha cessado e passaram a agir normalmente. Relataram histórias reais da própria vida, rejeitaram a medicação e fizeram anotações sobre o cotidiano hospitalar.

Durante a experiência, nenhum falso paciente foi descoberto pelos psiquiatras e pelos demais profissionais de saúde. Os internados foram os únicos a estranhar os pesquisadores, a ponto de considerá-los repórteres ou professores que avaliavam o hospital. Os pseudo-pacientes tiveram alta entre 7 e 52 dias após a admissão, com tempo médio de internação de 19 dias. A experiência demonstrou

a falha na capacidade dos psiquiatras de distinguir pessoas sãs de doentes mentais (Rosenham, 1973).

Na década de 70, outro evento igualmente marcante foi a mobilização de ativistas *gays* pela retirada da homossexualidade do rol dos transtornos mentais. A homossexualidade foi incluída como transtorno mental no DSM I e mantida no DSM II. A patologização da homossexualidade era um exemplo da dificuldade de definir adequadamente as fronteiras dos transtornos mentais (Healy, 1997).

As críticas internas e externas à psiquiatria do DSM II abriram espaço para os defensores da abordagem biológica dos transtornos mentais, há décadas relegados a uma posição secundária. Os psiquiatras biológicos argumentavam que o alinhamento da psiquiatria à psicanálise afetava a legitimidade do DSM II e a própria especialidade (Sabshin, 1990; Kandel, 1998; Andreasen, 2007).

Afirmavam que a fragilidade do DSM II devia-se à atenção à dinâmica psíquica, à adoção da hipótese continuista e à ausência de parâmetros objetivos. Para os psiquiatras biológicos, essas inconsistências geravam discrepâncias na identificação da patologia apresentada pelos indivíduos e impediam que médicos de outras especialidades pudessem fazer uso do DSM II. Os médicos que não eram psiquiatras não conheciam a teoria psicanalítica e estavam habituados ao modelo diagnóstico categorial, dominante na medicina.

Essas limitações seriam, segundo os críticos do DSM II, ainda mais graves com o advento da nova farmacoterapia: a promessa de que uma nova geração de drogas psiquiátricas corrigiria distúrbios cada vez mais específicos elevou o valor sobre o diagnóstico correto (Healy, 1997).

Em paralelo à crise de legitimidade da psiquiatria do DSM II, psiquiatras da corrente biológica da Washington University desenvolveram novas premissas para a psiquiatria. Os psiquiatras denominados neokraepelinianos advogaram que a psiquiatria era um ramo da medicina e que os psiquiatras deveriam focar-se nos aspectos biológicos dos transtornos mentais. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, sustentaram que: a) as doenças mentais existem; b) há fronteiras claras entre as pessoas normais e as mentalmente doentes; c) a psiquiatria trata pessoas que estão enfermas e que requerem tratamento para doenças mentais.

Afirmaram que os psiquiatras deveriam ter preocupação explícita com o diagnóstico e a classificação. Para isso, deveriam utilizar técnicas estatísticas que aprimossem a confiabilidade e a validade diagnóstica (Klerman, 1978). Confiabilidade e validade seriam, portanto, os critérios fundamentais para aferir a qualidade diagnóstica. A confiabilidade (ou fidedignidade) descreve a escala de concordância obtida nos diagnósticos realizados por psiquiatras de diferentes orientações teóricas e de ambientes culturais diversos para o mesmo conjunto de sintomas (Pereira, 1999). A validade (ou acurácia) informa se os parâmetros adotados são apropriados, ou seja, se medem ou analisam corretamente o objeto de pesquisa (Kutchins e Kirk, 1997). A validade é dependente do modo pelo qual o objeto é definido.

5.1 A proliferação diagnóstica no DSM III

O criticismo ao DSM II conduziu à criação do DSM III em 1980. A terceira versão foi desenvolvida por um grupo de psiquiatras biológicos chefiados por Spitzer, pesquisador da Universidade de Columbia. Spitzer foi indicado para o cargo pela direção da APA após ter mediado os debates em torno da homossexualidade e auxiliado na sua remoção da lista de transtornos mentais (Kutchins e Kirk, 1997).

O DSM III teve como objetivos aprimorar a comunicação entre os psiquiatras clínicos, fornecer diagnósticos fidedignos que fossem úteis na pesquisa, melhorar o ensino, realinhar a psiquiatria americana com o restante do mundo e elaborar uma classificação compatível com a CID 9 (Andreasen, 2007).

Spitzer comungava com os neokraepelinianos da Washington University as críticas à influência da psicologia do ego sobre a psiquiatria e a ideia de que era preciso realinhar a especialidade à medicina (Healy, 1997). Assim, desde o início sustenta a proposta de ruptura com o DSM I e DSM II, distanciando a psiquiatria do entendimento psicanalítico dos transtornos mentais (Kutchins e Kirk, 1997; Gaines, 1992).

A equipe chefiada por Spitzer desejava que o DSM III facilitasse a investigação e a divulgação da pesquisa clínica e epidemiológica, permitindo que elas fossem realizadas em grupos estatisticamente equiparáveis. Para isso adotou

um modelo médico fundado em critérios diagnósticos que pudessem ser adaptados à linguagem computacional (Orr, 2010).

A criação do DSM III foi, como disse Healy (1997), o cavalo de Troia pelo qual os psiquiatras biológicos entraram na cidadela dos psicanalistas americanos. O sucesso do DSM III, contudo, excedeu em muito a questão da disputa no campo psiquiátrico no solo dos Estados Unidos ao redefinir mundialmente os transtornos mentais e o modo como são identificados, diagnosticados e tratados (Mayes e Horwitz, 2005).

A força-tarefa responsável pelo DSM III suprimiu qualquer critério, conceito ou explicação diagnóstica que remetesse à psicanálise, ainda que na versão adaptativa americana. O exemplo mais contundente da mudança na orientação teórica do DSM III foi a exclusão do termo “neurose”, claramente referido à psicanálise desde que Freud atribuiu um caráter psíquico à patologia (Freud, 1893-1895, 1894). A força-tarefa que elaborou o DSM III considerava que o termo “neurose” não tinha base empírica e não podia ser utilizado para distinguir diferentes transtornos mentais, pois todos têm conflitos psicológicos (Mayes e Horwitz, 2005).

Assim, a nova versão do manual classificatório redefiniu os transtornos anteriormente ligados à neurose. Atribuiu-lhes novos nomes e parâmetros diagnósticos, suprimindo qualquer referência à origem psíquica. A neurose obsessiva, por exemplo, classificada no DSM II dentre o grande grupo das Neuroses, passou a ser designada como “transtorno obsessivo compulsivo” (ou “neurose obsessiva compulsiva”) dentro do item Transtornos de Ansiedade (APA, 1980, p. 31).

A redefinição dos transtornos até então ligados à neurose respondeu, ainda, a outra diretriz central do novo manual classificatório: a inclusão arbitrária e interessada de novas categorias diagnósticas. De acordo com Kutchins e Kirk (1997), “a força tarefa do DSM III estava disposta a incluir muitas categorias diagnósticas novas. (...) A intenção era abraçar o maior número de quadros comumente vistos pelos psiquiatras clínicos” (p. 43). O novo manual deveria refletir a variedade desses quadros e, fundamentalmente, ampliar a possibilidade de reembolso médico!

O movimento de fragmentação da categoria neurose e apagamento de sua base psíquica também pode ser identificado no destino dado ao diagnóstico de histeria no DSM III, apresentado no quadro abaixo. Nas duas primeiras versões do manual classificatório americano, a histeria constitui um quadro neurótico, sendo subdividida em tipo conversivo e tipo dissociativo. No DSM III desaparece a ideia de que conversão e dissociação são modos de apresentação da histeria. Assim, elas são separadas da histeria, que é suprimida como categoria diagnóstica. Tornam-se transtornos independentes: transtorno somatoforme e transtorno dissociativo. No primeiro grupo são incluídos os transtornos somatoformes, os transtornos de dor psicogênica, a hipocondria e os transtornos de conversão. Atribui-se somente ao último transtorno a relação com a neurose histérica, levando a crer que as demais categorias são distúrbios independentes da histeria e entre si.

O segundo grupo, dos transtornos dissociativos, é dividido em amnésia psicogênica, fuga psicogênica, múltipla personalidade, transtorno de despersonalização (neurose de despersonalização) e transtorno dissociativo atípico. Esse grupo recebe também o nome de neurose histérica tipo dissociativo, em uma referência à classificação feita no DSM II. A menção ao termo “neurose”, encontrada nos dois grupos, é retirada no DSM III-R, gerando a crença de que os transtornos somatoformes e os transtornos dissociativos não têm relação com a histeria, portanto, com a neurose.

Quadro 1. Diagnóstico de histeria – comparação DSM I, DSM II, DSM III e DSM III-R

DSM I e II	DSM III	DSM III-R
Neurose histérica tipo conversivo	Transtornos somatoformes: Transtorno de somatização Transtorno de conversão (neurose histérica tipo conversivo) Transtorno de dor psicogênica Hipocondria Transtorno somatoforme atípico	Transtornos somatoformes: Transtorno de somatização Transtorno de conversão Transtorno de dor psicogênica Hipocondria Transtorno somatoforme atípico
Neurose histérica tipo dissociativo	Transtornos dissociativos (neurose histérica tipo dissociativo): Amnésia psicogênica Fuga psicogênica Múltipla personalidade Transtorno de despersonalização (neurose de despersonalização) Transtorno dissociativo atípico	Transtornos dissociativos: Amnésia psicogênica Fuga psicogênica Múltipla personalidade Transtorno de despersonalização Transtorno dissociativo atípico

Fonte: American Psychiatric Association (1968, 1980, 1987).

Com a publicação do DSM III, a psiquiatria americana abandonou a distinção entre neurose e psicose, clássica na psicanálise e na própria psiquiatria. Esse abandono conduziu à proliferação diagnóstica e permitiu que os psiquiatras definissem como doença todo tipo de comportamento considerado idiossincrático, ampliando o escopo dos transtornos mentais.

Laurent (2013) chama atenção que o dismantelamento dos grandes quadros da psicopatologia e sua redução a itens “simples, empíricos, claramente observáveis sem equívocos” foi, em si, inflacionista. Para ele,

o transtorno, servindo-se de seu empirismo como insígnia para poder dispensar qualquer hipótese teórica, revelando apenas o fundamento biológico a ser descoberto algum dia, tornou-se a *moeda epidemiológica comum, sem governança* (Laurent, 2013, [s/p], grifo do autor)

Na esteira da exclusão da perspectiva psicanalítica, a referida força-tarefa declarou que o DSM III seria ateuórico e descritivo, excluindo qualquer abordagem etiológica. Cabe chamar a atenção que essa argumentação reconhecia implicitamente o limite epistemológico da explicação biológica, porém evitou problematizá-lo. A força-tarefa apenas informou que a exclusão das considerações etiológicas relacionava-se ao fato de que grande parte dos transtornos mentais tinha causa desconhecida (APA, 1980).

A força-tarefa argumentou, em favor do DSM III, que psiquiatras de orientações teóricas diversas podiam chegar a diagnósticos comuns exclusivamente pela observação dos sintomas (APA, 1980). Isso significou abandonar o modelo freudiano de classificação, baseado no modo de defesa do sujeito. Assim, a força-tarefa privilegiou os aspectos descritivos dos transtornos mentais, definindo-os a partir de suas características observáveis (sintomas).

Vale lembrar que a elaboração de diagnósticos médicos com base na observação de sintomas é pré-moderna, sendo um atributo da medicina classificatória do século XVII e da primeira metade do século XVIII (Foucault, 1963/1977). Desde o desenvolvimento da anatomoclínica e da bacteriologia, a medicina moderna rompeu com o padrão descritivo ao estabelecer a etiologia e a fisiopatologia como o padrão-ouro da classificação (Hyman, 2010).

Como assinali no capítulo anterior, a psiquiatria não tem sido capaz de adaptar-se à racionalidade da etiologia e da fisiopatologia. Na elaboração do DSM III, as lideranças americanas da especialidade se depararam com esse limite epistemológico, pois não dispunham de marcadores biológicos que embasassem a classificação pretendida. Em vez disso, adotaram a classificação sintomatológica, evitando também a definição com base em aspectos psíquicos ou psicossociais. Sendo assim, o esforço de construção do DSM III abandonou desde o início qualquer tentativa de criar uma classificação baseada em parâmetros experimentais. Restou a classificação por consenso, onde a definição e os critérios diagnósticos são construídos pela decisão de especialistas (Kutchins e Kirk, 1997). O consenso de especialistas, com base na evidência estatística, ocupou o lugar anteriormente destinado aos debates sobre a causalidade psíquica (Leguil, 2007).

Apesar da adoção de critérios descritivos, sintomatológicos e definidos por consenso – e não pela presença de marcadores biológicos –, os participantes da força-tarefa propalaram que o DSM III guardava maior filiação à biomedicina (Sabshin, 1990; Klerman et al., 1984). Adotaram o modelo categorial e defenderam que a nova classificação estava fundada em critérios claros, acessíveis à observação e estatisticamente mensuráveis. No modelo categorial, uma doença, transtorno ou fator de risco pode ser qualitativamente separado do bem-estar e também de outras doenças e transtornos (Hyman, 2010). Na prática, a opção por esse modelo significou a retomada das teses kraepelinianas segundo as quais os transtornos mentais são compreendidos como entidades clínicas discretas¹, com contornos e fronteiras bem demarcados entre si e em relação à normalidade (Kawa e Giordano, 2012).

O estabelecimento dessas fronteiras é dado no DSM III pela criação de critérios operacionais: descrições precisas e pormenorizadas das perturbações mentais. Os critérios definem características de inclusão e de exclusão e detalham o número e duração dos sintomas necessários para cada categoria diagnóstica (APA, 1980). Baseiam-se em sintomas manifestos e são construídos a partir de

¹ A palavra inglesa *discrete* pode ser traduzida como discreto, distinto, descontínuo. Optamos por fazer uma tradução literal para preservar o conceito tradicionalmente utilizado na epidemiologia e na estatística, referência para a chamada psiquiatria científica. No sentido epidemiológico ou estatístico, uma variável discreta se opõe a outra, contínua.

um consenso de especialistas, testado em ensaios de campo (APA, 1980). Assim, no DSM III a definição de um diagnóstico ocorre por meio da correspondência entre o quadro clínico apresentado pelo paciente e os critérios de determinada categoria classificatória. Isso representa uma mudança substantiva em relação ao DSM II, onde não havia uma lista de critérios diagnósticos (*check list*) a serem preenchidos, mas uma definição abrangente do transtorno, que incluía uma discussão sobre a etiologia.

Outra mudança substantiva do DSM III é a adoção do diagnóstico multiaxial com o objetivo de incluir elementos médicos e psicossociais na avaliação clínica. No eixo 1 são incluídos os transtornos psiquiátricos (incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado) e no eixo 2, os transtornos de personalidade, os transtornos invasivos do desenvolvimento e o retardo mental.

O eixo 3 assinala a existência de condições médicas agudas ou doenças físicas relevantes para os quadros psiquiátricos. Esse eixo foi resultado da supressão da distinção clássica entre transtornos mentais orgânicos e não orgânicos que referi anteriormente. A APA sustenta que a manutenção da referência a transtornos mentais orgânicos daria a impressão de que havia transtornos mentais sem base orgânica, tese inadequada para psiquiatras biológicos.

O eixo 4 indica a possibilidade de que fatores ambientais ou psicossociais contribuam para os transtornos. O eixo 5 é composto de uma avaliação funcional global ou uma escala de avaliação global para crianças e jovens até 18 anos, que pontua o grau de funcionamento psicológico, social e laboral do paciente, bem como o prejuízo produzido pela patologia (APA, 1980).

A partir do exposto, é possível afirmar que o DSM III suprimiu a classificação baseada na etiologia, atendo-se à descrição e catalogação de sintomas; expurgou a influência da psicanálise e da abordagem psicossocial no entendimento dos transtornos mentais; aboliu a distinção entre neurose e psicose como eixo da classificação psiquiátrica; e abandonou a divisão entre quadros orgânicos e não orgânicos, considerando que todos os transtornos têm causalidade biológica. Teve como princípio-guia a ampliação de categorias diagnósticas, especialmente aquelas que anteriormente eram designadas como neuroses.

Se as versões do DSM I e II foram pequenos livros com códigos de doenças destinados ao uso administrativo de psiquiatras, a partir dos anos 80 o DSM III tornou-se a “bíblia da psiquiatria” (Kutchins e Kirk, 1997, p. 10). O DSM III transformou-se em repositório do conhecimento dos transtornos mentais, um documento de pretensões científicas que serviu de referência normativa para a clínica, a pesquisa e o ensino em psiquiatria.

Nesse e Stein (2012), defensores da remedicalização da psiquiatria, avaliam que a publicação do DSM III levou ao aumento da confiabilidade diagnóstica e da comunicação profissional, permitiu a comparabilidade e a reprodutibilidade de estudos, favoreceu a criação de escalas como instrumentos padronizados de diagnóstico e fortaleceu o desenvolvimento no campo da epidemiologia. Esses resultados produziram o alinhamento de psiquiatras clínicos e pesquisadores, seguradoras de saúde, governo americano e indústria farmacêutica, todos interessados na padronização de parâmetros diagnósticos para definição e tratamento dos transtornos mentais.

Mayes e Horwitz (2005) afirmam criticamente que a equiparação entre sintomas e patologias silenciou as restrições dos anos 70 sobre a falta de objetividade diagnóstica; estabeleceu parâmetros para o reembolso dos terceiros pagadores; permitiu ao governo norte-americano obter dados que amparassem as políticas de saúde mental e de financiamento de pesquisa. Ademais, forneceu à indústria farmacêutica um grupo de transtornos para onde direcionar a pesquisa de novos medicamentos.

O DSM III foi rapidamente adotado pelos psiquiatras e pelos setores envolvidos com a questão dos transtornos mentais, difundindo o vocabulário diagnóstico no meio médico e também na sociedade. O sucesso do manual nos Estados Unidos levou à sua internacionalização e alguns de seus aspectos básicos foram incluídos na CID 10, publicada em 1992. Esse sucesso, em conjunto com a promessa de descobertas nos campos das neurociências, genética e farmacologia, alçou a psiquiatria americana à condição de referência para o mundo (Healy, 1997).

A publicação do DSM III foi seguida de uma revisão, o DSM III-R, publicada em 1987. Em 1992 foi lançado o DSM IV e em 2000, o DSM IV TR. A

versão mais recente do manual, o DSM 5, data de maio de 2013. Todas as versões adotaram o mesmo referencial teórico e metodológico do DSM III e não fizeram mudanças substantivas, à exceção da supressão do diagnóstico multiaxial e da inclusão da classificação dimensional no DSM 5.

Os trabalhos para elaboração do DSM 5 tiveram início em 1999, antes mesmo da publicação do DSM IV TR (APA, 2014). Na época foi realizada uma conferência para estabelecimento de uma agenda de pesquisas e em 2002 foram criados os grupos de trabalho. Havia uma preocupação importante de aproximar o DSM 5 das investigações dos campos das neurociências e da genética, aprimorando a base científica da nosologia americana e ligando ainda mais a psiquiatria à medicina².

A expectativa de construção de uma classificação fundamentada em grande parte na pesquisa empírica não foi igualmente alcançada. A inovação mais marcante do DSM 5 foi a adoção do modelo classificatório dimensional. De acordo com Laia (2011), o modelo classificatório dimensional respondeu aos questionamentos sobre a existência de fronteiras claras entre os transtornos mentais. Havia muita dúvida sobre a ideia de que esses transtornos eram entidades clínicas, doenças específicas e claramente distintas. Essa ideia fora adotada pelos neokraepelinianos e constituiu um dos fundamentos do modelo diagnóstico categorial no DSM III. O modelo do DSM III entrou em declínio no final do século XX frente à percepção de que havia zonas de interpenetração entre alguns transtornos e deles com a normalidade.

O diagnóstico categorial induzia a um alto índice de comorbidades e de diagnósticos sem outra especificação (SOE), não respondendo satisfatoriamente à sobreposição de sintomas relativamente comuns na psiquiatria. Além disso, mostrou-se insensível à sintomatologia subliminar e à heterogeneidade de sintomas no interior das categorias diagnósticas. Por fim, o modelo categorial de classificação parecia em desacordo com os achados das neurociências e da genética, que não seguem as mesmas fronteiras da classificação sintomatológica.

Para a elaboração do DSM 5, a APA adotou, então, uma classificação mista: categorial-dimensional. Manteve as categorias diagnósticas, adequadas às

² A opção pelo número cardinal (5) no lugar do algarismo romano (V) teve por finalidade marcar essa orientação.

comunicações clínicas, científicas e também aos planos de saúde e às ações político-governamentais. Porém incluiu a perspectiva dimensional, onde há uma graduação quantitativa de vários fatores comuns que atravessam os diversos transtornos mentais e que permitem a classificação sem os limites rígidos das categorias.

O DSM 5 transporta para a psiquiatria modelo classificatório semelhante ao de algumas doenças orgânicas, onde a definição diagnóstica ocorre em função de graus e quantidades, como no caso das patologias derivadas de alteração da pressão sanguínea ou do colesterol (Laia, 2011).

Ao citar a depressão, Dalgarrondo (2000) oferece um bom exemplo do modelo dimensional. Nele, o transtorno poderia variar segundo uma atribuição de gravidade: depressão grave, depressão bipolar, depressão moderada, distímia, personalidade depressiva e depressão subclínica.

Apesar de procurar solucionar problemas do modelo categorial, o modelo dimensional não altera a lógica que organiza o DSM 5: empiricista, descritiva, sem sujeito. Nesse sentido, a assunção de que não existem fronteiras claras entre transtornos e normalidade amplia imensamente o risco da medicalização.

É preciso, portanto, acompanhar a implementação do DSM 5 para analisar seus efeitos porque, além do rebaixamento do limiar diagnóstico em inúmeras categorias, foram criados diagnósticos cuja “sintomatologia” é comum na população. Um exemplo é o transtorno de acumulação, definido como acúmulo de coisas, comida ou lixo e incapacidade de se desfazer deles (APA, 2013). Até o DSM IV a acumulação era um dos critérios para o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). No DSM 5, foi isolada e considerada um transtorno mental, seguindo a tendência inaugurada no DSM III de criar novas categorias a partir da subdivisão das anteriores.

Acirram-se a inflação diagnóstica e a medicalização. A tabela 1 ilustra a referida proliferação diagnóstica. É possível perceber o crescimento do número de páginas do DSM, advinda da incorporação de informações sobre prevalência, idade, sexo, características diferenciais e comorbidade.

Tabela 1: DSM Número de Categorias Diagnósticas e Número de Páginas, 1952-2013

Versão	Ano	Nº de categorias diagnósticas	Nº de páginas
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III R	1987	292	567
IV	1994	297	886
IV TR	2000	374	915
5	2013	446*	991

Fonte: American Psychiatric Association (1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013).

* Não foi possível encontrar referência ao número de categorias diagnósticas do DSM 5 em artigos nacionais e internacionais. Para chegar ao número relatado aqui, foi feita a contagem das categorias listadas no referido manual classificatório.

Os efeitos normativos do DSM têm sido permanentes e controversos. Quero destacar que parte do *mainstream* do campo psiquiátrico tem sustentado críticas severas ao manual classificatório sob a alegação de falta de cientificidade. O principal argumento crítico ao DSM 5 concentra-se na falta de evidências etiopatogênicas, anatômicas ou fisiopatológicas. Para autores como Insel, diretor do NIMH, o estabelecimento de categorias diagnósticas com base na sintomatologia e no consenso de especialistas é inaceitável, sendo urgente que a psiquiatria perceba que “não pode ter sucesso ao utilizar as categorias do DSM como padrão-ouro” (Insel, 2013, s/p.). As categorias deveriam fundamentar-se em achados laboratoriais e medidas neurobiológicas, não em comportamentos observáveis.

O diretor do NIMH censura o DSM 5 ao declarar que, no restante da medicina, o diagnóstico baseado em sintomas foi amplamente substituído em meados do século XX. Isso ocorreu à medida que se entendeu que “a atenção exclusiva aos sintomas raramente conduz à melhor escolha de tratamento” (Insel, 2013, s/p). Com essa censura, a intenção de Insel e de outros críticos do DSM é gerar classificações decorrentes das neurociências.

Em um esforço de resgatar a credibilidade científica da psiquiatria, o NIMH lançou há três anos o programa Research Domain Criteria (RDoC). Esse programa pretende transformar a metodologia diagnóstica ao incorporar conhecimentos da genética e das neurociências, fundando um novo sistema classificatório. Ao invés de começar com uma definição sintomatológica de doença e buscar suas bases neurobiológicas, o RDoC parte do entendimento atual do comportamento cerebral

e liga-o aos fenômenos clínicos (NIMH, 2014). Esse programa de pesquisa representa efetivamente uma importante cisão política no *mainstream* da psiquiatria atual pela aderência radical à perspectiva fisicalista. Havia a perspectiva da APA de que essa mudança se operasse já no DSM 5, o que não foi possível devido à falta de evidências conclusivas, conforme esclarece o próprio Insel (2013).

Hoje o RDoC é um programa de pesquisa sem aplicação clínica direta. No futuro, contudo, pretende-se que suas descobertas transformem a clínica e assegurem de uma vez por todas o lugar da psiquiatria na biomedicina. A crise de cientificidade dos DSMs estaria, assim, para esses psiquiatras, na dificuldade da psiquiatria em determinar a origem biológica dos transtornos mentais.

A crítica de Insel, contudo, desconhece que a psiquiatria, para sua eficácia normativa, não depende necessariamente da competência científica. A reflexão sobre as flutuações do conceito de depressão ao longo das várias versões do DSM ilustra adequadamente os efeitos que a classificação produz na percepção do mal-estar.

5.2 Tristeza e Depressão: um breve relato sobre a inflação diagnóstica

Shorter (2009) defende que a publicação do DSM III é a chave para o entendimento da difusão abusiva do diagnóstico de depressão na atualidade na medida em que ela se tornou uma categoria clínica autônoma. Segundo o autor, isso representou uma ruptura em relação à definição histórica da depressão, referida à partilha entre neurose e psicose. No grupo das neuroses habitualmente eram incluídos os casos de depressão marcados pela angústia e infelicidade crônicas e no outro grupo os casos onde os sintomas psicóticos estavam presentes.

Essa diferenciação foi acolhida quando da publicação da primeira versão do DSM, em 1952. No DSM I, a depressão foi definida em função dos padrões de reação do indivíduo a eventos da vida, que podiam variar de modo contínuo entre a neurose e a psicose (ver Quadro 2).

Quadro 2: DSM I – Classificação de quadros clínicos onde a sintomatologia depressiva tem papel preponderante

Psicose			Neurose
Reação psicótica involtiva	Reação maníaco-depressiva, tipo depressivo	Reação depressiva psicótica	Reação depressiva
<p>Nesta categoria podem ser incluídas reações psicóticas caracterizadas mais comumente pela depressão que ocorre no período de involução, sem história prévia de reação maníaco-depressiva, e geralmente em indivíduos de personalidade do tipo compulsiva. A reação tende a ter um curso prolongado e pode manifestar-se pela preocupação, insônia intratável, culpa, ansiedade, agitação, ideias delirantes e preocupações somáticas. Alguns casos são caracterizados principalmente por depressão e outros principalmente por ideias paranoides. Muitas vezes, há preocupações somáticas em um grau delirante. A diferenciação pode ser mais difícil no que diz respeito a outras reações psicóticas com início no período de involução. Reações não serão incluídas nesta categoria apenas por causa de sua ocorrência nessa faixa etária.</p>	<p>Estas reações psicóticas são caracterizadas por um transtorno de humor primário, grave, com conseqüente perturbação do pensamento e do comportamento, em consonância com o afeto.</p>		<p>A reação é precipitada por uma situação atual, muitas vezes por algum prejuízo sofrido pelo paciente, e é frequentemente associada a um sentimento de culpa por falhas ou ações passadas. O grau da reação nesses casos é dependente da intensidade do sentimento ambivalente do paciente em direção a sua perda (o amor, a posse), bem como sobre circunstâncias reais de perda. O termo é sinônimo de "depressão reativa" e o quadro deve ser diferenciado da reação psicótica correspondente. Nesta diferenciação, devem ser considerados: (1) história de vida do paciente, com especial referência a mudanças de humor (sugestivos de reação psicótica), para a estrutura de personalidade (neuróticos ou ciclotímicos) e à precipitação de fatores ambientais e (2) ausência de sintomas malignos (preocupação hipocondríaca, agitação, delírios, particularmente somática, alucinações, sentimentos de culpa grave, insônia intratável, rumações suicidas, grave retardo psicomotor, profundo retardo de pensamento, estupor).</p>
	<p>As reações maníaco-depressivas incluem as reações psicóticas que fundamentalmente são marcadas por mudanças bruscas de humor, e uma tendência à remissão e recorrência. Vários sintomas de acessórios, tais como ilusões e alucinações, delírios, podem ser adicionados à alteração afetiva fundamental. Tipo depressivo: Aqui serão classificados os casos com depressão atípica de humor e com retardo e inibição mental e motor. Em alguns casos, há muito desconforto e apreensão. Perplexidade, torpor ou agitação podem ser sintomas proeminentes, e podem ser adicionados para o diagnóstico como manifestações.</p>	<p>Estes pacientes estão severamente deprimidos e manifestam evidência de interpretação grosseira da realidade, incluindo, por vezes, delírios e alucinações. Esta reação é diferente da reação maníaco-depressiva, tipo deprimido, principalmente em (1) ausência de história de depressões repetidas ou de marcadas mudanças de humor ciclotímico, (2) presença frequente de fatores precipitantes ambientais. Esta categoria de diagnóstico será usada quando uma "depressão reativa" é de qualidade suficiente para colocá-la no grupo das psicoses.</p>	

Fonte: DSM I (APA, 1952). Como a proposta do quadro é indicar os tipos de classificação onde a sintomatologia depressiva é preponderante, optei por não incluir os quadros de psicose maníaco-depressiva circular, com alternância entre sintomas depressivos e maníacos.

A criação dos antidepressivos, nos anos 50, impulsionou a tese de que havia dois grupos distintos de depressão e não quadros contínuos entre si. Assim, os antidepressivos foram indicados somente para os pacientes melancólicos, especialmente os hospitalizados. Para aqueles com depressão neurótica foram desenvolvidos os benzodiazepínicos. Aos diferentes tipos de depressão, diz Shorter (2009), começavam a corresponder diferentes medicamentos.

A publicação do DSM II, em 1968, adotou o diagnóstico categorial, mas também manteve a submissão dos quadros depressivos à distinção neurose e psicose. No primeiro grupo foram incluídos a melancolia involutiva e a psicose maníaco-depressiva, e, no segundo, a neurose depressiva, conforme retratado no Quadro 3.

Quadro 3: DSM II – Classificação de quadros clínicos onde a sintomatologia depressiva tem papel preponderante

Psicose (Psicoses Afetivas ou Transtornos Afetivos Maiores)		Neurose
Melancolia Involutiva	Psicose Maníaco-Depressiva, tipo depressivo	Neurose Depressiva
<p>Esta é uma doença que ocorre no período involutivo e é caracterizada por preocupação, ansiedade, agitação e insônia grave. Sentimentos de culpa e preocupações somáticas são frequentemente presentes e podem assumir proporções delirantes. Este distúrbio é distinguível da doença maníaco-depressiva pela ausência de episódios anteriores; é diferenciado em relação à esquizofrenia, pois o prejuízo do teste de realidade é devido a um distúrbio de humor, e distingue-se da reação depressiva psicótica onde a depressão não é devida a alguma experiência de vida.</p> <p>As opiniões estão divididas sobre se esta psicose pode ser diferenciada das outras perturbações afetivas. É, portanto, recomendável que os pacientes involutivos não recebam este diagnóstico, a menos que todos os outros transtornos afetivos tenham sido descartados.</p> <p>No DSM-I este distúrbio foi incluído em "Transtornos devido a distúrbios do metabolismo, crescimento, nutrição ou função endócrina".</p>	<p>Este distúrbio consiste exclusivamente de episódios depressivos. Estes episódios são caracterizados por humor severamente deprimido e por retardo mental e motor que ocasionalmente progridem para estupor. Inquietação, apreensão, perplexidade e agitação também podem estar presentes. Quando ilusões, alucinações e delírios (geralmente de culpa ou de ideias hipocondríacas ou paranoicas) ocorrem, são atribuíveis ao transtorno de humor dominante.</p> <p>Por se tratar de um distúrbio de humor primário, esta psicose difere da reação depressiva psicótica, que é mais facilmente imputável a precipitar o <i>stress</i>.</p> <p>Casos não completamente rotulados como "depressão psicótica" devem ser classificados aqui em vez de em reação depressiva psicótica.</p>	<p>Esta doença se manifesta por uma reação excessiva de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, tais como a perda de um objeto de amor ou objeto querido. Deve ser distinguida da melancolia de involução e da doença maníaco-depressiva. Depressões reativas ou reações depressivas devem ser classificadas aqui.</p>

Fonte: DSM II (APA, 1968). Como a proposta do quadro é indicar os tipos de classificação onde a sintomatologia depressiva é preponderante, optei por não incluir os quadros de psicose maníaco-depressiva circular, com alternância entre sintomas depressivos e maníacos.

Até fins dos anos 70 havia, portanto, dois grupos diagnósticos que tinham nas alterações do humor ou da afetividade sua marca central: 1) a neurose depressiva e 2) as psicoses afetivas (onde eram incluídas a melancolia evolutiva e a reação maníaco-depressiva tipo depressivo)³.

Para além da alteração do humor ou da afetividade, chama atenção o fato de que a descrição dos quadros clínicos tinha por referência a experiência subjetiva. Esse fato era tributário da influência psicanalítica na elaboração do DSM II. A categoria “neurose depressiva” é clara acerca dessa influência, pois define seus critérios diagnósticos tendo por parâmetro o modo como o sujeito reage a um conflito interno e à perda do objeto. Essa doença, indica o DSM II, se manifesta por uma reação excessiva de depressão devido a um conflito interno ou a um evento identificável, tais como a perda de um objeto de amor ou objeto querido (APA, 1968).

Esses critérios, bem como o resgate da noção de melancolia, remontam à teoria freudiana sobre luto e melancolia, especialmente ao artigo dedicado ao tema. Nesse artigo, Freud procura esclarecer a natureza da melancolia por comparação com o luto por entender que há, entre ele e a melancolia, semelhanças no quadro geral e nas circunstâncias desencadeadoras (Freud, 1917a).

Inicialmente situa a perda do objeto amado como motor dos dois processos, que têm em comum uma resposta marcada por grande sofrimento. Freud relaciona em ambos um estado de ânimo profundamente doloroso, a suspensão do interesse pelo mundo externo, a perda da habilidade de amar, a inibição geral da capacidade de realizar tarefas. Reserva à melancolia a depreciação do sentimento de si.

Reconhece no luto uma resposta normal à ausência do objeto e considera que ele se desenvolve a fim de possibilitar, ao sujeito, a elaboração da perda. O luto é deflagrado quando o teste de realidade informa a ausência do objeto e exige a supressão do investimento dirigido a ele até então. Ocorre que, como atesta

³ Embora a melancolia involutiva tenha sido definida como um transtorno psicótico, havia a ideia de que se tratava de um quadro de natureza também orgânica, advindo da presença de alterações metabólicas.

Freud, “o ser humano nunca abandona de bom grado a posição libidinal antes ocupada” (Freud, 1917a, p. 104) e se opõe a essa exigência impondo seu desligamento paulatino. Nesse percurso, o eu fica completamente absorvido pelo reinvestimento das lembranças e expectativas ligadas ao objeto perdido e nada mais o interessa. O mundo torna-se pobre e vazio até que se conclua o luto e seja possível ao eu o reinvestimento no mundo externo e o funcionamento sem inibições. Nesse percurso Freud reconhece grande gasto energético e de tempo, além de profunda dor.

A melancolia partilha com o luto a dificuldade de abandono do objeto perdido. Contudo, o estatuto dessa perda e a saída encontrada para ela são de outra ordem. Nela, Freud identifica uma dimensão inconsciente, relativa ao desconhecimento do sujeito acerca do que perdeu com a ausência do objeto. A essa perda, o sujeito dá uma resposta particular. Para não abrir mão do amor dirigido ao objeto, procede à sua incorporação pela via da identificação. Com isso, a libido não é retirada de um objeto para investir outro, mas retorna ao próprio eu. A libido – agora livre – serve à identificação com o objeto, fazendo com que a sombra dele caia sobre o eu. Ocorre que a relação do sujeito com o objeto é marcada pela ambivalência afetiva (amor e ódio), o que leva a que o eu seja alvo de virulência e recriminação. Assim, é na condição de objeto que o eu se apresenta como rebotalho, esvaziado, empobrecido (Freud, 1917).

A breve exposição do modo como Freud concebia o luto e a melancolia visa ressaltar a particularidade do diagnóstico psicanalítico, onde o sujeito assume centralidade. É a posição subjetiva – e não a catalogação de sintomas – que define o diagnóstico.

Esse modo de conceber o diagnóstico foi rejeitado com a publicação do DSM III, ocorrida em 1980. O rompimento com a psicanálise fez com que o diagnóstico deixasse de ser concebido como chave para o entendimento de conflitos psíquicos. A tarefa diagnóstica foi restringida a uma observação fenomênica de comportamentos e atitudes (Bezerra Jr., 2014), abolindo qualquer referência ao sujeito.

No caso específico da depressão, essas mudanças conduziram ao seu estabelecimento como categoria clínica autônoma (Shorter, 2009). Não bastasse

isso, o DSM III unificou as depressões psicóticas e não psicóticas em um único quadro clínico, designado depressão maior (ou transtorno depressivo maior). Esse diagnóstico foi rapidamente adotado na clínica psiquiátrica pela amplitude e heterogeneidade de seus critérios⁴, apresentados abaixo.

A. Humor disfórico ou perda do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades e passatempos usuais. O humor disfórico é caracterizado por sintomas como os seguintes: deprimido, triste, sem esperança, irritado. A perturbação do humor deve ser proeminente e relativamente persistente, mas não necessariamente o sintoma dominante, e não inclui mudanças momentâneas de um humor disfórico para outro humor disfórico, por exemplo, de ansiedade para depressão para raiva, como aquelas vistas nos estados de perturbação psicótica aguda. (Para as crianças menores de seis anos, o humor disfórico pode ter que ser inferido a partir de uma expressão facial persistentemente triste).

B. Pelo menos quatro de cada um dos seguintes sintomas tem estado presente aproximadamente todos os dias durante um período de pelo menos duas semanas (em crianças com menos de seis anos, pelo menos três dos quatro primeiros).

1. falta de apetite ou perda de peso significativa (quando não em dieta) ou aumento do apetite ou ganho de peso significativo. Em crianças menores de seis anos, considerar fracasso em fazer os ganhos de peso esperados.

2. insônia ou hipersonia

3. agitação ou retardo psicomotor (mas não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). Em crianças menores de seis anos, hipoatividade.

4. perda de interesse ou prazer nas atividades habituais, ou diminuição do desejo sexual não se limitando a período em que há delírios e alucinações. Em crianças menores de seis anos, sinais de apatia.

5. perda de energia; fadiga.

6. sentimentos de inutilidade, autorreprovação ou culpa excessiva ou inadequada (mesmo que delirante).

7. queixas ou evidência de diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, tal como pensamento lentificado, ou indecisão não relacionada com afrouxamento acentuado das associações e incoerência.

8. pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, desejo de ser morto ou tentativa de suicídio.

C. Nenhum dos seguintes sintomas domina o quadro clínico quando uma síndrome afetiva está ausente (isto é, sintomas de critérios A e B acima):

1. preocupação com um delírio ou alucinação incongruentes com o humor (ver definição abaixo).

2. comportamento bizarro.

D. Não sobreposto a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme ou transtorno paranoide.

E. Não devido a qualquer transtorno mental orgânico ou luto.

Quinto dígito do código numérico e critérios para a subclassificação de episódio depressivo maior.

⁴ Esses critérios são adotados tanto para a definição de depressão maior quanto de transtorno bipolar do humor (episódio depressivo). A primeira categoria designa casos onde só há sintomatologia depressiva e a segunda, onde há presença também de síndrome maníaca.

(Quando características psicóticas e melancolia estão presentes, o sistema de codificação requer que o clínico registre a única característica mais clinicamente significativa)

6 - Em Remissão. Esta categoria de quinto dígito deve ser usada quando, no passado, o indivíduo reuniu todos os critérios para um episódio depressivo maior, mas agora está essencialmente livre de sintomas depressivos ou tem alguns sinais da doença, mas não satisfaz todos os critérios.

4 - Com Características Psicóticas. Esta categoria de quinto dígito deve ser usada quando há, aparentemente, grande comprometimento no teste de realidade, como quando há delírios ou alucinações ou estupor depressivo (o indivíduo está mudo e não responde). Quando possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Características Psicóticas Humor-Congruentes. Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente adequado com os temas típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida; estupor depressivo.

Características Psicóticas Humor-Incongruentes. Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida; estupor depressivo. Incluem-se aqui sintomas como delírios persecutórios, inserção de pensamento, e delírios de controle, cujo conteúdo não tem relações aparentes com qualquer um dos temas acima referidos.

3 - Com Melancolia. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades, falta de reação a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente bem melhor, mesmo temporariamente, quando algo bom acontece), e pelo menos três dos seguintes sintomas:

- a) qualidade distinta de humor depressivo, ou seja, o humor deprimido é percebido como distintamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido.
- b) a depressão é regularmente pior pela manhã.
- c) desperta cedo pela manhã (pelo menos duas horas antes da hora habitual de despertar).
- d) retardo ou agitação psicomotora marcante.
- e) anorexia significativa ou perda de peso.
- f) culpa excessiva ou inapropriada.

2 - Sem Melancolia

0 - Inespecífica. (APA, 1980).

Com a publicação do DSM III, era de se esperar que a categoria diagnóstica depressão maior substituísse os casos anteriormente nomeados como melancolia e como psicose maníaco-depressiva (tipo depressiva). Contudo, o mesmo não se dava com os casos até então definidos como depressões neuróticas, para as quais foi criada a categoria distímia. Essa categoria tinha por objetivo caracterizar distúrbios crônicos do humor (ao menos 2 anos), cuja severidade e duração dos sintomas eram insuficientes para satisfazer os critérios para episódio depressivo maior (APA, 1980). Na prática, contudo, a abrangência dos critérios diagnósticos da depressão maior fez com que essa categoria suplantasse o diagnóstico de

distímia, sendo utilizada de forma ampla, independentemente da severidade e da duração dos sintomas.

Um importante incentivo a essa intensa utilização veio da indústria farmacêutica, com a descoberta dos Inibidores de Recaptação Seletiva de Serotonina (IRSS). Na época do lançamento dessa nova classe de antidepressivos, cujo representante mais famoso é a fluoxetina, divulgou-se que eles eram destinados ao tratamento da depressão maior, não da distímia. Para este segundo grupo ainda se considerava a psicoterapia o tratamento de escolha. A restrição do uso dos IRSS para a distímia, aliada ao interesse dos psiquiatras em adotar a farmacoterapia como tratamento de escolha, contribuiu para que grande parte dos casos onde a sintomatologia depressiva estava presente fosse classificado como depressão maior (Shorter, 2009)

Ademais, a criação dos IRSS representou um ponto de corte no que diz respeito aos demais antidepressivos pelo modo com que a indústria farmacêutica atacou os antidepressivos precedentes e os benzodiazepínicos (Shorter, 2009). Com o argumento de que os IRSS eram medicamentos específicos (não sintomáticos) e que eram capazes de incidir diretamente na bioquímica cerebral, a indústria farmacêutica superestimou seus benefícios clínicos. Ao mesmo tempo, valorizou os efeitos adversos e subestimou a efetividade dos demais antidepressivos e dos benzodiazepínicos.

A consequência dessa propaganda e da adesão dos médicos à nova classificação diagnóstica foi o aumento exponencial de pessoas diagnosticadas como deprimidas e da prescrição da nova classe de antidepressivos (Healy, 1997). Essa prescrição superou quase todas as demais classes de psicofármacos, à exceção dos antipsicóticos atípicos. Nos EUA isso significou um aumento da incidência de depressão superior a 100% em dez anos (1991-2001), uma ampliação de 400% no gasto com antidepressivos no período de sete anos (1997-2004), e a presença de três antidepressivos do tipo IRSS e IRSN (inibidores da recaptação seletiva de norepinefrina) dentre os dez medicamentos mais vendidos (Shorter, 2009).

É fato que o lançamento do DSM IV, em 1994, pretendeu conter o ímpeto diagnóstico com a proposição de critérios de significância clínica⁵ que permitissem distinguir a doença depressiva de uma tristeza normal intensa. Isso, contudo, não foi suficiente, pois os critérios de significância clínica não conseguiram inibir os falso-positivos (Wakefield et al., 2010). Mostraram-se circulares ou redundantes, pois aqueles que respondiam aos critérios para depressão (listados nos itens A e B do DSM III e mantidos no DSM IV) respondiam também aos critérios de significância clínica (sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida).

Mediante à falha na significância clínica e à amplitude dos critérios diagnósticos, a chamada prevalência da depressão só cresceu. O DSM 5, em vez de redefinir os critérios diagnósticos com vistas a torná-los mais restritivos, seguiu o caminho oposto: retirou o luto da condição de excepcionalidade para estabelecimento do diagnóstico de depressão maior⁶. Assim, nem mesmo diante da perda de um ente é possível conceber a presença de sofrimento e mal-estar. Com isso, aprofunda-se a medicalização da tristeza e a normalização dos comportamentos e afetos. Desconsidera-se que a tristeza é um traço da condição humana. Desconsidera-se ainda que o luto é necessário para que o sujeito possa elaborar a perda e que, para isso, não há regras.

5.3 As reações ao DSM

A despeito de o DSM ter resgatado o prestígio da psiquiatria, para inúmeros críticos suas limitações se sobrepõem aos ganhos. Andreasen (2007), importante liderança na psiquiatria biológica, condena o fato de o DSM ter sido aceito de modo universal e acrítico como a autoridade definitiva em psicopatologia e na elaboração do diagnóstico psiquiátrico. Afirma que o uso inadequado do manual teve uma incidência nefasta na psiquiatria, uma vez que ele tem três itens críticos.

⁵ Esses critérios exigiam que o diagnóstico de transtorno mental fosse estabelecido somente na presença de sintomas que causassem sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito (APA, 1994).

⁶ Os demais critérios para depressão maior utilizados no DSM IV-TR foram mantidos.

O primeiro diz respeito aos critérios diagnósticos. De acordo com a autora, eles reúnem somente alguns dos sintomas característicos de cada transtorno. Isso se dá porque o DSM não foi concebido como livro básico no ensino e na pesquisa, mas como um manual. Sua utilização para fins de ensino e pesquisa gera o desconhecimento da psicopatologia e da fenomenologia, levando à desconsideração de sintomas não listados no manual e importantes para a prática diagnóstica.

O segundo item crítico versa sobre o impacto desumanizador do DSM sobre a prática psiquiátrica. Com ele, a anamnese foi reduzida ao uso de escalas de avaliação diagnóstica: entrevistas semiestruturadas que visam a controlar as chamadas divagações da anamnese, ao sugerirem uma sequência uniforme de questões que avaliam a presença ou a ausência de sintomas (Endicott e Spitzer, 1978 *apud* Frances, 2013). Andreasen considera que esse tipo de abordagem, que substitui o contato com a história de vida e da doença do paciente por escalas que funcionam segundo o modelo *checklist*, desencoraja os psiquiatras a lidarem com cada caso de modo individualizado.

O sacrifício da validade diagnóstica em benefício da confiabilidade diagnóstica constitui o terceiro item crítico apontado por Andreasen (2007). Para a autora, o DSM forneceu uma nomenclatura comum aos pesquisadores, mas provavelmente a errada. Apesar de o objetivo maior do manual ter sido facilitar a pesquisa, suas categorias diagnósticas são inúteis para os pesquisadores em razão da falta de validade científica.

Outra fonte de crítica ao DSM vem de Frances, presidente da força tarefa que elaborou o DSM IV. Frances criou um blog (Psychiatric Times) dedicado a debater especificamente as mudanças do DSM 5 e suas possíveis consequências negativas. Do mesmo modo que Insel e Andreasen, Frances também critica a metodologia descritiva. Considera, contudo, precipitado fazer qualquer mudança substantiva no momento, pois não há dados que permitam substituir a nosologia atual por outra, biologicamente embasada (Frances, 2009).

Embora considere esse fato relevante, Frances centra sua crítica na inflação de diagnósticos gerada pelo manual. Afirma que essa inflação tem conduzido à medicalização da normalidade e constitui a “pior consequência do DSM III”

(Frances, 2013, p. 67). Julga que parte da culpa pela inflação diagnóstica reside no modo como a terceira revisão do manual foi redigida e parte no modo como ela foi mal utilizada, especialmente sob a influência da indústria farmacêutica. Para Frances, o equívoco na elaboração do DSM III residiu na subdivisão desmedida das categorias diagnósticas, no caráter excessivamente inclusivo do manual, na simplificação do método diagnóstico. O autor considera que a mudança no manual era necessária, mas assumiu proporções inesperadas e nocivas para a sociedade.

A medicalização, contudo, foi menos inesperada do que Frances fez crer. Conforme indiquei anteriormente, havia um interesse claro em multiplicar as categoriais diagnósticas para ampliar o reembolso médico. O inesperado talvez tenha sido o papel jogado pela indústria farmacêutica ao se apropriar das categorias diagnósticas para vender doenças e, portanto, medicamentos para a população (Angell, 2011; Moynihan e Cassels, 2006; Moynihan, Heath e Henry, 2002).

Frances certamente está correto ao temer que a medicalização se torne ainda mais ampla. A nova versão do manual rebaixa ainda mais o limiar necessário para o diagnóstico de algumas enfermidades já existentes, como o TDAH e a depressão, e introduz novas categorias que tendem a ser muito comuns na população, como o transtorno cognitivo menor e o transtorno misto de ansiedade e depressão (Frances, 2010). Há o risco real de que essas mudanças aumentem o número de falso-positivos e motivem falsas epidemias, como as de TDAH, transtorno bipolar na infância, autismo, criadas quando do lançamento do DSM IV, em razão da mudança nos critérios para definição de tais transtornos. Essas epidemias também foram fortemente favorecidas pela liberação da propaganda de psicofármacos diretamente para a população, ocorrida nos anos de 1990 nos Estados Unidos em função do *lobby* do complexo médico-industrial (Frances, 2013; Moynihan e Cassels, 2006).

Neste ponto vale ressaltar que aquele país é o único no mundo onde a propaganda de medicamentos psicotrópicos pode ser feita diretamente para a população⁷. Isso se dá por meio de anúncios nos meios de comunicação, onde

⁷ No Brasil a propaganda de psicofármacos é proibida, mas por vezes a venda de medicamentos aparece em reportagens sobre transtornos psiquiátricos ou mesmo sobre novas descobertas científicas. Um exemplo dessa estratégia comercial foi a matéria de capa da Revista *Veja* de 28 de novembro de 2012, intitulada *Depressão: a promessa de cura*. Logo abaixo vinha a seguinte frase:

problemas cotidianos são apresentados como transtornos psiquiátricos. Para Moynihan e Henry, esses anúncios integram a chamada mercantilização de doenças, definida como “venda de doenças que amplia as fronteiras do mal-estar e expande os mercados para aqueles que vendem ou fornecem tratamentos” (Moynihan e Henry, 2006, p. 425). Medicaliza parcelas da população até então consideradas normais.

Fora do *mainstream* da psiquiatria biológica as críticas ao DSM também são intensas. Kutchins e Kirk (1997) situam na validade diagnóstica um dos principais problemas do DSM III e de seus sucessores. Lembram que a forte presença de pesquisadores na força tarefa que elaborou a terceira revisão do manual diagnóstico americano fez com que a preocupação com a confiabilidade se sobressaísse sobre a preocupação com a validade. Com isso, a construção de critérios operacionais visou aumentar a concordância diagnóstica. Essa concordância, segundo os elaboradores do DSM III, era nodal para a comunicação entre os pares e para o desenvolvimento de ensaios clínicos com grande amostragem, especialmente aqueles que tinham por objetivo avaliar a efetividade de medicamentos. A questão é que o privilégio da confiabilidade foi acompanhado da falência na validade diagnóstica, levando a um número expressivo de casos falso-positivos, em especial de depressão e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) Os parâmetros diagnósticos para estes dois tipos de transtorno são amplos demais e falham na distinção entre transtornos mentais e problemas da vida (Wakefield, 1997, 2010). Descontextualizam os “sintomas” e atribuem o caráter de doença a alterações normais do funcionamento subjetivo, como o luto ou a agitação.

Assim, passados 35 anos da publicação do DSM III, percebe-se que a promessa de distinção entre normalidade e doença feita pelos neokraepelinianos

“a cetamina é a primeira esperança de tratamento totalmente eficaz da doença que afeta 40 milhões de brasileiros” (Revista Veja, 2012, p. 1). A matéria apresenta a cetamina, anestésico utilizado desde os anos de 1960, como a descoberta mais importante para o tratamento da depressão desde a criação dos antidepressivos nos anos de 1950. Caracteriza o mecanismo de ação da cetamina, diferenciando-a dos antidepressivos, e chama a atenção para a rápida resposta dos pacientes ao seu uso. Afirma que ela é especialmente indicada para os 30 a 40% dos pacientes deprimidos que não respondem bem aos tratamentos disponíveis. Refere como tratamentos os antidepressivos, a eletroconvulsoterapia (ECT), as terapias cognitivo-comportamentais e a estimulação magnética transcraniana (TMS); não faz qualquer menção à psicanálise. A matéria vende a cetamina e, com ela, um conjunto de intervenções terapêuticas alinhadas ao enfoque biomédico. Vende, mais que tudo, um modo pelo qual as pessoas compreendem o que se passa consigo e que, nos dias atuais, exclui a psicanálise e suas considerações sobre a subjetividade.

não foi cumprida e que hoje o esmaecimento dessa fronteira é cada vez mais amplo. Paradoxalmente, a falência em determinar o substrato biológico dos transtornos mentais e em distinguir normalidade e doença não tem sido acompanhada do recuo do discurso e da prática psiquiátricos⁸.

Landman assevera que, se o DSM III e o DSM IV provaram ser ferramentas médico-econômicas bem-sucedidas, o mesmo não se deu com o DSM IV-TR e provavelmente não se dará com o DSM 5. Isso porque a lógica a qual o DSM se filia tem levado a custos sociais exorbitantes. Eles decorrem do rebaixamento dos limites diagnósticos, que encoraja o excesso diagnóstico, e da criação de novas categoriais diagnósticas, que promovem a medicalização.

Em conjunto, esses dois fatores prejudicam a saúde pública e as finanças públicas. Contribuem para a elevação desses custos os relatórios de prevalência (nº. de casos) de transtornos mentais que, baseados em critérios de fraca validade diagnóstica, tendem a favorecer políticas públicas equivocadas de promoção e tratamento, pois apontam falsas epidemias. Os relatórios consideram como doentes um número expressivo de pessoas que estão nos limites da normalidade. Dada a dificuldade de fornecer cobertura assistencial a todos, uma falsa epidemia de transtornos mentais pode fazer com que sejam priorizados casos leves, que estão na referida fronteira, em detrimento de casos graves. Por fim, o excesso diagnóstico e a medicalização também representam aumento de despesas para as companhias de seguro saúde, que estabelecem parâmetros para acesso à cobertura assistencial e o tipo de tratamento a ser oferecido.

Diante do crescimento do papel normativo da psiquiatria biológica, campanhas internacionais foram criadas para fazer frente ao avanço do modelo diagnóstico do DSM. Em 2011 a campanha Stop DSM publicou um manifesto a favor de critérios diagnósticos clínicos e contra os critérios estatísticos. A campanha critica o uso do DSM como nosologia única, obrigatória e universal. Questiona a visão reducionista, que desqualifica as demais teorias e práticas terapêuticas. Defende que o diagnóstico tenha por referência o *sujeito* e não a doença. Exige um modelo de cuidado onde a palavra tenha valor e onde cada

⁸ Na realidade, tem sido acompanhada da adoção de práticas de aprimoramento das faculdades psíquicas. Para análise pormenorizada do assunto, remeto o leitor aos estudos sobre *enhancement* (Farrah, 2002, 2004; Bezerra Jr., 2010; Caliman, 2008).

paciente seja considerado em sua singularidade. A defesa da dimensão subjetiva e singular foi sustentada em oposição à hegemonia dos protocolos e dos tratamentos padronizados (Stop DSM, 2011).

Crítica semelhante é feita por psicanalistas, que, a partir de diferentes correntes, questionam a lógica do DSM e seus efeitos subjetivos. Psicanalistas da Associação Mundial de Psicanálise, como Miller (2006), vêem no DSM uma nosografia orientada em função dos meios de atuação dos médicos. Do ponto de vista prático, essa orientação aprofunda o artificialismo próprio a toda classificação, fazendo com que a invenção de um fármaco ou a identificação de um neurotransmissor tenha repercussão imediata com a criação de novas categorias.

Como apontei anteriormente, a definição diagnóstica na psiquiatria americana se orienta a partir da aliança do saber médico com a indústria farmacêutica ou responde a outros interesses corporativos, como a ampliação do reembolso ou a exclusão dos referenciais psicanalíticos (caso da exclusão e fragmentação da categoria neurose). O problema nesse artificialismo absoluto e no pragmatismo constante é a tentativa de apagamento do sujeito (Miller, 2006). Embora essa tentativa seja fadada ao insucesso, pois o sujeito nunca se deixa inserir completamente em uma classe, ela tem efeitos danosos. Aliena o sujeito, produzindo identificações imaginárias do tipo “eu sou deprimido”, que tendem a suturar a divisão subjetiva, a fazer com que o caráter evanescente do sujeito se perca em razão da consistência adquirida pelo eu (Vieira, 2001).

O diagnóstico, no sentido proposto pelo DSM, obscurece o enigma advindo do sofrimento, pois atribui a origem do mal-estar a alterações de ordem físico-química. Disso decorre que o sujeito resta desresponsabilizado, segregado em relação ao que lhe ocorre, pois é abafado por questões de natureza biológica. Quando se supõe que o sujeito não está na origem dos transtornos que apresenta, ele nada pode fazer, pois parece que são seus genes, seu cérebro ou os efeitos do ambiente que fazem dele o que ele é (Ansermet e Giacobino, 2012/2013). Desse modo, a relação de cada um com seu modo de estar no mundo, seu modo de fazer laço social perde lugar, esmagada sob classificações que esvaziam o sujeito, que o reduzem a categorias diagnósticas ou a efeitos de deficiências e incapacidades biológicas.

Por fim, o DSM cria diagnósticos tendo por referência um ideal de normalidade e desconsiderando a assertiva canguilhemiana de que o conhecimento empírico e quantificável não autoriza, por si só, a definição do que é normal e patológico. Na busca pela objetividade diagnóstica, a psiquiatria biológica americana visa à construção de uma norma mensurável, menosprezando a capacidade normativa do sujeito e o modo como ele experimenta o mal-estar. Em face dessa escolha, Laurent (2011b) chama a atenção para a impossibilidade de o sujeito conformar-se a normas universais. Assim, diz o autor, quanto mais forem globalizados os ideais da civilização, quanto mais for proposta uma norma para todos em um utilitarismo sem limite, mais é preciso afirmar o particular do sintoma, o particular de cada caso.