



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Lopes Facó Esterminio Gonçalves

**DSMs e depressão. Dos sujeitos singulares
aos transtornos universais**

Rio de Janeiro

2007

Maria Lopes Facó Estermínio Gonçalves

**DSMs e depressão. Dos sujeitos singulares
aos transtornos universais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega.

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

G635 Gonçalves, Maria Lopes Facó Esterminio.
DSMs e depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos
universais / Maria Lopes Facó Esterminio Gonçalves. – 2007.
139f.

Orientador: Francisco Ortega.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Doenças mentais – Classificação – Manuais, guias, etc – Teses.
2. Depressão mental – Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4. Psicanálise –
Teses. 5. Psiquiatria biológica – Teses. I. Ortega, Francisco Javier
Guerrero. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.454

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Lopes Facó Estermínio Gonçalves

**DSMs e depressão. Dos sujeitos singulares
aos transtornos universais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 31 de agosto de 2007.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

À minha mãe, professora e pesquisadora universitária, cuja qualidade de trabalho inspira os meus primeiros passos.

Ao meu pai, engenheiro, por me estimular a construção da teoria na prática.

AGRADECIMENTO

Agradeço, antes de tudo, a Deus pela oportunidade de desvendar caminhos que me fazem refletir “sobre o que versa a vida”.

Ao Instituto de Medicina Social, pelo investimento no meu aprendizado e crescimento profissional. A todas as instituições em que trabalhei (HUPE e INCA) e a que trabalho atualmente (INTO), por suscitarem em mim o desejo pelo tema deste trabalho.

Ao Orientador Francisco Ortega, pela generosidade, pelo exemplo de professor competente e atencioso para com os seus alunos e, acima de tudo, pela confiança.

A todos os professores e funcionários do IMS e à minha turma de mestrado, em que destaco a inestimável amizade de Valéria.

Aos membros de minha banca, pela participação na avaliação deste trabalho.

À Jaqueline, doutoranda do departamento de Letras da UFRJ, pela inestimável ajuda na revisão do português.

À equipe de Saúde Mental do INTO e, em especial, à Katharine, por sua amizade e torcida, além das suas valiosas sugestões.

Aos meus queridos pais, irmãos, familiares e amigos, pelo amor e carinho.

A Marcelo Esterminio Gonçalves (In Memoriam), por ter possibilitado a internalização do amor e cuidado que me proporcionaram seguir em frente.

A Gustavo, meu namorado, pelo seu exemplo de determinação e lisura de caráter, por todo o seu amor, apoio e solicitude.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Durante a revisão os erros se escondem, fazem-se positivamente invisíveis, mas, assim que o livro sai, tornam-se visibilíssimos, verdadeiros sacis a nos botar a língua em todas as páginas.

Monteiro Lobato (1882-1948)

RESUMO

GONÇALVES , Maria Lopes Facó Esterminio. *DSMs e depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Este estudo tenciona discutir o problema da conceituação das doenças mentais, a partir dos DSMs e dos diferentes paradigmas que os embasaram. O DSM (manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais) é um manual, de influência internacional, para profissionais da saúde mental, que lista diferentes categorias de transtornos mentais, de acordo com a Associação Psiquiátrica Norte-Americana. Desde a sua primeira publicação, em 1952, já foi submetido a cinco revisões (DSM II, DSM III, DSM III-R, DSM IV e DSM IV-TR). Escolhemos a categoria diagnóstica da depressão, objetivando realizar um rastreamento conceitual, desde o DSM II - modelo até então marcado pela psicanálise, depois ressaltando o DSM III, que, em 1980, promove uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico, ao apresentar um modelo que se propõe “descritivo” e “ateórico” até o DSM IV-TR. Dessa perspectiva, são assinaladas algumas considerações e pontos de discussão entre a chamada “psiquiatria biológica” e a psicanálise, no que diz respeito às suas respectivas influências na forma de entender o diagnóstico psiquiátrico, enfatizando a categoria diagnóstica da depressão.

Palavras-chave: DSMs, Paradigma e depressão.

ABSTRACT

This study intends to discuss the issue of categorizing mental disorders, considering DSMs and its paradigms. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) is a handbook, used worldwide, for mental professionals that lists different categories of mental disorder, according to the American Psychiatric Association. The DSM has gone through five revisions (DSM II, DSM III, DSM III-R, DSM IV e DSM IV- TR) since it was first published in 1952. Electing the concept of depression, this study analyses its diagnosis' criteria from DSM II, a psychoanalytic influenced manual to DSM IV-TR, with an emphasis upon DSM III which, in 1980, represents a turning point in psychiatric paradigms, intending to be “not theoretical” and “descriptive”. From this perspective, the intention is to outline some considerations and discussions between the so-called “biological psychiatric” and the psychoanalytic theory, according to its influences in the psychiatric diagnosis' understanding, emphasizing the category of depression.

Keywords: DSMs, Paradigms and depression.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 DSM II: A INFLUÊNCIA PSICANALÍTICA	15
1.1 A base psicanalítica: o paradigma da subjetividade	15
1.2 DSM II: sujeitos singulares, a existência de um debate	22
1.3 “On being sane in insane places” : os excessos psicanalíticos do uso do DSM II e o advento de um pólo de contraposição: a psiquiatria biológica	31
2 DO DSM III AO DSM IV-TR: A QUEDA DO CONOTATIVO E A EMERGÊNCIA DO DENOTATIVO	39
2.1 O paradigma da psiquiatria biológica: a “objetividade”	39
2.2 A “carona” farmacológica	52
2.3 “Wash your blues away” : a psiquiatria biológica e as “magic pills”	61
3 A CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA DEPRESSÃO	70
3.1 A questão do diagnóstico na medicina em geral e em psiquiatria	70
3.2 DSMs e depressão. Dos sujeitos singulares aos transtornos universais	83
3.2.1 <u>O que é depressão?</u>	83
3.2.2 <u>Depressão: DSM II, DSM III e DSM IV-TR</u>	92
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
ANEXO A – DSM IV-TR	118

INTRODUÇÃO

Face às inúmeras inquietações que o diagnóstico psiquiátrico suscita na clínica e na sociedade em geral, surgiu a nossa indagação sobre como uma classificação diagnóstica em psiquiatria é concebida. Por que, nos anos 60, por exemplo, todas as pessoas, de alguma forma, tinham alguma “neurose” à qual se referenciar? Por que há atualmente, de certa forma, a possibilidade de todo indivíduo atender a algum critério de determinado transtorno psiquiátrico? Uns dizem: sou “bipolar”; outros, “sou hiperativo”, ao passo que “sou neurótico” tem caído, cada vez mais, em desuso.

A procura por um método de classificação dos transtornos mentais, em psiquiatria, aparece desde os seus primórdios. Cada época é marcada por um conjunto de fatores que, expostos, ajudam a entender os diferentes modos de compreensão e de classificação das doenças mentais, diferenciando, inclusive, o que é normal do que é patológico para uma determinada cultura e época, atendendo, portanto, a uma demanda de sentido.

Com o intuito de elucidar os correlatos paradigmáticos das classificações psiquiátricas, este estudo tem por objetivo discutir o problema da conceituação das doenças mentais, a partir dos DSMs e dos diferentes modelos epistemológicos que os embasaram. O DSM (manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais) é um manual, de influência internacional, que, proposto para profissionais da saúde mental, lista diferentes categorias de transtornos mentais, de acordo com a Associação Psiquiátrica Norte-Americana. Desde a sua primeira publicação, em 1952, já foi submetido a cinco revisões (DSM II, DSM III, DSM III-R, DSM IV e DSM IV- TR). Escolhemos a categoria diagnóstica da depressão, objetivando realizar um rastreamento conceitual, desde o DSM II - modelo até então marcado pela psicanálise, depois ressaltando o DSM III, que, em 1980, promove uma

mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico, ao apresentar um modelo que se propõe “descritivo” e “ateórico”, até o DSM IV-TR. Dessa perspectiva, são assinaladas algumas considerações e alguns pontos de discussão entre a chamada “psiquiatria biológica” e a psicanálise, no que diz respeito às suas respectivas influências na forma de entender o diagnóstico psiquiátrico, com ênfase na categoria diagnóstica da depressão.

No primeiro capítulo, apresentaremos o paradigma do DSM I e do DSM II: a psicanálise. Discutiremos a forma através da qual o paradigma da subjetividade, presente na psicanálise, foi apreendido pela força-tarefa (um conjunto de psiquiatras da Associação de Psiquiatria Norte-Americana) nomeada para construir o DSM, particularmente o DSM II. Embora o DSM I também tenha sido influenciado pela psicanálise, optamos por focar no DSM II, por se tratar do último DSM psicanaliticamente orientado. Nestes, há a presença de muitos conceitos psicanalíticos, referências diretas ou indiretas à causalidade e à pouca demarcação de fronteira entre o que seria normal e patológico.

No segundo capítulo, partindo de um corte diacrônico entre o DSM III e o DSM IV-TR, analisaremos a “virada paradigmática” e sua continuidade, até os dias atuais, com a “psiquiatria biológica”. A marca principal destes manuais é não tratar de causalidade e pretender ser, teoricamente, neutros e descritivos o suficiente, no sentido de que qualquer psiquiatra, com qualquer orientação teórica, poder fazer uso deles.

No terceiro e último capítulo, apresentamos a questão do diagnóstico, em medicina em geral e em psiquiatria. Com a análise sobre o que seja depressão, propomos um rastreamento conceitual, contrastando, sobretudo, a forma com a qual a idéia de depressão é apresentada no DSM II e no DSM IV-TR. O nosso objetivo é mostrar que “depressão” não é algo natural ou dado de antemão, mas construído através de seu modelo epistemológico de base.

Muitos trabalhos, cada qual com sua especificidade, já foram realizados a respeito do tema geral da construção histórico-cultural das entidades nosológicas em psiquiatria (Aguiar, 2004; Brendel, 2006; Gaines, 1992; Gauchet e Swain, 1980; Gupta e Kay 2002; Healy, 2000; Healy, 2002; Kutchins e Kirk, 1992; Kutchins e Kirk, 1997; Luhrmann, 2000; Roberts, 2000; Rosenberg, 2006; Russo e Venâncio, 2006; entre outros). Por exemplo, Russo e Venâncio (2006), ao tratar da ‘revolução terminológica’ do DSM III, apresentam um “*pequeno histórico dessa transformação*”, construindo sua argumentação em torno do destino reservado às “*antigas neuroses*” e aos “*novos transtornos sexuais*” (Ibid, p.460). Gaines (1992) desenvolve uma leitura cultural construtivista das classificações psiquiátricas norte-americanas. Brendel (2006) aborda a necessidade de reconciliação das, por ele chamadas, vertentes humanista e científica da psiquiatria, representadas pelos paradigmas da psicanálise e da psiquiatria biológica, respectivamente. Apresentamos um trabalho muito próximo ao de Aguiar (2004), no sentido de que ele também se propôs a desenvolver o tema dos DSMs e depressão. Contudo, a diferença reside no fato deste autor enfatizar mais o que é geralmente chamado de “*história externalista*”, ou seja, os aspectos sócio-político culturais da transição de um paradigma para outro. No nosso caso, a ênfase recai sobre o *modus operandi* de cada paradigma. Devido à recente publicação do trabalho de Aguiar (Ibid), que já apresentou o pano de fundo político dos DSMs, não nos ateremos a tal questão, ainda que apontemos para a sua existência.

O presente trabalho pretende desenvolver um possível desdobramento da articulação entre determinada influência paradigmática e a proposição de um determinado manual de estatística e diagnóstico de doença mental. Utilizamos, para tanto, os DSMs e elegemos a depressão como modelo de exemplificação. Procuramos enfatizar o que cada paradigma representa em termos de entendimento da doença mental, mais do que focar a

transição política entre eles. Sendo assim, a nossa proposta central é apresentar uma análise histórico-conceitual à luz da filosofia da ciência, utilizando autores como Alain Ehrenberg, David Healy, Thomas Kuhn, Michel Foucault, entre outros. Optamos por desenvolver nossa discussão a partir de referências bibliográficas heterogêneas, o que pode representar, ao mesmo tempo, para uns, uma virtude, e, para outros, um problema, ao colocar próximos, autores de uma produção intelectual renomada com representantes da prática, sem muito alcance teórico.

Cabe ressaltar que o presente estudo não tem como propósito uma discussão eminentemente clínica, nem antropológica, sobre depressão. Quando se fizer necessário, poderemos apresentar algumas considerações ou referenciar o leitor a obras que atendam a tal demanda. De maneira geral, pretendemos nos ater a um foco específico, ao eleger o conceito de paradigma como ponto de partida e de chegada para as nossas considerações a respeito dos DSMs e, no nosso caso, mais especificamente no que diz respeito à depressão. Não pretendemos eleger algum paradigma como melhor que o outro, nem tampouco colocar ‘psicanálise’ e ‘psiquiatria biológica’ no mesmo plano teórico e clínico, mas, sim, apontá-los como modelos epistemológicos na construção das classificações diagnósticas, tomando a depressão com um exemplo.

A presente dissertação, por eleger um tema complexo, oscila no interior da tensão entre aprofundar questões e passar ao largo delas. Propomos, no momento, uma visão panorâmica que futuros desdobramentos possam tornar os detalhes mais acessíveis, em suas devidas articulações. Mais do que pretender ser uma realização teórica plena, esta dissertação tem, como sua maior característica, o desejo de organizar, teoricamente, a prática assistencial daqueles que trabalham com classificações diagnósticas e, em especial, com pacientes “deprimidos”.

Capítulo 1. DSM II: a influência psicanalítica.

1.1 A base psicanalítica: o paradigma da subjetividade¹.

Sigmund Freud, ao construir a teoria psicanalítica, possibilita o nascimento de uma maneira singular de tratar o sujeito. É, sobretudo, a partir de sua experiência clínica que a psicanálise é concebida. Em casos como os de Elisabeth Von R., Anna O, etc. (Freud [1893] 1996), o referido autor investiga os sintomas através do método hipnótico. Por exemplo, Freud hipnotizava para trazer ao discurso da paciente fatos dos quais não se recordava. Dessa forma, os lapsos de memória deveriam ser extintos, para que toda a teia de sentido fosse preenchida, tornando-se inteligível e justificável. Contudo, é no momento em que Freud percebe que os lapsos são indicadores do sintoma, e, portanto, não deveriam ser evitados, que passa a entendê-los como sinalizando o que haveria de mais simbólico. Como consequência, abandona o método hipnótico e propõe a associação livre, na qual, ao “falar o que lhe viesse à mente”, o paciente apresentaria uma rede de sentido compreensível não no que tem de completude, mas no que tem de falta, de falha.

Nos estudos sobre as afasias, por exemplo, o problema é distinguir as afasias neurológicas das histéricas (Enrenberg, 2004, p.138). Em se tratando de histeria, Freud aponta para alguma coisa que passa dentro do corpo, isto é, não é desencarnada, assim

¹ Ao apresentar algumas questões gerais sobre a psicanálise, não temos a pretensão de resumi-la em um pequeno subcapítulo, nem defendê-la como o único modelo de subjetividade. A singularidade do sujeito pode ser defendida por várias vertentes: “psicanálise *a*, fenomenologia *b*, teoria ecológica *c*”, etc. Face ao objetivo deste trabalho que é o de investigar o rastreamento conceitual da depressão a partir dos DSMs, iniciamos por tratar da principal influência paradigmática no DSM II: a psicanálise. Ainda que seja uma aparente digressão, julgamos importante apresentar suas idéias gerais que, embora colocadas de forma breve, visam oferecer o pano de fundo de um *modelo epistemológico* (se quisermos outro termo que não *paradigma*) de sua apreensão pela Associação Psiquiátrica Norte Americana à época do DSM II.

como uma afasia neurológica também não é. Contudo, ainda que não seja desencarnada, a histeria não seria um fenômeno do âmbito da neurologia.

“A razão do sintoma (corporal) é um sistema de pensamento, de palavras do paciente, sistema que lhe é próprio: as palavras estão mal colocadas, é por isso que o sintoma é uma linguagem e não o efeito de uma disfunção do sistema nervoso”. (Ibid, p. 138)²

O sintoma seria, portanto, uma expressão do conflito inconsciente, do qual o paciente, a princípio, não se dá conta. Aproxima-se, *nesse* caso, mais de uma idéia de campo de forças do que de termos biológicos.

Trata-se de conflitos, de embates ‘consciente, pré-consciente e inconsciente’, ou ‘ego, id e superego’, no caso da primeira e da segunda tópicos, respectivamente. (Cf. Freud [1915]1996; Freud, [1923]1996)

Observamos Freud distanciar-se do método hipnótico e da visão neurologista de sua época, propondo uma ruptura com o que era comum à comunidade científica de então. Com Kuhn ([1962] 2006), de certa forma, podemos pensar em quebra de paradigma. Paradigma no sentido de proporcionar modelos dos quais brotam as tradições correntes e específicas da pesquisa científica.

A assimilação da psicanálise, nesse sentido, propôs a reavaliação dos fatos anteriores, implicando uma mudança nas regras que governavam a prática tradicional. O que a melhor especificaria, então?

² « La raison du symptôme (corporel) est un système de pensée, de mots du patient, système *qui lui est propre* : les mots sont mal placés, c’est pourquoi le symptôme est un langage et non l’effet d’un dysfonctionnement du système nerveux. »

A questão do desejo é central para a subjetividade humana. Somos seres não só providos de instintos, mas, sobretudo, de pulsão³. Ao mostrar que o paciente pode estar doente de seu próprio desejo, Freud descobre, com a psicanálise, outra forma de tratar a histeria, questão, então, posta à medicina.

Freud, neurologista de sua época, abre mão de procurar a objetividade do sintoma histérico no corpo, para procurar a objetividade do sintoma na subjetividade, fundando assim, o divisor de águas com a neurologia. Há um *método*, um *sentido*, na histeria, na loucura, como em quaisquer dinâmicas psíquicas.

Cabe ressaltar que Freud não é idealista, nem subjetivista⁴. A vida mental é encarnada. Ao mesmo tempo em que colocou razão onde não havia (ao propor que há método na loucura), Freud argumenta também que, onde se considera existir só subjetividade, há corpo. Pensar, por exemplo, em “pulsão de morte” é pensar numa violência como expressão da “carnalidade”. (Cf. Freud [1920] 1996)

³ “Após o desenvolvimento do modelo topográfico, Freud voltou sua atenção às complexidades da teoria dos instintos. Freud estava determinado a ancorar sua teoria psicológica na biologia, o que levou a dificuldades terminológicas e conceituais, causadas pelo uso de termos derivados da biologia para denotar conceitos psicológicos. O instinto, por exemplo, é um padrão de comportamentos específicos à espécie geneticamente derivado e, portanto, mais ou menos independente da aprendizagem. Entretanto, as pesquisas modernas, ao demonstrar que os padrões instintivos são modificados através da aprendizagem pela experiência, tornaram problemática a teoria freudiana dos instintos. Uma confusão adicional deriva da ambigüidade inerente a um conceito que se situa no limite entre o biológico e o psicológico. Deve haver uma integração ou uma separação entre o aspecto de representação mental do termo e o componente fisiológico? Embora ‘pulsão’ possa ter sido um termo mais correto do que ‘instinto’ para significar o que Freud queria dizer, no uso contemporâneo, os dois termos são freqüentemente usados de forma intercambiável.” (Kaplan et al 1997, p. 236), sobretudo nos países de língua inglesa. Já, de acordo com Bezerra (1989, p. 233), a pulsão aparece como uma deflexão, uma espécie de perversão do instinto. É nesse instinto que a pulsão encontra suas origens. Mas a pulsão não é o resultado, efeito ou consequência do instinto. Este é uma condição de possibilidade que sustenta a emergência de uma realidade de outra ordem, não redutível à primeira.

⁴ “Idealismo é a doutrina filosófica segundo a qual todo o real é idéia. Sobre esta base edificaram-se significações muito diferentes do conceito. Com a sentença: *esse est percipi*, ser é ser percebido ou representado, Berkeley definiu o idealismo. Do ponto de vista metafísico, o idealismo teórico se assemelha ao espiritualismo, por admitir que só os princípios espirituais constituem o real. Com seu idealismo crítico ou transcendental, Kant não apenas procurou separar as coisas, como meros fenômenos, das “coisas em si”, mas esclareceu também o processo do conhecimento através das formas intuitivas e conceituais existentes em nós *a priori* com que se ordenam as sensações (teorias das categorias).” (Dorsch et al, 2001, p. 466) “Subjetivismo é a corrente filosófica que defende a consciência como o primeiro dado e ponto de partida.” (Ibid, p. 908)

Freud parece-nos propor, portanto, forças que vêm do biológico (ex. pulsão de morte) e ‘irracionais’ (ex. a loucura), que têm um método, uma racionalidade. Instaure, assim, uma genealogia psíquica. Por outro lado, não descarta a possibilidade de que estudos posteriores aos seus viessem comprovar um correlato físico-químico de suas construções teóricas.

“Pode ser que o futuro nos ensine a agir diretamente, auxiliados por certas substâncias químicas, sobre as quantidades de energia e sua distribuição dentro do aparato psíquico. Pode ser que descubramos outras possibilidades terapêuticas ainda insuspeitadas. Até o presente momento, no entanto, não dispomos de nada que não a psicanálise. É por essa razão que, apesar de toda a sua limitação, não convém desprezá-la.” (Freud *apud* Enrenberg, 1998, p. 55)⁵.

Conforme demonstrado, Freud não colocou a psicanálise como uma panacéia universal. A complexidade de suas construções teóricas, sua preocupação em costurar sua teoria em uma rede de sentido onde, na clínica, buscar-se-ia “tornar consciente o inconsciente” ou “onde há id que esteja o ego”, além de sua ênfase na sexualidade (Cf. Laplanche, Pontalis, 1998) fizeram com que críticos da psicanálise julgassem-na psicodinamicamente determinista demais. (Cf. Merleau-Ponty, 1973). A crítica aqui diz respeito a um deslocamento do determinismo biológico para um determinismo psíquico.

Procurar por uma rede de sentido na subjetividade, ainda que encarnada, pressupõe aprisioná-la, para muitos de seus críticos, a uma categoria mística, não apreensível, empiricamente irreproduzível em testes experimentais, que, por isso, não atenderia aos critérios de cientificidade. (Cf. Healy, 2002, Luhrman, 2000). “*Em psicanálise não há*

⁵ “Il se peut que l’avenir nous apprenne à agir directement, à l’aide de certaines substances chimiques, sur les quantités d’énergie et leur répartition dans l’appareil psychique. Peut-être découvrirons d’autres possibilités thérapeutiques encore insoupçonnées. Pour le moment néanmoins, nous ne disposons que de la technique psychanalytique, c’est pourquoi, en dépit de toutes ses limitations, il convient de ne point la mépriser.”

fatos, no sentido das ciências experimentais.” (Ricouer, [1969]1978, p. 159). Sendo assim, como submeter a experiência de cada análise, cuja relação ‘analista - analisando’ é sempre única, a testes e avaliações científicas e objetivas? Resposta impossibilitada pelo fato de se tratar de algo inapreensível quantitativamente. *Grosso modo*, dados quantitativos dizem respeito às avaliações de uma realidade objetiva, no sentido de serem fenômenos descritíveis em termos de ocorrência de leis gerais (ex. a 100° C, a água entra em ebulição).

A constatação de que o calor dilata o espaço entre os átomos e acelera o movimento das moléculas é válida tanto para a ebulição da água, quanto para o cálculo de materiais usados em artefatos que serão submetidos a altas temperaturas. Nada disso ocorre com condutas humanas intencionais. Nestas, o que se chama de causa é um puro motivo ou razão que faz parte do fenômeno que se pretende compreender. Dizer que um sintoma fóbico foi causado por um trauma consciente da vida adulta, ou por uma lembrança traumática da infância, é somente uma forma de tornar o sintoma fóbico razoavelmente inteligível, descrevendo-o como motivado pelo trauma da vida adulta ou pela lembrança traumática infantil. Não temos como testar o trauma independente do sintoma fóbico, nem como o definir sem lançar mão do motivo ou da razão “trauma”. Há uma conexão lógica necessária entre um e outro e uma dependência empírica impossível de ser convertida em leis causais gerais. (Cf. Costa, 1994, p.25).

Dentro desta perspectiva, a realidade que interessa à psicanálise é a realidade psíquica, sendo esta o fruto da elaboração interpretativa sobre a realidade material que cada sujeito é levado a produzir na sua própria história psíquica. Esta elaboração corresponde, neste sentido, à produção de um saber (inconsciente) singular a cada sujeito, que se expressa no seu desejo. Desejo esse que não se satisfaz, mas que desliza e insiste em buscar a satisfação absoluta que jamais virá. É aí que reside a marca da singularidade na clínica

psicanalítica. Dever-se-ia, portanto, estimular o esforço em manter o gume afiado, para que se retenha a originalidade da experiência psicanalítica, pois nela o indivíduo não aspira à singularidade, mas está condenado a ela. (Cf. Bezerra, 1989)

Por outro lado, isso não significa que não haja método em psicanálise, mas a aparição de tal método sempre será internalizada, por cada sujeito, de uma forma única e pessoal. A psicanálise aponta, repetimos, sempre para a singularidade.

“(…) sabemos que as interpretações psicanalíticas, pela própria natureza, não podem ser testadas por observadores independentes. A interpretação, em psicanálise, segue o modelo das explicações “caso a caso” e não das explicações “tipo a tipo”.” (Costa, 2004, p. 41)

Freud apontou para a existência de um método distinto, a ser reatualizado de forma singular, caso a caso.

De acordo com Bezerra (1989, pp.233-234), foi pelo viés da razão que Freud criticou o racionalismo da psicologia da ciência e do saber psiquiátrico de sua época, para recuperar a tradição pré-científica da loucura, ao atribuir a esta um estatuto de realidade própria e um atributo de verdade. Além disso, há toda uma preocupação com a *individualização* do sentido da experiência psicopatológica marcando o seu percurso clínico. Contudo, diferentemente dos saberes antecedentes, Freud via na natureza do funcionamento psíquico uma função de desconhecimento. A distinção entre atividade psíquica e consciência já era preconizada antes de Freud. Mas, a partir dele, a redescoberta do inconsciente não está relacionada tão somente àquilo que o sujeito tem de próprio e singular, diz respeito também à natureza dos processos inconscientes e ao processo sempre aberto de remanejamento simbólico. É nesta distinção que reside a diferença entre a

psicanálise e as psicologias da introspecção⁶. Freud, desde o início, acentuou como ninguém o papel da linguagem e do discurso do sujeito sobre sua experiência psíquica. Contudo, diferentemente da tradição confessional, pôs sua escuta a serviço dos lapsos, dos equívocos, das articulações não explícitas entre falas aparentemente divergentes, por meio das quais a verdade do sujeito se insinua. Similarmente, a investigação psicanalítica se assenta na possibilidade de os indivíduos se apropriarem de uma biografia *singular* inscrita temporalmente num fluir linear que une passado, presente e futuro. Pensar a originalidade da psicanálise implica reter a sua perspectiva e sublinhar o sentido de seus conceitos para além dos usos e naturalizações que a profusa divulgação tende a produzir.

Através do DSM II e, particularmente, da idéia de depressão nele apresentada, poderemos entender melhor que tipo de uso e naturalização teria acontecido ao ter uma determinada apreensão da psicanálise como fio condutor de um manual diagnóstico e estatístico.

⁶ Podemos observar, portanto, que Freud rompe tanto com a neurologia quanto com a psicologia da introspecção. Freud começou sua carreira como um neurocientista de laboratório e, por uma série de razões, mudou a sua direção para a criação da psicanálise, teorizando a partir de uma direção oposta à sua época, de uma linha cientificista para uma linha humanista (Brendel, 2006, p.91)

1.2. DSM II: sujeitos singulares, a existência de um debate.

“Nunca estivemos tão cientes da arbitrariedade dos critérios de diagnósticos psiquiátricos qualitativamente construídos - mesmo numa época caracterizada por um gerenciamento cada vez mais burocrático dos planos de saúde e por um reducionismo cada vez mais difundido quanto à explicação do comportamento normal e patológico- nunca estivemos tão dependentes deles como agora. Basta ressaltar a forma como o DSM tem evoluído desde o seu primeiro modesto formato- com páginas espiraladas de capa simples, em 1952 e 1968, ao atual imenso livro (com seus exemplos, esquemas visuais e comentários), enquanto irônicos comentadores, leigos e profissionais, zombam da transparente arbitrariedade de suas categorias⁷.” (Rosenberg, 2006, p. 417)

O DSM (manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais) é um manual para profissionais da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais, de acordo com a Associação Psiquiátrica Norte-Americana. Desde a sua primeira publicação, em 1952, já foi submetido a cinco revisões (DSM II, DSM III, DSM III-R, DSM IV e DSM IV- TR). Ele foi desenvolvido a partir de um sistema classificatório de 1918, a fim de atender à demanda de um censo estatístico uniforme dos hospitais psiquiátricos, dos sistemas de categorização do serviço militar e de uma pesquisa com 10% dos membros da associação psiquiátrica americana. O manual tinha 130 páginas e continha 106 categorias de transtorno mental. O DSM II foi publicado em 1968, com 182 transtornos e 134 páginas. Os dois primeiros manuais refletiam a psiquiatria predominantemente psicodinâmica. Os sintomas não eram especificados em detalhes para transtornos específicos, mas eram

⁷ “We have never been more aware of the arbitrary and constructed quality of psychiatry diagnoses, yet in an era characterized by the increasingly bureaucratic management of health care and an increasingly pervasive reductionism in the explanation of normal as well as pathological behaviour, we have never been more dependent on them. I need only underline the way in which the DSM has evolved from its originally modest format – a hundred-page spiral-bound, soft-covered form in 1952 and 1968- to today’s ponderous octavo (with its numerous epitomes, visual aids and commentaries), while wry commentators lay and professionals scoff at the seemingly transparent arbitrariness of its categories.”

considerados como reflexos de conflitos inconscientes, ou como reações mal-adaptadas a problemas da vida, divididos entre neuróticos ou psicóticos. Os conhecimentos biológicos e sociais também eram levados em consideração, em um modelo que não enfatizava uma fronteira clara entre o normal e o patológico⁸. Afinal, muitos dos sintomas poderiam ser verificados em pessoas ditas normais, ou seja, sem transtorno psíquico⁹.

Gaines (1992) defende que os DSMs sejam construções culturais, evidenciando uma ‘etnopsiquiatria’ criada por uma implícita ‘etnopsicologia’.

“As classificações psiquiátricas profissionais, os DSMs, são momentos de um processo histórico-cultural re (criativo) e constitutivo, através do qual certos sujeitos dizem algo para e sobre eles próprios e os outros¹⁰.” (Ibid, p. 3)

A argumentação reside na idéia de que as entidades nosológicas (doenças mentais) não seriam ‘descobertas’, mas construídas culturalmente. Elas são o produto de interpretações de experiência do eu, do outro e do que seja anormalidade, encontradas em contextos médicos e não médicos. As mudanças nos sistemas médicos classificatórios podem ser, então, entendidas como sucessivas tentativas de articulação de ‘*suposições etnopsicológicas inconscientes de uma determinada cultura*’. (Ibid, p.4) Nesse sentido, julgamos importante apresentar um recorte diacrônico no contexto histórico e cultural dos DSMs, dentro do limite (objetivo) deste trabalho.

⁸ Cf. http://www.en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders. Consulta em 11/04/07.

⁹ Para uma discussão entre o normal e o patológico, vide Canguilhem ([1966] 2006). O autor discorre sobre a aplicação necessária de critérios normativos quando diante de questões médicas relativas à normalidade e à patologia de estados humanos.

¹⁰ “The essay shows that professional psychiatry classifications, the DSMs, are moments of a (re) creative, constitutive cultural historical process through which certain ethnic Western selves say something to and about themselves and Others”.

De acordo com Aguiar (2004, pp. 26-27), o governo americano desenvolveu a primeira classificação psiquiátrica oficial, em 1840, em que discriminava apenas duas categorias: idiotismo e insanidade. Em 1880, o sistema classificatório foi dividido em sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917, a associação médico-psicológica americana adotou uma estratégia para uniformizar as estatísticas hospitalares de pacientes portadores de doenças mentais. Tal sistema foi revisado em 1934, sendo incorporado à primeira edição da nomenclatura padronizada de doenças da associação médica americana. Na década de 1940, os médicos das forças armadas consideraram como sendo insuficiente a referida classificação, uma vez que se baseava em doenças crônicas encontradas na população civil. Não contemplava, portanto, os distúrbios agudos, psicossomáticos e os transtornos de personalidade encontrados entre os combatentes, durante a Segunda Guerra Mundial. Sendo assim, a administração de veteranos e a Marinha desenvolveram seus próprios sistemas, baseados em William Menninger – fundador da Menninger Foundation, uma das principais instituições promotoras da difusão da psicanálise nos Estados Unidos.

A sexta classificação internacional de doenças (CID-6) foi publicada em 1948, sendo a primeira a apresentar uma seção para transtornos mentais. Essa classificação não incluía síndromes cerebrais crônicas, assim como vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesse dos clínicos norte-americanos. Por conta de tais omissões, a associação médico-psicológica americana (posteriormente denominada associação psiquiátrica americana) decidiu elaborar uma classificação própria, alternativa à CID -6, com o DSM I, publicado em 1952. A principal marca do DSM I é a noção de reação, da psicobiologia de Adolf Meyer, resultado do entendimento da doença mental como uma reação a problemas da vida e a situações difíceis encontradas pelos indivíduos.

Observamos, já no DSM I, a influência da psicanálise, tal como evidenciado pelo uso freqüente de expressões como ‘mecanismos de defesa’, ‘neurose’ e ‘conflito neurótico’. O DSM II, publicado em 1968, por sua vez, introduz algumas diferenças em relação ao DSM I, mas mantém a idéia básica de que os transtornos mentais são a expressão simbólica de realidades psicológicas (ou psicossociais). O DSM II retira a noção de reação e a concepção biopsicossocial dos transtornos mentais, enfocando mais os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico. As diferentes formas de perturbações mentais passam a corresponder a diferentes níveis de desorganização psicológica do indivíduo. A influência da psicanálise em sua nomenclatura torna-se ainda maior. O termo neurose, por exemplo, corresponde à maior classe de perturbação presente no DSM II (Ibid, pp. 27-28).

Ernest Gruenberg, presidente do Comitê da Associação Psiquiátrica Americana em nomenclatura e estatística, de 1968, é quem apresenta o prefácio da segunda edição do DSM (1968, pp.vii-x). Com o sucesso progressivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) em promover uma Classificação Internacional de Doenças (CID) uniforme, já então utilizada em muitos países, os psiquiatras norte-americanos passaram a colaborar no preparo e no uso da oitava edição revisada do CID (sobre o qual o DSM II é baseado), conforme aprovada pela OMS em 1966 e efetivada em 1968. A rápida integração com o resto da medicina também suscitou a necessidade de criar uma nomenclatura e classificações psiquiátricas proximamente integradas àquelas de médicos não psiquiatras. Ao publicar o DSM II, a Associação Psiquiátrica Americana apresenta uma nomenclatura utilizada em hospitais psiquiátricos, clínicas psiquiátricas e na prática de consultório. O DSM II, segundo Gruenberg, tem, na verdade, um uso mais amplo por conta do crescimento do trabalho psiquiátrico em hospitais gerais, seja pelo viés da assistência ou da

consultoria, e em centros comunitários de saúde mental. Pode ser também utilizado no âmbito jurídico e em serviços de saúde mental de trabalhadores.

O autor argumenta que nenhuma lista de termos diagnósticos pode ser completamente adequada em todas as situações, em todos os lugares e em qualquer época. Tampouco pode representar o acúmulo de todo o conhecimento da psiquiatria de um determinado período de tempo. Sendo assim, Gruenberg diz que o comitê organizador do DSM II tentou propor o que considerou ser um consentimento entre os psiquiatras bem-informados de sua época, visando a facilitar a comunicação entre os profissionais e reduzir, ao mínimo, a ambigüidade. O Comitê do DSM II defendeu o argumento de que diferentes nomes para a mesma coisa implicam em diferentes atitudes e conceitos, propondo um debate acerca de cada nomeação diagnóstica. No entanto, ao mesmo tempo, segundo Gruenberg, evitou termos que carregassem consigo conotações relacionadas à natureza do transtorno ou à sua causa, explicitando suposições causais, quando são essenciais ao conceito diagnóstico. No caso de categorias diagnósticas sobre as quais existiam, na época, controvérsia a respeito da natureza ou da causa do transtorno, o comitê (Ibid, p. viii) tentou selecionar termos que pudessem ser menos impositivos ao julgamento do usuário do DSM.

O Comitê incluiu representantes de diferentes pontos de vista. Não objetivou reconciliar suas diferentes posições, mas sim, procurou encontrar termos que nomeassem os transtornos, a partir dos quais o debate seria possibilitado. Inevitavelmente, Gruenberg (Ibid, p. ix) diz que alguns usuários do DSM II poderiam concluir algumas visões gerais a respeito da natureza dos transtornos mentais. O Comitê, segundo ele, só poderia afirmar que tais interpretações seriam, na verdade, injustificadas. Ele cita como exemplo a esquizofrenia, a qual, no DSM I, era nomeada como “reação esquizofrênica”. A mudança

de termos, conforme feita, não alterou a natureza¹¹ do transtorno, ainda segundo ele, tampouco desencorajou um debate contínuo sobre sua natureza e causa. De uma maneira geral, os termos foram o resultado de um consentimento de representantes de muitos países da OMS.

Neste sentido, Gruenberg, como presidente do Comitê que formulou o DSM II, tende a acentuar o quanto a elaboração deste manual foi fruto de um intenso debate, pois se tinha em vista a enorme dificuldade em generalizar o singular, expresso em diferentes pontos de vista, em diversas posições teóricas.

“Um esboço¹² deste manual circulou entre 120 psiquiatras em fevereiro de 1967, com uma demanda por sugestões específicas a fim de eliminar falhas e de melhorar a qualidade dos termos. Muitas repostas valiosas foram recebidas, as quais foram avaliadas pelos membros da comissão, prioritariamente, no seu encontro de maio de 1967. (...) Em dezembro de 1967, o conselho da associação psiquiátrica americana deu a sua aprovação final para publicação.” (Gruenberg, 1968, p. ix)

A depressão, dentro dos transtornos afetivos, sobretudo no que diz respeito à estrutura neurótica, é destacada como uma das áreas de maior desacordo. (Ibid, p. xiii). Após inúmeros debates, o DSM II, profundamente influenciado pela psicodinâmica psicanalítica, opta por inserir a depressão dentro da estrutura psicótica (ex. psicose *maníaco-depressiva*), da estrutura neurótica ou do transtorno de personalidade depressiva.

¹¹Tal afirmação opõe-se à idéia, anteriormente apresentada aqui, através de Gaines (1992), de que a doença mental seja histórico-culturalmente construída.

¹²“A draft of this manual, DSM II, was circulated to 120 psychiatrists in February 1967, with a request for specific suggestions to eliminate errors and to improve the quality of the statements indicating the proper usage of terms which the Manual describes. Many extremely valuable replies were received. These were collated and studied by the members of the Committee prior to its meeting in May, 1967, at which time the Committee formulated the present manuscript and submitted it to the APA Executive Committee for approval. In December 1967 the APA Council gave it final approval for publication.” (Gruenberg, 1968, p. ix)

Assim, de uma maneira geral, toda a influência da psicanálise nos Estados Unidos incentivava, direta ou indiretamente, uma conceituação que promovesse um maior entendimento do que estaria “por trás” do comportamento depressivo, isto é, a busca por sua causalidade psicodinâmica. É o caso, por exemplo, da descrição da neurose depressiva.

“Este distúrbio é manifesto por uma reação depressiva excessiva, causada por um conflito interno ou por um evento identificável, tal como a perda de um objeto amado. Deve ser diferenciado da melancolia involutiva e da doença maníaca depressiva. Depressões reativas e reações depressivas devem ser classificadas aqui¹³.” (APA, 1968, p.40)

Percebemos, portanto, a existência de um debate que visava a um acordo comum quanto à psicodinâmica basal dos transtornos mentais, ressaltando, de certa forma, a sua causalidade da maneira mais generalizada possível. Vale ressaltar que tal debate (e, por vezes, desacordo) é sobretudo um debate psicanalítico, ou melhor, psicanaliticamente influenciado.

Ainda que não dispondo de um manual muito objetivo, o usuário do DSM II não deveria perder de vista a parcimônia, evitando diagnosticar mais condições do que o necessário para o quadro clínico. O DSM II dava oportunidade a múltiplos diagnósticos, mas aumentando a atenção e a responsabilidade por um cuidadoso diagnóstico diferencial, dependendo do *juízo clínico*, a partir de dois princípios. O primeiro diz que a condição que requer tratamento mais urgente deve ser listada primeiro. Por exemplo, intoxicação patológica e, depois, esquizofrenia, tipo simples. O segundo princípio diz que, se não há hierarquia quanto ao nível de urgência, a condição mais grave deve aparecer

¹³“Depressive Neurosis: this disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession. It is to be distinguished from involuntional melancholia (q.v.) and maniac-depressive illness (q. v.). Reactive depressions or depressive reactions are to be classified here.”

primeiro. Ao considerar que tais princípios não seriam sempre levados em consideração, é advertido, aos estatísticos, que todos os diagnósticos realizados fossem computados em cada caso. (Ibid, p.3)

Será que é possível concluir que, para entender o DSM II, o profissional de saúde mental deveria entender de psicanálise? Tomemos o exemplo a seguir.

Aguiar (2004, p.105) aponta para a idéia cada vez mais fortalecida, em 1962, de que era importante que os clínicos gerais soubessem identificar e tratar os pacientes deprimidos, mas que, no entanto, esses médicos encontravam grandes dificuldades em lidar com os conceitos da psiquiatria, então marcada pelas teorias psicanalíticas.

No final da década de 60, a depressão¹⁴ era classificada em três grandes tipos. A depressão endógena era considerada uma síndrome fortemente ligada a fatores biológicos e se caracterizava por um humor profundamente melancólico, ausência de causas exógenas e história de antecedentes familiares, tendo um risco importante de suicídio. Era necessário diferenciar a depressão endógena dos dois tipos de depressão exógena, que eram a maioria dos casos: a depressão neurótica, que remetia a uma patologia da estruturação da personalidade, sendo, portanto, considerada uma psicose de defesa, e a depressão reacional, que era desencadeada por algum evento recente e podia acometer qualquer pessoa, não sendo originada por conflitos inconscientes como a depressão neurótica.

¹⁴ Ehrenberg (1998) considera que a depressão contemporânea começa com a invenção do eletrochoque e não com a criação dos antidepressivos. A partir desta técnica, nos anos 40 (anterior, portanto, ao DSM II), tem lugar um cenário de controvérsias idêntico ao verificado no início dos antidepressivos, em 1957-58. Ao observar que o eletrochoque não funciona com os esquizofrênicos, mas é bastante eficaz na melancolia, os psiquiatras logo se perguntam se a técnica poderia ser aplicada nas manifestações depressivas menos graves. “La fatigue d’être soir” (Ehrenberg, 1998) é um estudo que procura mostrar que, na passagem da neurose para a depressão, passa-se de uma patologia do conflito – que coloca em cena o desejo, para uma patologia da insuficiência, que coloca em jogo a questão da ação. Conforme veremos, com o DSM III, a depressão passou do estatuto de sintoma ou síndrome nas neuroses e psicoses para o estatuto de entidade clínica. Para maiores desdobramentos sobre a patologia da insuficiência e a construção do indivíduo insuficiente, ver Wanderley (2000).

Geralmente, considerava-se que os antidepressivos estavam indicados principalmente nos casos de depressão endógena, sendo importante que o clínico soubesse diferenciar esse tipo hereditário e recidivante, das depressões reacionais e neuróticas. Na prática, o diagnóstico da depressão mostrava-se bastante confuso para os clínicos gerais, que não tinham formação em psicopatologia e conheciam mal os conceitos de psicanálise. Distinguir a depressão da ansiedade e discriminar as diversas formas que a depressão podia tomar pareciam ser tarefas impossíveis para os generalistas (Enrenberg *apud* Aguiar, 2004, p.105)

Observamos, portanto, que aplicar os critérios diagnósticos do DSM II subentendia a compreensão da psicodinâmica psicanalítica. Como resultado, podemos supor que difundir-la era uma forma de tornar o seu vocabulário mais corriqueiro e utilizável. Na época, ela influenciou não só a concepção do DSM , mas a sua aplicação na prática.

Assim como no DSM I, as formulações nosológicas afirmavam a natureza simbólica dos sintomas psiquiátricos também no DSM II. Os psiquiatras de então entendiam as neuroses e as outras doenças mentais como manifestações simbólicas a serem interpretadas no diagnóstico e no tratamento, por conta da enorme influência psicanalítica.

Na observação dos excessos psicanalíticos, em consequência do DSM II, vemos uma psicanálise “desnaturalizando-se”, de certa maneira, ao tentar “naturalizar-se”, estendendo seus complexos conceitos a critérios diagnósticos simplificados. Desse modo, não se trata de criticar a psicanálise descontextualizada de seu uso, pois evitar a discussão acerca da influência das variáveis sócio-culturais na prática clínica e na produção teórica da psicanálise equivale a certa “*fetichização da obra freudiana (ou de qualquer outro mestre), cujo resultado tende a ser justamente a incapacidade de manter acesa a chama crítica de que ela é portadora.*” (Bezerra, 1989, p.220)

1.3. “*On being sane in insane places*”: os excessos psicanalíticos do uso do DSM II e o advento de um pólo de contraposição: a psiquiatria biológica.

Sigmund Freud influenciou o advento de inúmeros teóricos que tornaram a psicanálise sua base de construção para diversas formas de entender a subjetividade. Pleiteando um embasamento freudiano, observa-se, ao longo do tempo, o surgimento de “psicanálises”, tais como “lacaniana”, “winnicottiana”, “kleineana”, etc bem como a influência de Freud em outros teóricos¹⁵.

“O desenvolvimento da psicanálise conheceu percursos bastante diferentes nos diversos países em que floresceu. Ela não é exatamente a mesma em Paris, Nova Iorque, Rio de Janeiro, Londres ou Bolonha. E essa diversidade, que diz respeito ao modo pelo qual a psicanálise foi introduzida, às condições históricas e culturais em que ela se desenvolveu, reflete-se no papel que ela representa em cada uma dessas formações sociais, na sua maior ou menor penetração no mundo da cultura e no universo das significações compartilhadas na vida cotidiana” (Bezerra, 1989, p.220).

Em 1920, em Viena, Kurt Lewin trabalhou com pacientes em grupo e Juan Moreno, com o psicodrama. Ambos rejeitavam o que consideravam como sendo um foco excessivo no individual da psicanálise. Lewin e Moreno emigraram para os Estados Unidos, onde seus trabalhos foram continuados por Trigant Burrow, Louis Wender e Paul Schilder. Trabalhos como esses e outros que estavam por vir suscitaram o olhar mais voltado para as questões sociais, das inter-relações que estariam envolvidas na dinâmica, no tratamento e

¹⁵ Não cabe como objetivo deste trabalho estabelecer pontos e contrapontos entre elas. Com o intuito de oferecer uma reflexão acerca da influência psicanalítica a partir do DSM II, utilizaremos o exemplo dos Estados Unidos, país onde os DSMs foram criados.

na cura do paciente psiquiátrico. Na verdade, entre os anos 1940-1950, não havia uma delimitação nítida entre a psicanálise e a terapia de grupo nos EUA, que era tratada de forma mais “solta” pela psicanálise americana. (Healy, 2002, p. 130)

Em consequência do nazismo na Alemanha, muitos psicanalistas começaram a emigrar para os Estados Unidos e, no final da segunda guerra mundial, em 1945, a maioria dos analistas se encontrava na América do Norte. Estes acabaram unindo-se aos psiquiatras militares que estavam, então, retornando do pós-guerra. A situação americana era completamente diferente da européia, uma vez que, na Europa, os psiquiatras militares retornaram para os asilos e para o sistema médico de socialização.

“Já nos Estados Unidos, os psiquiatras militares voltaram-se mais para uma prática privada e a psicanálise era um passaporte para o atendimento em consultório. Esta situação, combinada com um êxodo de psiquiatras dos hospitais públicos, resultou que, por volta de 1955, mais de 80% dos psiquiatras americanos estavam nos consultórios. Os estrangeiros ocuparam os seus lugares nos asilos. Inigualavelmente, portanto, a força e a influência da psiquiatria americana residiam na comunidade. Os insights e o entusiasmo gerados pela guerra, que levaram muitos europeus para a psiquiatria social, levaram os psiquiatras americanos, tais como Karl e William Menninger, a expandir a psicanálise¹⁶.” (Healey, 2002, p.140)

A influente apreensão da psicanálise por psiquiatras americanos vislumbrou a possibilidade de se construir um sistema diagnóstico que descrevesse categorias de doenças a partir da psicodinâmica do paciente, e, então, possibilitar um tratamento psicanalítico à luz do conflito inconsciente de base. No entanto, o uso de critérios de avaliação universais

¹⁶ “In the United States, army recruits could return to private practices and psychoanalysis was a passport to an office practice. This situation, combined with an exodus of psychiatrist from public hospitals, meant that by 1955 more than 80 percent of U.S. psychiatrists were in office practice. Foreigners filled their places in the asylums. Uniquely, therefore, power and influence in American psychiatry resided in the community. The insights and enthusiasm generated by the war that led many Europeans to social psychiatry led American psychiatrists such as Karl and William Menninger to expand psychoanalysis.”

para sofrimentos psíquicos individuais estimulou a caricaturização da psicanálise, recheada de críticas justificadas em excessos como “mãe esquizofrenizante”. (Cf. F.Fromm-Reichman, 1952: 89). Healy (2002, p. 140-144) destaca o quanto analistas freudianos tradicionais consideravam todas as pessoas como potencialmente doentes e necessitadas de tratamento¹⁷. De 1945 a 1955, era praticamente impossível um não psicanalista se tornar chefe de departamento ou professor de psiquiatria. O uso indiscriminado dos conceitos psicanalíticos levou a uma popularização da psicanálise e a um “psychobabble” (Ibid, p. 143).

“Em 1965, quando a teoria da catecolamina da depressão, a primeira teoria biológica de um importante transtorno psiquiátrico, foi publicada, o artigo seguinte no *American Journal of Psychiatry* abordava as conseqüências psicanalíticas para os EUA da morte de John Kennedy. Tratava-se de uma época em que os analistas eram considerados ao argumentar que, somente quando os chefes de estados fizessem análise, não haveria mais guerras¹⁸.” (Ibid, p.143)

Luhrmann (2000) apresenta uma visão caricatural da psicanálise, ao comparar o “cientista psiquiátrico” e o “psicanalista” (Ibid, p. 158-202). Para tanto, opõe dois domínios: em um lado, teríamos o cientista, ‘o destemido investigador da verdade’, e, do outro lado, o psicanalista, ‘o sábio mago do insight’. (Ibid, p.158). Cita exemplo de jargões tais como os que apontam para ‘interpretações psicanalíticas da úlcera’ (Ibid, p. 176) (sem uma menção sequer à crítica que inúmeros psicanalistas fariam a esses tipos de jargão). Mesmo que superficialmente, no entanto, o artigo aponta para a dicotomia existente entre uma psiquiatria humanista, ou seja, psicodinamicamente baseada e uma psiquiatria

¹⁷ Lembremo-nos de que o DSM II representava um modelo que não enfatizava uma fronteira clara entre o normal e o patológico.

¹⁸ “By 1965, when the catecholamine theory of depression, the first biological theory of a major psychiatric disorder, was published, the article following it in the *American Journal of Psychiatry* focused on the psychoanalytic consequences for the nation of the death of John Kennedy. This was a time when analysts were listened to when they argued that if only statesmen were analyzed there would be no more wars.”

científica, não psicodinamicamente motivada. Observemos, abaixo, o quadro de comparações, contrastando uma psiquiatria qualitativa “psicodinâmica” a outra psiquiatria, quantitativa, que enfatiza as evidências objetivas. (Roberts, 2000, p. 434)¹⁹

QUALITATIVA X QUANTITATIVA	
Pessoalmente significativa	x Mensura o geral
Contextualizada	x Controlada
Relacional	x Reprodutível
Indutiva	x Dedutiva
Evocativa	x Altamente provável
Pluralista	x Padronizada
Imaginativa	x Lógica
Sobredeterminada	x Linear
Interessante	x Informativa
Privada	x Pública
Profunda	x Neutra
Humanista	x Científica
Individualista	x Epidemiológica
Construída	x Analisada, detalhada
Performativa	x Observadora
Simbólica	x Teórica
Sabedoria	x Conhecimento
Prática	x Pesquisa

Roberts (Ibid, p. 440) acredita que, apesar das tensões existentes entre as duas vertentes, ambas representariam uma dualidade complementar, uma vez que estariam conectadas como dois lados do córtex cerebral, reconciliando dados probabilísticos com dados personalizados. Há um tom de complementaridade, no sentido de que a subjetividade giraria em torno do eixo central, que é a objetividade.

O uso indiscriminado e os excessos psicanalíticos do DSM II acabaram por desqualificar o aspecto psicodinâmico que, se levado em consideração, deveria vir em um segundo momento, complementar e secundário ao comportamento evidenciado e

¹⁹ “**Qualitative:** Personally meaningful; Contextualized; Relational; Inductive; Evocative; Pluralistic; Imaginative; Lateral; Amusing; Private; Intimate; Humanistic; Individualistic; Constructed; Performative; Symbolic; Wisdom and Practice. **Quantitative:** Generally measurable; Controlled; Reproducible; Deductive; Highly probable; Standardised; Logical; Linear; Informational; Public; Detached; Scientific; Epidemiological; Analytical, dissected; Observational; Theoretical; Knowledge and Research.”

descritível. Estamos, agora, na esfera da psiquiatria eminentemente biológica, a do DSM III.

Comprometido com a rigorosa aplicação dos princípios de verificabilidade e experimentação científica, o comitê para a elaboração do DSM III visava, principalmente, a elaborar um manual com embasamento empírico que viesse a aumentar o nível de confiabilidade no diagnóstico psiquiátrico, pelo uso de critérios objetivos. Para tanto, era necessária a criação de um manual descritivo e atóricico. Segundo o comitê, liderado por Robert Spitzer, o DSM I e o DSM II haviam falhado ao fornecer critérios formais para a delimitação de fronteiras entre os diagnósticos, obrigando os profissionais de saúde mental a recorrer a descrições vagas e globais, muitas vezes etiologicamente embasadas. Tendo em vista o fato de que as causas de muitos transtornos eram desconhecidas, o comitê determinou que fosse adotada uma perspectiva, conforme dito, descritiva e atóricica, no DSM III. Quando nem a etiologia nem o processo de adoecimento fossem conhecidos, a classificação deveria ser baseada em fenômenos puramente fenomenológicos e facilmente observáveis na clínica, que seriam descritos sem fazer referência a nenhum sistema teórico específico.

Essa concepção foi criticada pelos psicanalistas, os quais argumentavam que décadas de experiência com o trabalho psicoterápico com os pacientes eram suficientes para validar a perspectiva etiológica da psicanálise. (Cf. Aguiar, 2004, pp.28-29).

Como contraponto ao argumento da validade/confiabilidade da experiência clínica, citemos o artigo “*On being sane in insane places*”, de David Rosenhan (1973). Aqui é apresentada uma experiência realizada com oito ‘pseudopacientes’, isto é, pessoas sem transtorno psiquiátrico prévio, que se apresentaram a 12 hospitais diferentes nos EUA com

a seguinte declaração: “eu ouço vozes”²⁰, sendo que todo o resto representaria dados de sua vida normal. Todos eles foram admitidos e tratados como pacientes psiquiátricos e nenhum profissional da equipe sequer desconfiou de que fossem simuladores, ao contrário dos pacientes já internados que desconfiavam e diziam que deveria se tratar de ‘pesquisadores’, conseguindo identificar a sanidade mental dos pseudopacientes mesmo sendo, eles mesmos, supostamente ‘insanos’. Ora, a “experiência” dos psiquiatras de tais hospitais levou-os a adaptar descrições de histórias pessoais aparentemente normais ao diagnóstico de esquizofrenia ou esquizofrenia em remissão. Sendo assim, tudo girava em torno de um diagnóstico e, conforme exposto nessa experiência, uma vez rotulado, o indivíduo permanecia com todo o estigma atrelado a tal rótulo/diagnóstico. Um exemplo claro da adaptação da percepção das circunstâncias refletindo o esquema de um diagnóstico pode ser visto no caso da avaliação do relato de um dos pseudopacientes.

Tal paciente teve uma relação próxima com sua mãe, mas algo mais distante do pai, durante sua infância. Durante a adolescência e para além dela, o relacionamento com seu pai tornou-se muito mais próximo do que tinha com sua mãe. O atual relacionamento com sua esposa era íntimo e afetivo. Exceto nos momentos de raiva, as brigas eram mínimas. Raramente, batia nas crianças.

Certamente não há nada de patológico, nesse relato, diz Rosenhan (Ibid, p. 5). Muitos leitores podem apresentar um padrão similar em suas próprias experiências, sem nenhuma consequência deletéria significativa. Contudo, eis como tal relato fora traduzido no prontuário do referido pseudopaciente, com o intuito de alcançar consistência com a, então, teoria popular da dinâmica da reação esquizofrênica:

²⁰ O combinado entre os pseudopacientes era só contar a mentira de que ouviam vozes e todo o resto seria verdade.

“Este homem branco de 39 anos (...) manifesta uma longa história de considerável ambivalência nos seus relacionamentos próximos, desde a infância. Uma relação calorosa com sua mãe esfria na adolescência. Uma relação até então descrita como fria com seu pai torna-se bastante intensa. Ausência de estabilidade emocional. Suas tentativas de se controlar com sua esposa e filhos são pontuadas por crises de raiva e, no caso das crianças, espancamento. E, ainda que argumente ter muitos bons amigos, pode-se considerar a ambivalência nestas relações...”²¹ (Ibid, p.5)

Indubitavelmente, a experiência relatada neste artigo suscita inúmeros debates e discussões. Ficaremos com a apontada para a justificação da criação de um manual mais descritivo: como controlar os excessos de critérios psicodinâmicos, em sua maioria psicanaliticamente orientados?

Nesta perspectiva, a psicanálise era um inimigo a ser combatido uma vez que andava no sentido inverso ao da confiabilidade do diagnóstico, ou seja, dois psiquiatras poderiam chegar a diagnósticos totalmente diferentes, por exemplo, a partir da inferência clínica de cada um.

De acordo com Russo e Venâncio (2006), é importante destacar a importância das críticas à psicanálise não só dos psiquiatras de uma vertente mais fisicalista, classificatória e descritiva, mas também, de muitos movimentos “anti-psiquiatria”, os quais julgavam excessiva a psicologização por parte da psicanálise de problemas sociais. Afinal, o movimento a favor de uma desinstitucionalização dos doentes mentais, principalmente com Franco Basaglia, na Itália, com a proposta de uma psiquiatria democrática, visando à

²¹ “This white 39-year-old male (...) manifests a long history of considerable ambivalence in close relationships, which begins in early childhood. A warm relationship with his mother cools during his adolescence. A distant relationship with his father is described as becoming very intense. Affective stability is absent. His attempts to control emotionality with his wife and children are punctuated by angry outbursts and, in the case of the children, spankings. And while he says that he has several good friends, one senses considerable ambivalence embedded in those relationships also...”

cidadania do paciente psiquiátrico, ocorria não nos divãs, mas no que dizia respeito à produção de leis e regulamentos.²²

“E contra quem lutavam os psicanalistas? De um lado, evidentemente, contra os psiquiatras partidários de uma visão fiscalista do transtorno mental. Mas a transformação levada a cabo pelo DSM III é fruto de uma curiosa aliança: entre esses ‘psiquiatras biológicos’ ligados à pesquisa experimental, para quem a psicanálise era um entrave à neutralidade científica e ao rigor da observação empírica, e os psiquiatras progressistas, que acusavam a psicanálise de psicologizar problemas de ordem social. Nos dois casos, a ortodoxia psicanalítica era o inimigo a abater. (Russo e Venâncio, 2006, p.468)

Neste sentido, muitos psiquiatras de então acreditavam que só uma abordagem empírica, baseada em dados científicos e hipóteses testáveis, poderia garantir o progresso da psiquiatria, sendo assim necessário um sistema classificatório que garantisse uma linguagem comum entre pesquisadores de diferentes correntes teóricas, com o objetivo de facilitar futuros estudos de sua validade e confiabilidade. (Ibid, p.30) Trata-se, portanto, da queda do conotativo para a emergência e validação do denotativo. Se este novo modelo garantiu um efetivo controle e se tão somente isso que fora almejado é o que veremos a seguir.

²² Para maiores detalhes, vide Russo e Venâncio (2006), Shorter (1997).

Capítulo 2- Do DSM III ao DSM IV-TR: a queda do conotativo e a emergência do denotativo.

2.1 O paradigma da psiquiatria biológica: a “objetividade”.

Em meados da Revolução Francesa, segundo Healy (2002), Philippe Pinel, em 1792, um dos primeiros médicos a trabalhar em um asilo para doentes mentais, ao retirar as correntes de um asilo em Bicêtre, rompeu as algemas que prendiam os “loucos”, sendo considerado um dos pioneiros no tratamento humanitário aos, então, chamados “doentes mentais”²³. Sua primeira medida, portanto, foi libertar pacientes que, em muitos casos, estavam acorrentados há vinte ou trinta anos. Proibiu a prática de tratamentos como a sangria, os ‘vomitivos’ e purgantes, adotando um contato amistoso com os pacientes. Combateu credices como a de que um louco estaria possuído pelo demônio, e buscou explicações científicas para as doenças mentais.

A postura de Pinel é muitas vezes citada como representando o espírito progressista de então. Contudo, nos anos 60, antipsiquiatras argumentaram que Pinel e seu discípulo e sucessor, Esquirol, estariam entre os defensores dos esforços do século XIX em confinar e medicalizar os doentes mentais. Healy (Ibid, p.10) aponta para a ambigüidade entre a abertura de portas por parte de Pinel e as tentativas de aprisionar os pacientes. Pinel e Esquirol foram as peças fundamentais para a criação dos hospitais psiquiátricos,

²³ De acordo com Swain (1987), não é a legendária retirada das correntes que marca, em 1802, o ato de nascimento da psiquiatria, mas sim, a transferência do tratamento dos alienados do Hotel- Dieu para Salpêtrière- ou dito de outra forma, a transferência do hospital médico comum para o hospício. Para maiores desdobramentos dessa questão, vide Swain (1977) e Gauchet e Swain (1980)

culminando em um mandato de 1938, inspirado em Esquirol, que garantia a provisão de hospital e tratamento para os doentes mentais.

Esquirol via o tratamento da “loucura” de forma diferente que Jean-Jacques Rousseau, uma das maiores figuras do Iluminismo, para quem a “loucura” era algo a ser vivido, confessado como fora de controle e maravilhoso, próprio da origem de seus comportamentos. Rousseau, nesse caso, considerava a “loucura” como algo para além das categorias do bom e do demoníaco, adotando uma atitude mais “psicológica”.

Todas as sociedades, ao longo do tempo, têm reconhecido que alguns indivíduos são tão aberrantes quanto ao seu comportamento, diz Healy (2002), que têm recebido rótulo de “insano” ou “louco”. Lidar com isso como sendo tão somente uma simples criação social é impossível, por exemplo, se consideramos que as infecções são hoje reconhecidas como estando entre as principais causas do tipo de comportamento “louco” que levava às admissões nos asilos do século XIX, segundo o referido autor. Infecções como tuberculose, encefalite, entre outras, produziam o que, na época, era considerado como sendo delírio ou ataques “loucos” de fúria. Nesse caso, privações sociais poderiam tornar o indivíduo mais suscetível a infecções. Contudo, fatores sociais tinham efeitos mínimos na forma em que esses comportamentos “loucos” apareciam. “Loucuras” desse tipo não seriam socialmente construídas, afirma Healy, no sentido de que infecções não são socialmente construídas (Ibid, p. 10).

O tratamento daquele tipo de “loucura” constituía-se como prioridade no início do século XIX. Em alguns casos, os doentes eram enfiados em locais precários e longe da sociedade por anos. As instituições que existiam, na época, eram pouco específicas para os doentes mentais, os quais geralmente eram tratados como ‘feras a serem domadas’.

O esforço em aprimorar o tratamento dos doentes mentais nasceu no século XIX, pois os hospitais estavam começando a ser percebidos como um lugar aonde se ia para morrer, ou seja, uma espécie de “matadouro”. Algumas instituições tinham um envolvimento e uma predileção medicamentosa desde o início, diz Healy (Ibid. 12), mais notadamente na França e na Alemanha, enquanto que hospitais na Inglaterra e na América começaram pelo aprimoramento dos profissionais e, somente depois, atentaram para o controle medicamentoso.

Até o século XIX, o “louco” era considerado *totalmente* “louco”, uma vez que havia a crença na *unicidade* da alma. A contestação de tal crença foi possibilitada por vários acontecimentos da chamada revolução científica proporcionada pelo Iluminismo, como nos seguintes exemplos: experimentos de Alessandro Volta mostraram que os nervos conduzem eletricidade. A descrição do arco reflexo, em 1823, por François Magendie e Marshall Hall, abriu as portas para o entendimento de que alguns comportamentos são automáticos, ou seja, ocorrem sem que reflitamos sobre eles. Sendo assim, alguns comportamentos poderiam ser dissociados de outros, alguns sob controle, outros não. Foi desse ponto que nasceu a crença neurocientífica de que o entendimento de nossa consciência poderia ser melhor explicado através da ciência e não da filosofia. Nesse sentido, a unidade da alma não se sustentava mais.

Para testar suas hipóteses, cientistas da época dividiam a alma em áreas cognitivas, emocionais e volitivas. Frenologistas²⁴ como Franz Gall e Joseph Spurzheim defendiam que protuberâncias e depressões no crânio eram formadas pela atividade de uma variedade

²⁴ Baseada nas teorias de Franz Gall, a frenologia era, ao mesmo tempo, uma faculdade psicológica, uma teoria do cérebro e um método de acesso às características e habilidades pessoais. Segundo a frenologia, o cérebro seria o órgão da mente e cada faculdade mental teria seu lugar demarcado nele. (Vidal, 2005)

de diferentes faculdades mentais, disposições e atitudes, as quais somente um especialista em mapeamento do diagnóstico do crânio poderia entender.

Este clima de “objetividade” tornou possível a um alienista como Esquirol catalogar diferentes formas de insanidade, ao observar a população das instituições psiquiátricas de sua época: os asilos para doentes mentais. Era possível conceber não o indivíduo todo como “anormal”, mas um só determinado comportamento, por exemplo, permitindo a criação de diagnósticos, tais como cleptomania, piromania, etc. O conceito de transtorno de personalidade, cabe ressaltar, não existia até o final do século XIX.

Todo o esforço de Esquirol em catalogar tipos de “loucura” produziu uma classificação das doenças mentais. Os primórdios de uma necessidade de “objetivação”, podemos assim colocar, parece-nos ter suas raízes no projeto iluminista e na primeira classificação promovida por Esquirol. Tomando as considerações históricas apresentadas até o presente momento, podemos considerar que toda essa “objetividade” passa, de certa forma, pela leitura de uma subjetividade. Ainda que haja correlatos biológicos, tais como o exemplo das infecções colocado anteriormente, todo o entendimento, todo tratamento está ligado a um determinado *modus operandi*, a uma determinada forma de entender o que seja doença e a própria construção da idéia de loucura.²⁵

Por exemplo, atualmente, a melancolia é entendida como um transtorno de humor. Contudo, no século XIX, era considerada como uma insanidade mental, em que o paciente apresentava inibição de atividade, em contraste com a mania, em que o paciente era superativo e eufórico. Mas, naquela época, não havia um entendimento claro de que se tratava de polaridades. Esquirol introduziu a noção de transtorno de humor como algo distinto da mania e da melancolia. Ele foi o primeiro a pensar na hipótese de que o humor

²⁵ Cf. Foucault (1972)

poderia estar alterado isolada e separadamente, apesar do que mais estivesse de errado com o paciente. Ele denominou tal transtorno de lipomania (do grego, ‘lype’, tristeza), assemelhando-se ao que atualmente chamamos de transtorno depressivo (Ibid, pp. 10-15).

Indubitavelmente, uma minuciosa história da psiquiatria foge ao escopo de nosso trabalho, mas as considerações até o momento proporcionam o tom de nossa análise das classificações psiquiátricas a partir do DSM III, cujo principal argumento foi o de ser mais objetivo. A lógica parece ser a seguinte: quanto mais experimentos atentos à biologia, à fisiologia de nosso organismo, mais objetividade. Vide o projeto iluminista. Quanto mais “especulação filosófica” não experimental, mais subjetividade. A psicanálise parecia estar mais próxima a tal especulação enquanto, por contraste, a biologia estaria mais próxima à ciência. Neste sentido, o paradigma da psicanálise²⁶ não se sustentaria por muito mais tempo, face à progressiva tentativa de aproximação do modelo classificatório psiquiátrico ao da medicina moderna: o da objetividade.

Nesta perspectiva, em 1980, surge o DSM III, claramente anti-psicanalítico. Do DSM III em diante, o que veremos será o tratamento dos transtornos de símbolos a sinais. O DSM III diferencia-se dos antecessores em muitos aspectos. Retirou muitos termos que faziam menção à causalidade, como o de neurose²⁷, por exemplo, em um esforço para se tornar “ateórico” e descritivo, com o intuito de se afastar das explicações psicológicas dos transtornos mentais. O termo ‘neurose’, no caso, desaparecerá totalmente só no DSM III-R, pois, no seu antecessor, o DSM III, continua a aparecer entre parênteses, para alguns

²⁶ Lembremo-nos de que, conforme já apontado no primeiro capítulo, tanto no DSM I quanto no DSM II, os sintomas eram considerados símbolos de processos inconscientes subjacentes.

²⁷ Ao mesmo tempo em que o termo ‘neurose’ e suas subdivisões foram rejeitados, o número dos transtornos que os substituíram cresceu exponencialmente. Segundo hipótese de Russo e Venâncio (2006), esse crescimento articula-se também à automatização e multiplicação dos transtornos relacionados à sexualidade, expandindo o apetite classificatório psiquiátrico e suas conseqüências.

transtornos, para os quais os psicanalistas, ainda com uma derradeira influência no DSM III, encontravam semelhanças.

A interpretação de símbolos de sofrimento (tais como no DSM I e no DSM II) é substituída por uma leitura de sinais de doenças no DSM III. Muito provavelmente, a direção para explicações biológicas foi motivada por uma necessidade de racionalizar e de justificar o crescente uso de intervenções farmacológicas. Reside aqui, podemos pensar, uma das razões pelas quais a “objetividade” era um paradigma a ser defendido com a realização de um manual descritivo e “ateórico” (Gaines, 1992, p. 9).

De acordo com Aguiar (2004, p.33), a psiquiatria psicodinâmica – tal como foi chamada a psiquiatria de orientação psicanalítica nos EUA - estava mais atenta em desvendar o sentido dos sintomas e sua relação com o desenvolvimento da história psicológica dos pacientes, do que em manipular diretamente os sintomas (com medicamentos, por exemplo), dando menos valor ao diagnóstico. Entendendo a doença como um processo, em vez de considerá-la como uma entidade universal, lidava com constelações de dinâmicas individuais e familiares e não exatamente com síndromes ou doenças. Diante disso, as discussões e os debates entre diferentes avaliadores eram muito intensos e cada vez mais afastados de uma medicina “objetiva” e biológica. Diante de tal impasse, o DSM III se propõe a romper radicalmente com o projeto dos DSMs anteriores, fundamentando-se em uma maior sistematização dos diagnósticos, baseada em critérios explícitos de inclusão e exclusão, que pudessem maximizar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico e facilitar a constituição de pacientes homogêneos.

“O DSM produz assim uma transformação na clínica psiquiátrica, onde a ênfase se desloca da análise do *sujeito* para o tratamento de *casos*. Enquanto os sujeitos são definidos por sua singularidade, os casos são constituídos pela sua semelhança na apresentação de sintomas. Em outras palavras, o DSM III produz na psiquiatria uma mudança de perspectiva, onde o foco passa dos *sujeitos singulares* para os *transtornos universais*”. (Aguiar, 2004, p. 61)

O DSM III procurou eliminar as explicações causais psicológicas, psicossociais ou psicanalíticas implícitas ou explícitas dos manuais anteriores²⁸. Os defensores do DSM III acreditavam que o foco biológico e objetivo eram mais ‘científicos’ e mais condizentes com o padrão médico, aumentando o status da psiquiatria na hierarquia médica.

Gaines (1992, p. 9) argumenta que semelhante acontecimento se deu no que diz respeito à estatística. Muito antes que os médicos soubessem como usar ou interpretar suas implicações, utilizavam estatísticas em discussões, publicações e entrevistas. Suas atitudes eram afirmações simbólicas que visavam a representar a medicina como moderna e científica. Constructos de bases biológicas dos transtornos mentais aparecem na psiquiatria de então comparável ao uso da estatística no último século. O autor defende que as explicações biológicas não são novidades, nem um produto de um progresso científico não referendado culturalmente. Estão relacionados a determinados sistemas culturais de ciência e de identidade étnica. Para ele, a adoção de um pensamento biologizante representa o apogeu, nos EUA, das conceituações psiquiátricas alemãs, do século XIX, do transtorno

²⁸ De acordo com Kutchins e Kirk (1997, pp. 41-47), há muitas razões pelas quais a Associação Psiquiátrica Norte-Americana decidiu propor o DSM III. Indubitavelmente, a demanda de que o homossexualismo fosse retirado do sistema classificatório dos transtornos mentais causava grande desconforto aos psiquiatras, especialmente após o protesto de manifestantes homossexuais na convenção anual da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA). A *desclassificação* do diagnóstico de homossexualidade como doença deve ser entendida dentro de um contexto mais amplo, do debate na APA, de eliminar as idéias psicanalíticas do entendimento dos transtornos mentais. De 1970 a 1973, intensos debates suscitaram a retirada da homossexualidade como doença no manual, permanecendo como patológica, a homossexualidade *ego-distônica*. É interessante ressaltar como algo é ou não considerado doença por votação, acentuando ainda mais o argumento de que as entidades nosológicas são culturalmente construídas.

mental. Estas idéias culturais foram defendidas por Spitzer e outros idealizadores e realizadores do DSM III. É relevante destacar que o aumento na pesquisa e nas especulações biológicas acontece com o rápido declínio de uma validação das semelhanças, entre as culturas, dos transtornos psiquiátricos.

“Em termos de diagnóstico, a identificação dos sintomas é transformada de uma interpretação simbólica de estresse a uma leitura de sinais de doença. Os médicos não olhariam mais para os sintomas como símbolos psicossociais, de estados desenvolvimentais ou conflitos intrapsíquicos como nos DSMs anteriores.” (Ibid, p.9)²⁹

A prática psiquiátrica, diante desta mudança paradigmática baseada em um sistema classificatório, deixa de focar um tratamento interpretativo, bem como tende a se distanciar da preocupação com o contexto psicossociocultural. O discurso biológico substitui o discurso fenomenológico. O paciente e sua doença tornam-se, cada vez mais, isomórficos.

Para exemplificar como o discurso biológico torna-se a chave mestra, tomemos o caso do Compêndio de Psiquiatria de Kaplan et al (1997). O transtorno depressivo maior, o transtorno distímico entre outros encontram-se descritos tais como aparecem no DSM IV. No entanto, há toda uma discussão sobre depressão e sua etiologia multifatorial pouco precisa, mas isso não é fator impeditivo no entendimento de um diagnóstico. Além disso, o DSM IV utiliza um esquema de classificação multiaxial consistindo de cinco eixos, cada qual devendo ser coberto no diagnóstico, conforme descrito a seguir.

²⁹ “In terms of diagnosis, the identification of symptoms is transformed from na interpretation of symbols of distress into a reading of signs of disease. No longer would clinicians gaze upon symptoms as symbols of psychosocial, intrapsychic conflicts or developmental states as with earlier versions of the DSMs.”

“O Eixo I consiste de todas as síndromes clínicas psiquiátricas (por exemplo, transtornos do humor, esquizofrenia, transtorno de ansiedade generalizada) e outras condições que possam ser um foco de atenção clínica.

O Eixo II consiste de transtornos de personalidade e retardo mental.

O Eixo III consiste de quaisquer condições médicas gerais (por exemplo, epilepsia, doença cardiovascular, transtornos endócrinos).

O Eixo IV refere-se a problemas psicossociais e ambientais (por exemplo, divórcio, ferimentos, morte de um ente querido) relevantes à doença.

O Eixo V relaciona-se à avaliação global do funcionamento exibido pelo paciente durante a entrevista (por exemplo, funcionamento social, ocupacional e psicológico), mediante a utilização de uma escala de avaliação com um escore contínuo de 100 (funcionamento superior) a 1 (funcionamento prejudicado)” (Ibid, p.271)

Segundo Kaplan et al (Ibid, pp. 303-304), quando uma condição biológica é causativa ou está causalmente relacionada a um transtorno psiquiátrico, um transtorno mental devido a uma condição geral é listado no Eixo I e a condição biológica é listada tanto no Eixo I quanto no Eixo III. Por exemplo, no DSM IV, um caso no qual o hipotiroidismo é uma causa de transtorno depressivo maior, a designação do Eixo I é *transtorno do humor devido a hipotiroidismo com características depressivas*, e o hipotiroidismo é novamente listado no Eixo III. Autores como Brendel (2006, pp. 127-130) argumentam que é questionável a possibilidade de destacar causas biológicas no Eixo I, mas não causas psicossociais, por exemplo. Estas últimas podem aparecer como elementos coadjuvantes, mas não determinantes.

Neste sentido, ainda que se pretenda “ateórica”, a nova classificação psiquiátrica “anti-psicanalítica”, o DSM III prepara o terreno para a emergência, ou melhor, a consolidação de uma psiquiatria biológica. A longo termo, assim como chega a colocar Nancy Andreasen, o objetivo é encontrar uma “penicilina para a doença mental” (Andreasen, 2001, pp. 9-10)

Desde a virada paradigmática do DSM II para o DSM III, forças tarefas compostas de psiquiatras constituíram o DSM III –R, DSM IV e DSM IV-TR. Por vezes, havia pouco intervalo de tempo entre os manuais. Por exemplo, a frequência com que os manuais eram atualizados, em sua maioria por psiquiatras mais ligados à pesquisa e não à prática clínica, impedia a utilização científica de descobertas para o aprimoramento do manual, uma vez que eram necessários anos para desenvolver e implementar estudos, com o objetivo de testar as categorias de cada manual revisado. As mudanças rápidas nos DSMs não tinham tempo para serem respaldadas por pesquisas cuidadosas. (Kutchins e Kirk, 1997, p.48)

Podemos supor que, mesmo sob a intenção de um modelo epistemológico baseado na “objetividade”, o que observamos é, desde o DSM III, um debate não mais acerca da causalidade dos transtornos (tais como no DSM I e no DSM II), mas um debate sim (o que significa que os critérios não sejam tão óbvios e objetivos assim) acerca da “descritividade” dos sintomas, a partir da inferência de um conjunto de psiquiatras, representantes ‘científicos’ do que seja anormalidade e normalidade para uma cultura. Indubitavelmente, trata-se de uma linha de raciocínio não muito bem recebida por certos psiquiatras, muitos com uma perspectiva biologizante, para os quais, dentro de uma perspectiva descritiva, estaríamos lidando com “ateoricidade”. Concordamos que não dar ênfase à causalidade faz com que, num jogo de figura e fundo, a descrição passe a ser figura. Mas, lá no fundo, há, inapercebida, uma visão teórica que tende a colar biologia com verdade absoluta e universal, conforme veremos melhor adiante. Nesta perspectiva, trata-se de negar a possibilidade de entender que, das ciências médicas, a psiquiatria é a que mais enfatiza a visão humanista e, das ciências humanas, é a mais médica. Tal tensão parece-nos não um fator de impedimento, mas propulsor de toda a sua riqueza teórica e clínica. Sendo assim, parece-nos despropositado acreditar que algum dia haverá “penicilina” para a doença

mental. Não estamos defendendo uma nostalgia que argumente o quão melhor poderia ter sido manter a influência psicanalítica. Mas, sim, entender como, em qualquer momento, o entendimento de uma patologia é circunscrito por seu contexto histórico-cultural. Tal debate é excluído, o que temos visto, em geral, é um alargamento exponencial do sistema classificatório, sob a roupagem de ‘objetividade’.

“A tentativa consciente de aumentar o seu status, de fazer a psiquiatria parecer mais moderna, segundo os defensores de uma determinada perspectiva, mostra que, de uma maneira diferente, uma dimensão simbólica permanece como sendo uma parte da nosologia profissional.” (Gaines, 1992, p. 9)³⁰

Com maior ou menor proporção, haverá sempre a interpretação, a leitura do psiquiatra funcionando no processo de diagnóstico e de tratamento de um transtorno mental.

O processo de mistificação, segundo Kutchins e Kirk (1992, p.178), da objetividade, da fidedignidade dos critérios diagnósticos, alcançou o seu apogeu no final dos anos 1970, sendo o DSM III, o seu primeiro produto. A partir de um sistema classificatório, o profissional de saúde mental passaria a dispor de dados mais “objetivos e fidedignos”. Contudo, dados qualitativos ou quantitativos não falam por si só. Precisam ser interpretados. Não existe ‘ateoria’ como não há 100% de neutralidade em uma avaliação.

De acordo com Mishara (*apud* Gupta e Kay, 2003, p.79), muito longe de ser etiologicamente despropositado, o diagnóstico psiquiátrico contém uma vertente teórica escondida.

³⁰ “The conscious attempt to enhance its status, to make psychiatry appear more modern, by the advocacy of a particular perspective shows that, in a different way, a symbolic dimension remains a part of professional nosology”

“O enfoque descritivo do DSM III-R ocultou sua fidelidade a um ponto de vista amplamente comportamental. Afinal, para o DSM III, é preferível minimizar as inferências sobre a subjetividade dos pacientes. (...) Os autores do guia de uso do DSM III afirmam que o DSM III é ‘fenomenologicamente’ descritivo. Tal afirmação é filosoficamente inexata. O enfoque descritivo do DSM III e do DSM III-R é mais apropriado chamar de comportamental.” (Ibid, p.79)³¹

Seguindo a linha de raciocínio deste autor, a partir do esforço de garantir a confiabilidade entre os diagnósticos dos psiquiatras, as versões do DSM, desde o DSM III, têm progressivamente aumentado os critérios diagnósticos comportamentais, com o argumento de que seriam “objetivamente” observáveis para quaisquer examinadores. Este enfoque teve como consequência o efeito de aniquilamento da experiência total do transtorno mental para a observação de determinados comportamentos observáveis. Neste sentido, iguala ‘transtornos mentais’ a ‘ transtornos comportamentais’ Se as avaliações psiquiátricas utilizam um processo diagnóstico baseado em uma nosologia comportamental, as avaliações não podem ser consideradas de todo etiológicamente ‘inocentes’ ou sem intenção.

Assim, o sistema classificatório dos transtornos mentais, do DSM III em diante, no intuito de ser objetivo, descritivo e ateuórico, passa a catalogar uma série de comportamentos e, a cada determinado conjunto deles, um transtorno mental específico. Trata-se de uma descrição de sintomas comportamentais que deve obedecer a determinados critérios, para atender os requisitos de um determinado diagnóstico. Sendo assim, pretende-se ateuórico ao apresentar um conjunto estável de categorias diagnósticas comportamentais,

³¹ “The descriptive approach of DSM III –R has concealed loyalties to a largely behavioral viewpoint. For DSM III –R it is preferable to minimize inferences about patient’s subjectivity...The authors of the DSM III training guide stated that DSM III is ‘phenomenologically descriptive.’ This claim is philosophically inaccurate. The descriptive approach of DSM III and II-R is more appropriately called behavioral.”

para, então, em um segundo momento, tratar de causalidade, o que já não estaria mais no seu âmbito (do DSM). Há um pressuposto descritivo que, no fim, acaba atendendo à demanda da medicalização. Ainda que, por exemplo, não se fale em “serotonina”, mas em “distúrbio de humor”, mostrando-se, a princípio, não colado a um fisicalismo reducionista, do DSM III em diante, tal fisicalismo acaba sendo corroborado.

2.2. A “carona” farmacológica

De acordo com Aguiar (2004, pp.49-71), o ato de diagnóstico sempre resulta no ato da prescrição. E segundo aponta, prescrição significa “indicação exata, determinação, ordem.” Assim, no ato de diagnosticar, o médico transforma seu paciente em um “caso”. Por exemplo, se surge no mercado um novo antidepressivo que tenha apresentado, nos estudos controlados, características favoráveis ao tratamento de depressão com sintomas de ansiedade, os médicos procurarão identificar, ao atender os pacientes deprimidos, aqueles que poderão ser possíveis indicações para o uso do novo medicamento.

“Nos anos 1960, ainda era possível que pesquisadores individuais conduzissem estudos com a população do hospital onde trabalhavam. Atualmente, os estudos com os medicamentos são multicêntricos e freqüentemente multinacionais, objetivando englobar um número cada vez maior de pacientes, e forçando os pesquisadores a utilizar uma terminologia comum. A terminologia adotada foi a do DSM III, tendo, como consequência, o estabelecimento da hegemonia americana na psiquiatria mundial.” (Ibid, p.62)

A preocupação em normatizar estudos com medicamentos surgiu após escândalos de estudos experimentais envolvendo medicamentos e seres humanos - como, por exemplo, em 1957, o fato da medicação conhecida como ‘talidomida’, lançada na Alemanha como sedativo e tranquilizante, ter gerado a estimativa de seis mil crianças nascidas com deformidades induzidas pela droga ingerida por grávidas.

O código de Nüremberg, de 1947, base dos atuais códigos de ética internacionais, surgiu como resultado de estudos, tais como os conduzidos pelo exército americano, sobre resultados da exposição à radiação, incluindo crianças; de experimentos médicos a que

foram submetidos os prisioneiros nos campos de concentração nazistas; e das conseqüências do nosso exemplo citado anteriormente: o uso da talidomida por mulheres grávidas, que só foram descobertas após a comercialização do medicamento. O Código de Nüremberg, portanto, é o início da regulamentação sobre proteção de seres humanos.

Em 1964, surge a Declaração de Helsinki, um marco internacional para a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos, introduzindo o conceito de “Comitê de ética independente”. A Declaração de Helsinki redigida e periodicamente revisada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) exige:

- Estudo baseado em princípios científicos amplamente reconhecidos.
- Estabelecimento de um protocolo escrito.
- Coordenação dos estudos por investigadores qualificados.
- Termo de consentimento assinado pelos participantes. (Woodin, 2004)

Sendo assim, tanto o DSM I quanto o DSM II, profundamente marcados pela psicanálise, ofereciam obstáculo por possuírem uma classificação diagnóstica muito pouco precisa aos critérios de participação em experimentos científicos. Conforme apontado por Aguiar (2004, p. 49), diversos fatores e forças contribuíram para a emergência do DSM III e para o alinhamento da psiquiatria ao modelo médico. Não se pode pensar, no entanto, que o campo de medicina se encontrasse estático, paralisado em um modelo ao qual a psiquiatria viria se ajustar. A medicina, no geral, também passava por suas próprias transformações. Desde a década de 1950, vinha sofrendo modificações que viriam a revolucionar o seu *modus operandi*. O DSM III, ao estabelecer critérios psiquiátricos padronizados, possibilitou à psiquiatria também caminhar nesse mesmo percurso de

transformação, qual seja, o resultado da intervenção cada vez maior da crescente indústria farmacêutica na medicina e na sociedade de modo mais amplo. Tratar-se-ia de uma “*verdadeira revolução*” (Healy *apud* Aguiar, *Ibid*, p. 49) ocorrida na história da medicina, a partir da Segunda Guerra Mundial, com o surgimento dos medicamentos modernos.

O DSM III é considerado, portanto, um marco no processo de “*remedicalização da psiquiatria*” (*Ibid*, p. 60). A influência da psicanálise no DSM II estimulava, de certa forma, a culpabilização dos fatores ambientais como, por exemplo, a criação dos pais no conflito psicodinâmico do paciente³². A emergência de uma psiquiatria biológica promoveu uma desculpabilização do ambiente e até do sujeito, afinal a depressão, por exemplo, passa a ser uma questão de “*balanço de neurotransmissores*”³³.

A depressão como é conhecida ou entendida em 1990, por exemplo, diz Healy (2000, p. 4), era assim totalmente desconhecida há 35 anos. Quando os antidepressivos foram “*descobertos*” ou “*inventados*”, a depressão era percebida como relativamente rara. Segundo o autor, a idéia de que deveria existir uma depressão que poderia ser tratada à base de drogas medicamentosas tinha que ser inventada, assim como a idéia de um “*antidepressivo*”.

Neste sentido, de acordo com Russo e Venâncio (2006), o DSM III implicou uma mudança de paradigma no conhecimento psiquiátrico vigente, tanto nos Estados Unidos quanto no contexto internacional em geral.

³² Lembremos o famoso jargão “*mãe esquizofrenizante*”. (Cf. F. Fromm-Reichman, 1952, p. 89)

³³ Nos Estados Unidos, principalmente, muitos seguros-saúde se recusam a reembolsar tratamentos de transtornos mentais sob o argumento de sua imprecisão diagnóstica, bem como a ausência de marcadores biológicos para a sua ancoragem. Em suas defesas, associações de familiares de portadores transtornos mentais lutam para que as tecnologias de imagem sirvam como um forte argumento para corroborar a tese de que as perturbações mentais são de fato distúrbios funcionais do cérebro e, portanto, possuem uma existência “*real*” determinável. A este respeito ver o *site* do *National Alliance for Mental Illness* (NAMI): www.nami.org. Cf. Venturi (2007, p.18)

“Nos anos 1970, a psiquiatria biológica voltou triunfalmente à cena, substituindo a psicanálise como paradigma dominante e trazendo de volta a psiquiatria ao seio das demais especialidades médicas.” (Shorter *apud* Russo e Venâncio, 2006, p. 461)

Com o intuito de obter a aprovação do governo para vender uma nova medicação, a indústria farmacêutica deveria, conforme dito anteriormente, conduzir ensaios clínicos com o novo produto, e documentar a sua eficácia em indivíduos com transtornos definidos e específicos. Se o diagnóstico entre avaliadores era questionável, dentro de uma psiquiatria psicodinamicamente orientada, tal como nos DSM I e DSM II, era difícil determinar a quem uma medicação poderia ser eficaz. Além disso, planos de saúde cobravam diagnósticos e pressionavam por uma relação mais clara e objetiva entre diagnóstico e tratamento. Isso enfatizava, portanto, a importância do diagnóstico. A vigência do sistema classificatório do DSM II e os déficits quanto à objetividade do mesmo tornavam-se cada vez mais evidentes.

Neste sentido, um manual diagnóstico classificatório e “ateórico” foi essencial para a “simplificação” dos critérios diagnósticos, e para sua aplicação em estudos experimentais a serviço da indústria farmacêutica. Ainda que do DSM III em diante não se fale em serotonina, etc, a existência de um perfil classificatório de um deprimido permite a “carona farmacológica”, servindo, também, como resposta “ateórica” e “objetiva”. Foi após a segunda guerra mundial que ocorreu a chamada revolução “silenciosa” da psicofarmacologia (Russo e Venâncio, 2006, p.463), que, em seu *início*, conviveu bem com o discurso e com a ideologia tanto psicanalítica quanto da psiquiatria progressista “antipsiquiátrica”, a do movimento contra os manicômios. Contudo, tal revolução deixará de ser silenciosa e mudará a face da psiquiatria. O seu marco inicial veio em 1952, através do teste inicial com o primeiro antipsicótico, a clorpromazina.

“Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a imipramina. Logo depois surge outro composto também considerado antidepressivo, o Iproniazid (IMAO – Inibidor de Monoamino-oxidase). No campo dos tranqüilizantes mais leves, surgiu em 1955 o Meprobumato, que seria comercializado como Miltown ou Equanil, conhecendo enorme sucesso. Em 1960, foi lançado o primeiro benzodiazepínico (também tranqüilizante e ansiolítico), o famoso Librium. Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepam (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como droga mais vendida nos EUA; e, 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos.” (Ibid, p. 463)

Neste sentido, a medicalização acaba sendo usada como o resultado do entendimento, que vem se firmando cada vez mais, de localizar a doença mental na fisicalidade³⁴ do corpo. Há uma diferença entre reconhecer correlatos físicos na vivência do sofrimento do paciente com um transtorno mental e em identificar tais correlatos com etiologia. É nesse contexto que podemos observar que há, atualmente, uma intensa expansão de um movimento de patologização, tendendo mais a um fisicalismo, em sua maioria das vezes, reducionista. Em outras palavras, há uma colagem direta na fisicalidade do corpo, resultando, pensamos, em um modo limitado de pensar a doença.³⁵ Por exemplo, no lugar de refletir sobre a experiência do estar deprimido, do que isso se trata, do “*What is it like to be depressed*”³⁶ como só apreensível através do relato do sujeito singular, e, ainda

³⁴ A identificação da patologia no espaço anatômico do corpo será melhor desenvolvida no capítulo 3, quando retomaremos à questão através de Foucault ([1963]2003).

³⁵ “Toda e qualquer disciplina ao eleger um objeto de estudo e os métodos com os quais pretende estudá-lo, opera um reducionismo metodológico, no sentido trivial do termo. O problema surge quando o reducionismo deixa de ser apenas metodológico para se configurar como um reducionismo ontológico e epistemológico.” (Wanderley, 2000, p. 36)

³⁶ Para o entendimento do jogo de palavras, vide NAGEL, Thomas. *What is it like to be a bat?* The Philosophical Review LXXXIII, 4 (October 1974): 435-50. Nesse artigo, Nagel argumenta que o conhecimento científico do sistema sonar do morcego proporciona informações interessantes sobre a sua

assim, impossível de correlacioná-lo com uma experiência exatamente idêntica a todos aqueles que são diagnosticados de deprimidos, ultimamente, muitas vezes, parece bastar o “*mise en scène*” da apresentação de uma imagem cerebral de um sujeito deprimido, por exemplo, para que o seu cérebro demonstre o que seja depressão. Assim, o pré-frontal menos oxigenado justificaria a falta de interesse, o embotamento afetivo e psicomotor, a falta de iniciativa de uma pessoa deprimida, etc. Identificando, muitas vezes, correlato neural com etiologia. Traz-se à cena o sujeito cerebral, deixando, muitas vezes, de lado, o sujeito “falante”, isto é, o sujeito com sendo efeito de uma linguagem. (Ehrenberg, 2004)

“Dizer que o sujeito é um efeito de linguagem é dizer que aprendemos a falar do sujeito sem necessitar de nenhum outro referente, exceto as palavras ou proposições que o definem. Posso falar de um sujeito apontando para seu *corpo*, *mas isto não é condição necessária para que se entenda o que quer dizer “um sujeito” ou “aquele sujeito.”* (grifos nossos) Nenhum dado anatômico ou funcional da realidade corpórea é imprescindível a uma descrição bem-sucedida do que é o sujeito.” (Costa, 1994, p. 22)

Afirmar a singularidade da experiência parece importar pouco para os critérios científicos- positivistas que visam à universalidade da ratificação de suas hipóteses. O conceito de depressão, nessa perspectiva, passa a ter um cunho atual objetivo, quando estabelece, no cérebro, a sua etiologia. Ainda que estudos de imagens propiciem correlatos neurais verificados em pessoas deprimidas, não provam que tais correlatos sejam sinônimos de etiologia. No entanto, a ampla divulgação das neurociências³⁷ estimula um fisicalismo

neurofisiologia, mas nada nos conta sobre como são suas experiências subjetivas. Aqui o autor discorre sobre a inacessibilidade do discurso de 1ª pessoa pelo o de 3ª pessoa, argumento esse oposto ao de Dennet (1991).

³⁷ Neste contexto, as neurociências aparecem como ponto chave para o entendimento dos processos de aprendizagem, dos comportamentos sociais, das disfunções neurológicas e mentais. Os critérios cerebrais,

reducionista e uma busca por um marcador biológico da depressão que acaba estimulando uma incauta superposição entre correlatos neurais e etiologia.

“Todos nós sabemos que fatos estabelecidos em um laboratório não são levados, imediatamente, ao conhecimento de todas as pessoas, e a todos os lugares. Devem passar por diferentes canais. No caso do cérebro, a história social inclui como se tornou um objeto de estudo em primeiro lugar e quais aspectos – conceitual, institucional e técnicos - fizeram parte da sua emergência como um fato. Alguns sujeitos que começamos a tomar como dados, por exemplo, os deprimidos, requerem atenção para as forças institucionais e sociais mais amplas, para que possamos compreender o porquê de procurarmos, no cérebro, a resposta.” (Dumit: 2003, p. 40)³⁸

Busca-se, atualmente, muitas vezes, tratar as doenças psiquiátricas como doenças neurológicas. Tal postura expressa o chamado “programa forte” da neurociência. De acordo com Ehrenberg (2004, p.130), podemos observar dois tipos de programas na neurociência, um programa « fraco » e um programa « forte ». O primeiro diz respeito ao avanço do tratamento de doenças neurológicas (Parkinson, Alzheimer, etc), e à descoberta de aspectos neuropatológicos de doenças mentais como as esquizofrenias. O programa « forte », por sua vez, identifica, filosoficamente falando, o conhecimento do cérebro e o conhecimento de si e, em um contexto clínico, julga poder fusionar neurologia e psiquiatria,

sociais e mentais acabam sendo fundidos no discurso neurocientífico, o qual gira em torno do conceito de sujeito cerebral. Em outras palavras, o cérebro surge como sendo uma espécie de ator social, um autor das ações que define o que é ser alguém, um representante do próprio sujeito. É nesse cenário que muitas doenças psiquiátricas são estudadas atualmente. Imagens cerebrais são utilizadas como argumentos e fatos. Ainda que seja questionável do ponto de vista científico, a ampla divulgação e validação cultural de critérios cerebrais fazem, hoje, das neurociências, um dos maiores impactos no estudo sobre as doenças psiquiátricas. (Cezimbra, 2006; Brendel, 2006; Dumit, 2004; Ehrenberg, 2004; Glannon 2007)

³⁸ “We all know that a fact established in a lab is not known immediately by everyone, everywhere. It must travel through specific channels. In the case of the brain, the social history includes how it came to be an object of study in the first place and what factors – conceptually, institutionally and technically – were parts of its emergence as a fact. Some human kinds that we are starting to take for granted, e.g. depressives, require attending to broader social and institutional forces in order to understand how it is that we look to the brain for an answer.”

ou seja, tratar as psicopatologias em termos neuropatológicos, e, quem sabe, a longo termo, permitir uma ação mais eficaz no cérebro, com o intuito de maximizar nossas capacidades de decisão e ação.

Neste sentido, o intuito é o de unir duas disciplinas que, com o estudo da histeria, no século XIX, haviam se separado. Como contraponto, lembremo-nos do exemplo de Oliver Sacks (1997), famoso *neurologista*, que mostrou a necessidade de uma investigação clínica sutil e de uma profunda compreensão psicológica dos pacientes neurológicos. Para ele, após a constatação de um distúrbio neurológico, através de exames apropriadas, deve-se procurar investigar como o indivíduo se definia antes do distúrbio e como se define após o mesmo. Cogitar a possibilidade de tratar tais doenças, sejam neurológicas ou psiquiátricas, como infecções é realmente plausível? Em outras palavras, a depressão, por exemplo, seria curada por um remanejamento da fisiologia cerebral? De qualquer forma, as neurociências produzem uma importante mudança na tradição da psiquiatria biológica das patologias mentais. As doenças mentais e neurológicas são suscetíveis de serem abordadas como uma única espécie de doença. Compreender o cérebro passa a ser essencial para compreender a nós mesmos. Cabe ressaltar que não desqualificamos o avanço científico das neurociências.

Assim,

“evidentemente as novas tecnologias de imageamento estão criando possibilidades infinitas de diagnóstico e tratamento em inúmeras áreas médicas. Os benefícios clínicos e terapêuticos são enormes e vão melhorar a vida de todos nós. Para isso, é necessário um reducionismo metodológico que percebe o corpo objetivamente. (...) Todavia, dada a enorme difusão e o sucesso midiático dessas tecnologias, as quais extrapolam o campo estritamente biomédico e se introduzem no campo sociocultural e jurídico, fornecendo modelos ideais de corpo e de subjetividade, é pertinente indagar acerca das conseqüências epistemológicas, antropológicas e socioculturais da visualização do interior do corpo, para além dos benefícios clínicos e terapêuticos. (Ortega, 2005, p.241)

De maneira geral, podemos afirmar que o avanço das neurociências parece reforçar a vertente biológica da psiquiatria.

“A ‘década do cérebro³⁹’ ultrapassou os anos 90. Dispondo de um instrumental cada vez mais sofisticado, neurocientistas têm sustentado que antes do final do século XXI os circuitos bioquímicos do cérebro humano terão sido totalmente mapeados. Na órbita das neurociências, a psiquiatria biológica ganha força e terreno a cada dia, arregimentando um número crescente de entusiastas. O fascínio que essa disciplina exerce sobre seus adeptos se deve, sobretudo, aos progressos da psicofarmacologia.” (Wanderley, 2000, p. 27)

E, nessa esteira, o processo de simplificação do diagnóstico aumentou o escopo, ou seja, ao retirar a dinâmica psíquica (DSM II), abriu definitivamente as portas para a psiquiatria biológica (DSM III em diante). Afinal, fazer propaganda do remédio é fazer propaganda do diagnóstico descritivo.

Não temos por objetivo ser a favor ou contra uma anti-medicalização. Contudo, cabe ressaltar que *“neurônios, sinapses, glândulas e genes provocam variados fenômenos, mas são inteiramente indiferentes quanto à significação que eles possam ter e irresponsáveis quanto a seus efeitos.”* (Bezerra, 1994, p.123)

³⁹ George Bush, presidente dos Estados Unidos, na proclamação 6158, declara a década começada em 1º de janeiro de 1990, como sendo a ‘década do cérebro’, enaltecendo o processo de mapeamento cerebral, e defendendo a necessidade de investimentos para a melhoria do tratamento de uma série de doenças cerebrais e de perturbações mentais, dentre as quais, os transtornos depressivos. Cf. Wanderley (2000, p.27)

2.3. “Wash your blues away”: a psiquiatria biológica e as “magic pills”

“Coquetel da felicidade” (Nabuco, 2007), uma recente matéria de uma revista de entretenimento e informação de grande circulação nacional, aponta para o uso abusivo de antidepressivos. Ressalta o quanto tais medicações têm sido “superprescritas”, estimulando uma séria “anestesia” geral de importantes sofrimentos que, se não negados, proporcionam as suas devidas elaborações. A matéria também diferencia a tristeza normal da depressão, a partir das entrevistas com psiquiatras, afirmando que o que vai determinar se uma pessoa precisa ou não de tratamento medicamentoso é a intensidade das manifestações e o fato da situação se “arrastar” indefinidamente. (Ibid, 203). Além disso, cita o livro “Felicidade Artificial” de um autor chamado Ronald Dworkin, um anesthesiologista americano que critica a falsa sensação de felicidade proporcionada pelos remédios.

“As pessoas conseguem não se sentir miseráveis, mesmo quando sua vida é miserável. (...) Quando tocamos uma chapa quente, sentimos dor e recuamos: não fosse pela dor, continuaríamos tocando a chapa. O medo e a infelicidade são igualmente protetores. Eles nos sinalizam que há algo de errado.” (Dworkin apud Nabuco, Ibid, p.202)

O aumento de drogas psicotrópicas, que alteram o comportamento e o humor estaria, portanto, segundo esse autor, gerando uma multidão de alienados, enaltecendo o dogma da sociedade contemporânea que é a obrigação de ser feliz. Além disso, deixa subentendido que o tratamento medicamentoso seria superficial, enquanto o psicanalítico, profundo e verdadeiro solucionador das questões manifestas e latentes. Vejamos o depoimento de uma das mulheres entrevistadas.

“Em três ocasiões, a bióloga Mariana, de 32 anos, separada, duas filhas, buscou refúgio nos antidepressivos. A primeira vez foi quando o psiquiatra do marido lhe receitou fluoxetina. Os dois tinham uma relação difícil, ela foi ao consultório para fazer terapia de casal e saiu com a receita do remédio. ‘ Tomei por 4 meses, me sentia bem. Mas, quando algo me irritava, a explosão era desproporcional’. Na gravidez da segunda filha, enfrentou uma depressão leve e seu obstetra lhe prescreveu cloridato de sertralina (Zoloft). Tomou na gestação e nas primeiras semanas após o parto. ‘ Como o nenê chorava o dia inteiro (...), preocupada por amamentar, parei de vez. Durante 15 dias passei mal.’ Mariana procurou outro psiquiatra que prescreveu escitalopram (Lexapro). ‘Usei por um ano. Fiquei passiva, nada me abalava. Soube que meu marido me traía e nem reagi. Com a ajuda da *psicanálise* (grifos nossos), fui percebendo que vivia de mentirinha. Estava anestesiada. Resolvi pôr um ponto final: larguei os remédios aos poucos. Quando voltei a ser eu mesma, pedi a separação. Dói, mas quero sentir essa emoção.(...) Chega de me iludir.” (Ibid, p. 202)

Peter D. Kramer, autor de “Ouvindo o Prozac: uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a “pílula da felicidade” (1994), defende o quanto o lançamento da medicação antidepressiva, em 1987, proporcionou uma revolução no tratamento dos pacientes deprimidos.

“Ouvindo o Prozac do psiquiatra Peter D. Kramer, anuncia uma revolução na ciência do eu. Maria toma o Prozac porque está deprimida; Júlia toma porque não sabe quem ela é; quando João toma a droga, sente-se ‘melhor do que nunca’. Quatro milhões e meio de americanos já tomaram este antidepressivo desde que foi lançado; no Brasil, o resultado tem sido o mesmo: muitos se tornaram mais confiantes, populares, mentalmente ágeis e emocionalmente equilibrados.” (Kramer, 1994, contracapa)

O que geralmente observamos é o quanto a atitude de prescrever medicações, muitas vezes indiscriminadamente, tende a expressar a necessidade atual da psiquiatria de parecer mais objetiva e menos obscura, tal como era considerada na época de sua grande influência psicanalítica. Por outro lado, em geral, a apreensão pela sociedade parte do

pressuposto de que se trataria de pílulas mágicas, que lavariam nossas tristezas e mal-estares emocionais, banalizando, assim, a utilização dos psicotrópicos. Estaríamos “alienados” e, de certa forma, imunes às mazelas da vida.

Segundo Swain (1987), entre a produção artificial do transtorno mental e a intervenção química sobre os distúrbios das funções superiores, nossos conhecimentos têm sido aprofundados e refinados de maneira prodigiosa. Por outro lado, é impressionante constatar quão pouco, até o presente, tais conhecimentos ultrapassaram os termos absolutos da problemática, tal como esta se estabeleceu na segunda metade do século XIX. Tomemos como referência os anos 1840-1850: de um lado, a alienação mental artificial, o haxixe de Moreau de Tours; do outro lado, a descoberta dos anestésicos (o éter) e sua repercussão sobre a psiquiatria. Um século mais tarde, nos anos de 1950, o surgimento da clorpromazina, e de seus derivados, veio em linha direta deste tipo de pesquisa sobre anestesia e hibernação.

A referida autora não toma o problema do acesso químico às doenças mentais pelo seu lado da ciência, ou seja, com as exigências de rigor, de precisão e de verificação que isto implica, mas sim, pelo lado dos *utilizadores* da ciência, do lado daquilo em que se transformam os produtos da pesquisa em mãos dos clínicos e em favor de suas convicções e interesses, do lado daquilo que, por intermédio deles, a sociedade faz. E, desse lado, diz Swain (Ibid, p.3), o mínimo que se pode dizer é que “*não é o rigor que reina*”.

A partir de uma análise histórica dos psicofármacos, Swain (Ibid) propõe a análise de alguns paradoxos. O primeiro paradoxo diz respeito à ‘reserva sobre a onipresença’, ou seja, os psicofármacos são aquilo que mais se utiliza e do qual menos se fala, exceto quanto aos serviços universitários voltados eletivamente à pesquisa neste domínio. A autora, no caso, faz referência à prática cotidiana.

“É preciso considerar, de modo a melhor medir a estranheza do fenômeno, que a psiquiatria é uma profissão eminentemente reflexiva, onde se tem o hábito de meditar sobre o assunto. Mas, sobre o emprego da terapêutica de base: quase nada. Basta comparar com as montanhas de literatura consagradas às diversas psicoterapias e à prática institucional. (...)Praticamente ninguém se pergunta ou estuda como os psicofármacos são concretamente prescritos e consumidos. Estamos diante de substâncias sobre as quais todo o mundo está de acordo em dizer que elas mudaram as condições de exercício da psiquiatria. Mas tudo se passa como se o exame dos usos reais não apresentasse qualquer interesse. Ora, sem nos causar surpresa, esta ausência de auto-observação e de auto-controle recobre os fatos de uma considerável anarquia.” (Ibid, pp. 3-4)

Os poucos estudos disponíveis acabam atestando tal anarquia. Segundo uma sondagem elementar realizada junto a uma série de farmacêuticos hospitalares (Ibid, p.4), a variação de doses de uma medicação, entre um serviço e outro, com vistas a obter um mesmo efeito, varia habitualmente na proporção de 1 a 5, quando, não, entre 1 e 10. Em outras palavras, o uso que se faz da medicação é, de alguma forma, subjetivo, no sentido de que há toda uma inferência clínica particular das associações dos produtos que cada prescritor coloca em prática. A autora denuncia o que julga ser uma ausência de protocolos de medicação em psiquiatria, que, quando existem, não são cumpridos. O problema não é apenas o fato de muitos estarem trabalhando ‘às cegas’, diz Swain (Ibid, p.4), mas, sim, que estes que assim o fazem, no fundo, acomodam-se a essa situação sem que isso lhes choque.

Utiliza-se, no paradigma da psiquiatria biológica, diga-se de passagem, a mesma argumentação dos defensores de uma psiquiatria sob a influência paradigmática da psicanálise: a experiência do profissional que, segundo ela, aqui também não se sustenta.

“(...) o que é uma experiência que não se desenvolve sobre uma análise de dados, sobre comparações de toda ordem, sobre números significativos, sobre períodos suficientes de tempo – e isto quando existem dados?” (Ibid, p.4)

Não é difícil, portanto, entender a superprescrição ou a falta de critérios na prescrição dos psicotrópicos, resultando numa banalização da medicação psiquiátrica, tal como foi apontado por nós, anteriormente, no exemplo do uso de antidepressivos. (Nabuco, 2007). Neste sentido, ainda que a classificação psiquiátrica, a partir do DSM III, dê sustentação a um paradigma biológico da psiquiatria, e, apesar de um veemente empenho da indústria farmacêutica, a biologia que sustenta a perspectiva biológica da psiquiatria ainda está para ser consolidada. Isso não impede que o seu discurso funcione, ainda que seus fundamentos sejam frágeis. (Aguar, 2004)

O segundo paradoxo apresentado por Swain (1987) diz respeito à constatação de que a penetração prática dos psicofármacos se deu sob sua negação teórica. O momento em que os neurolépticos, depois os antidepressivos, difundem-se generalizadamente na prática psiquiátrica, transformando-a, é também aquele em que a orientação psicanalítica e a vertente institucional se tornam intelectualmente dominantes no campo⁴⁰. A autora argumenta que se fazia uma coisa como homem da ciência e de campo: prescrevia-se neurolépticos e antidepressivos, enquanto se interessava por outra coisa na posição de intelectual ou de ator social. O conteúdo do paradoxo, segundo Swain, pode ser melhor precisado se o esquematizarmos ao limite: *“pratica-se tanto a farmacoterapia quanto a psicoterapia, mas só se fala de psicoterapia, porque este é o objeto cultural digno ao passo que o outro é inconfessável.”* (Ibid, p.5)

⁴⁰ Lembremo-nos, conforme já apresentado anteriormente, que foi após a segunda guerra mundial que ocorreu a chamada revolução “silenciosa” da psicofarmacologia (Cf. Russo e Venâncio, 2006, p.463), que, em seu início, conviveu bem com o discurso e com a ideologia tanto psicanalítica quanto da psiquiatria progressista “antipsiquiátrica”, a do movimento contra os manicômios. Contudo, tal revolução deixará de ser silenciosa e mudará a face da psiquiatria. O seu marco inicial veio em 1952, através do teste com o primeiro antipsicótico, a clorpromazina.

Nesta perspectiva, a penetração dos psicofármacos tornou possível e patrocinou a dominação das correntes psicoterápicas. Foi da ação deles que veio em grande parte a acreditação das doutrinas que repudiavam a organogênese das doenças mentais, no sentido de que a psiquiatria biológica, segundo a autora, teria feito mais o jogo do seu adversário do que o seu próprio. O paradoxo seria que “*um progresso do poder sobre o corpo produziu a expansão de uma crença nos poderes da mente.*” (Ibid, p.5)

Indubitavelmente, a psicanálise possuía credenciais próprias ao sucesso cultural, totalmente independentes desse suporte biológico. Contudo, é razoável sustentar que não teria obtido a penetração que teve no interior do meio psiquiátrico sem o apoio *velado* oferecido pelos psicofármacos.

“E isto por meras razões práticas, por conta da acessibilidade terapêutica que estes (psicofármacos) abriram aos pacientes dos quais se podia agora pensar em teoria que os seus casos decorriam da psicogênese, mas cujo tratamento concreto colocava questões praticamente insolúveis. (...) A penetração intelectual da psicanálise na linha de frente das psicoses acompanha a penetração dos neurolépticos e a chegada dos antidepressivos no mercado (...) Seria necessário um idealismo bem sumário para se desconhecer o papel que a química representou na base dessa conversão, simplesmente deslocando as fronteiras do *praticável* e multiplicando as possibilidades da relação discursiva com os doentes mentais” (Ibid, pp.5-6)

Nesta perspectiva, os psicofármacos teriam não só facilitado a abordagem psicanalítica, sobretudo com pacientes psicóticos, mas, também, possibilitado externalizar o cuidado em relação às suas pesadas instituições tradicionais. Não se trata de um elemento que funciona como causa, mas de uma interação entre uma demanda pré-existente (a de desinstitucionalização) e uma ferramenta nova (os psicofármacos). Em outras palavras, o projeto psiquiátrico com uma série de iniciativas sociais já existia, mas foram necessárias

duas coisas para que tomasse corpo: o instrumento medicamentoso em primeiro lugar e a pressão social.

A História da Loucura, de Michel Foucault (1972) tornou-se um dos grandes marcos na influência e na transformação eficaz do sistema de cuidados psiquiátricos.

“Agora que as paixões se acalmaram, que os detratores da ‘camisa de força química’ de célebre memória de certa forma se resolveram e que o temor dos vândalos da contestação não passa de uma lembrança, pode-se propor essa conclusão pacificadora: a modernização em certa medida alcançada pelo sistema psiquiátrico francês⁴¹, feitas todas as contas, terá suposto a aliança e a sinergia dos neurolépticos com a antipsiquiatria.” (Swain, 1987, p. 7)

Uma medicação anti-psicótica ‘retira o paciente do surto’, e isso é constatável e reproduzível. Por outro lado, o chamado efeito rebote do uso dos psicofármacos parece certo. Afinal, para que serve insistir na especificação fina do transtorno mental, quando se dispõe de instrumentos que propiciam eficácia muito mais panorâmica, do que as categorias clínicas herdadas, e que não exigem senão orientações globais? Para que entender a fundo a psicodinâmica de um paciente psicótico, para ‘retirá-lo de um surto’, quando um ‘haldol’ pode fazê-lo? Basta reconhecer a lista de categorias comportamentais que corresponda a um surto psicótico, no caso de nosso exemplo, e pronto.

“Foi da terapêutica que veio essencialmente o declínio da clínica clássica e da preocupação nosográfica. Novamente um belo exemplo, portanto, de convivência do diabo com o Bom Deus.” (Ibid, p.7)

⁴¹ Aqui cabe a extensão de tal reflexão para além do território francês.

Eis, portanto, as duas revoluções na psiquiatria. A primeira diz respeito ao advento da psicofarmacologia, dando ensejo à consolidação de uma visão biologizante do sofrimento humano. A segunda teve o seu marco inaugural com a publicação do DSM III, em 1980, ao descartar a influência de uma perspectiva psicanalítica, adotando a premissa (Vertzmann *apud* Wanderley, 2000, p. 28) “*de que para se chegar às verdadeiras causas se deve partir das conseqüências*”. Baseando-se, portanto, na sistematização dos efeitos, os quais devem ser observados de forma clara, comprovada e objetiva, promovendo a “*revolução do diagnóstico psiquiátrico no final do século*” (Costa e Silva *apud* Wanderley, 2000, p.28).

Vimos, de seu início, da história da psicofarmacologia convivendo com a contextualização dos sinais e sintomas do paciente, seja pelo viés psicodinâmico e/ou social. Com o advento do DSM III, a carona farmacológica é para uma linha reta que visa à aspiração de objetividade, pela ênfase em sinais e sintomas descontextualizados. Entidades nosológicas, conforme já discutido em outro momento, são constructos culturais, e a própria idéia corrente de que possam ser ‘descobertas’ na natureza já é resultado de uma determinada construção cultural (Serpa, 1994, p.489)⁴²

A psiquiatria medicalizou-se instalando-se ao lado da medicina. Contudo, “*a alienação mental resiste a ser assimilada a uma doença como as outras, a ser justificada pela mesma medicina que as outras*” (Swain, 1987, p. 8). Nesse sentido, uma psiquiatria estritamente medicalizada não pode constituir senão um dos pólos do campo psiquiátrico. Geralmente, os psicofármacos agem sobre os episódios agudos. Mas há um resto que pesa, e muito, necessitando a presença de um pólo de assistência de longo prazo aos doentes

⁴² Cf. Wanderley (2000)

mentais durante a totalidade de sua existência. Ou seja, medicar não deveria ser um fim em si mesmo.

“Os sintomas, certamente, desaparecem, mas a organização profunda da personalidade que os sustenta, esta, permanece intocada. Portanto, deve ser porque o fundo da doença mental diz respeito a uma outra análise. (...) O que deveríamos ter como prioridade depois dos trinta anos de desenvolvimentos contraditórios que vivemos é uma reflexão unificadora e uma rearticulação prática. Em todo caso, se há uma conclusão que parece se impor (...) é que o *pluralismo empírico* permanece a nossa única linha racional de conduta.” (Ibid, pp. 11-12)

A “magia” da psiquiatria residiria, não nas “magic pills”, mas na ponte estabelecida entre sua vertente médica e humanista. Uma via, portanto, de mão dupla (Cf. Aguiar, 2000; Brendel, 2006; Glannon, 2007; Roberts, 2000). Indubitavelmente, não se pode colocar, em um mesmo plano teórico e clínico, psicanálise e psiquiatria biológica. Não cabe dentro dos objetivos deste trabalho discutir sobre os estatutos do mental ou do biológico na clínica. Mas, sim, o quanto, representados pelos paradigmas da psicanálise e da psiquiatria biológica respectivamente, serviram como pano de fundo às classificações psiquiátricas que inspiraram e retroalimentaram. Passaremos, no próximo e último capítulo, através do conceito de depressão, a analisar a questão do diagnóstico em medicina, em geral, e em psiquiatria, e o deslocamento de uma psiquiatria de orientação psicanalítica (DSMI e DSMII) para a psiquiatria biológica (DSM III em diante).

Capítulo 3. A Classificação diagnóstica da depressão.

3.1. A questão do diagnóstico na medicina em geral e em psiquiatria

Na área médica, para um instrumento diagnóstico ser considerado *ideal*, é necessário poder identificar e isolar um sinal patognomônico da doença. É preciso, portanto, reconhecer um sinal específico de determinada doença, ou seja, por exemplo, apontar um marcador biológico que lhe seja específico, permitindo estabelecer uma distinção precisa entre aquela que acomete o paciente de outras que apresentem sintomas semelhantes. Conseqüentemente, o modelo ideal da medicina moderna, cujas características abordaremos adiante, através de Foucault ([1963] 2003), é o da Infectologia, no sentido de que, quando não é possível estabelecer uma causalidade direta, é através de determinados marcadores biológicos, e em relação a uma média encontrada na população, que se dá a distinção entre doença e “normalidade.”⁴³ Neste contexto, uma boa ferramenta diagnóstica é aquela que torna possível o estabelecimento do diagnóstico “*sem que seja preciso se basear unicamente na narrativa do paciente.*” (Aguiar, 2004, p. 74). É o caso do teste de detecção dos anticorpos anti-HIV da AIDS. Sendo assim, através de métodos objetivos, encontram-se marcadores estáveis, específicos e objetivos, nos pacientes que são acometidos por doenças, como, por exemplo, a AIDS.

“A identificação de marcadores biológicos constitui uma transformação radical na medicina moderna e resulta do papel cada vez mais relevante que a tecnologia vem assumindo na produção do conceito de doença na medicina. Antes do século XVIII, a medicina se baseava inteiramente na narrativa do paciente. A crescente

⁴³ Por exemplo, na infectologia, utiliza-se um exame chamado PCR, a fim de verificar o nível de infecção do paciente. A correlação entre nível de infecção, tipo de bactéria e condição clínica do paciente resulta na escolha de determinado antibiótico e sua respectiva dosagem.

instrumentalização da medicina, a partir do século XIX, fez com que os médicos dependessem, cada vez menos, do relato dos pacientes.” (Ibid, p. 74)

Para tratar desse processo de ‘instrumentalização da medicina’, vejamos como Foucault ([1963] 2003) aborda o nascimento da clínica, fazendo os contextos e as condições que viabilizaram diferentes formas do entendimento médico se apresentar ao longo do tempo⁴⁴.

No século XVIII, a então medicina clássica era conhecida também como medicina classificatória. Nesta, a doença – antes de ser tomada na espessura do corpo humano - recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies. Aqui, a preocupação médica é definir a doença pela estrutura visível, identificando sua essência. Classifica-se, portanto, a doença em um quadro de semelhanças, não pondo em jogo a localização no corpo. Como num estudo botânico ou numa árvore genealógica, o quadro nosológico se configura a partir de envoltórios, subordinações, divisões e semelhanças. A doença é percebida em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante. Foucault propõe a metáfora do retrato. “*A estrutura principal que a medicina classificatória se atribui é o espaço do perpétuo simultâneo. Tábua e Quadro*”. (Foucault, [1963] 2003, p. 5)

O que diferencia uma doença de outra é mais o seu afastamento em termos de grau de semelhança do que o afastamento lógico temporal da genealogia. Cada doença tem a sua essência, o seu ordenamento e, tal como na botânica, pertence a uma espécie. Assim como

⁴⁴ A fonte secundária da análise do “Nascimento da Clínica”, de Michel Foucault, é o trabalho (sem publicação) “*O nascimento da clínica: V'accouchement por Foucault*”, de minha autoria, apresentado como avaliação final da disciplina “Fundamentos e Conhecimentos da vida”, ministrada pelo Prof. André Rios (IMS/2006)

uma planta cresce, floresce e perece, a doença também possui uma ordem natural comum àquela encontrada na vida. As doenças são classificadas pela comparação de sintomas. Mesmos sintomas equivalem a mesmas essências.

Neste contexto, o doente é visto como uma perturbação para o médico, visto que, com a sua singularidade, atrapalha o médico no que concerne ao conhecimento da essência da doença. Para conhecer a verdade da doença, o médico deve abstrair o doente. Inclusive, o médico também pode atrapalhar o conhecimento da doença, caso não atente para a importante observação da evolução da doença, administrando um remédio muito cedo, por exemplo. O remédio, nesse caso, pode contradizer e confundir a essência da doença, impedindo-a de aceder à sua verdadeira natureza. Fazendo-a irregular, torna-a intratável.

O paciente é o olhar de superfície do médico, o seu objeto é o espaço de classificação das doenças. Há, entre a doença e o corpo humano, pontos de contato bem situados, mas trata-se de setores em que a doença segrega ou transpõe suas qualidades específicas.

“O cérebro dos maníacos é leve, seco e friável, na medida em que a mania é uma doença viva, quente, explosiva; o dos tísicos será esgotado e lânguido, inerte, exangue, na medida em que a tísica se alinha na classe geral das hemorragias. O conjunto qualitativo que caracteriza a doença se deposita em um órgão que serve então de suporte aos sintomas. A doença e o corpo só se comunicam através do elemento não espacial da qualidade.” (Ibid, p.12)

Outra característica importante é que o doente deve ser visto no seu habitat natural, devendo ser observado no leito em sua casa, de maneira a atrapalhar o menos possível a classificação da doença. Isso porque, quanto mais complexo se torna o espaço social em

que a doença se encontra, mais se “desnaturaliza”. O hospital, como a civilização⁴⁵, é um lugar considerado artificial em que a doença corre o risco de perder seu aspecto essencial. Nenhuma doença no hospital é pura, mas junto à família, tende a desenvolver melhor a sua essência, e chegar ao seu fim natural: a morte, inevitável, se assim tiver que ser, ou a cura, possível, caso nada venha perturbar sua natureza. Trata-se de uma medicina privada a um doente privado. Era preciso que o Estado dispusesse de médicos competentes à luz da medicina classificatória para dar conta dos doentes, evitando o distanciamento destes de sua família. Não sendo possível encontrar apoio em uma estrutura coletivamente controlada que recobrisse a totalidade espacial, entra-se em uma forma inteiramente nova, e mais ou menos desconhecida no século XVIII, de espacialização institucional da doença, representada na sua figura principal: o hospital. Nesta fase institucionalizada, a medicina das espécies não se sustentará. Nasce a medicina moderna.

A clínica moderna, segundo Foucault, nasceu de rupturas, dizendo respeito a outro objeto. Deriva de um recorte em um novo domínio. Desloca-se de um espaço de representação, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo, real, profundo; de um espaço de configuração da doença como espécie nosográfica (vista como essência), para o espaço de localização da doença: o espaço do corpo, do organismo de cada doente. Nesse deslocamento, emerge uma nova linguagem. Em outras palavras, a transformação incide sobre o modo da existência do discurso médico, no sentido em que este não se refere mais às mesmas coisas, nem se utiliza da mesma linguagem.

A medicina, segundo Foucault, mudou radicalmente na revolução francesa, com conseqüências importantes para o hospital. Enquanto que o saber médico anterior baseava-

⁴⁵ “Antes da civilização, os povos tinham as doenças mais simples e mais necessárias.” (Ibid, p. 17)

se no aprendizado de teorias por livros, a revolução francesa liberou o pensamento médico: os médicos puderam enxergar claramente.

Com o advento do hospital, com a demanda do Estado de cuidar dos pobres e trabalhadores, o saber se institucionalizava. A clínica adquiria novos conhecimentos que eram estendidos aos “ricos”, que, por muito tempo, continuavam sendo tratados em casa. É interessante observar o quanto a relação médico-paciente, na medicina classificatória, era mais intimista, no sentido do saber não estar ainda fortemente atravessado pelas instituições, seja hospitalar, ou universitária. Tal intimidade era mantida para os ricos, ainda que dispendo dos conhecimentos possibilitados pela institucionalização do saber.

De qualquer maneira, cabe aqui reforçar a ressalva de Foucault, quanto ao marco epistemológico que aponta a mudança na medicina no século XIX: a análise do corpo humano através da abertura dos cadáveres. O olhar do médico passou a ver a doença identificada com o corpo adoecido, e não só como uma essência própria. Em outras palavras, a doença não é mais uma “entidade” a habitar a corporeidade do doente, e, conseqüentemente, a localização da patologia como expressão da fisicalidade do corpo é progressivamente cada vez mais acreditada no meio médico. Aqui nasce a medicina moderna.

O referido autor diferencia, portanto, três clínicas: a protoclínica (século XVIII), a clínica (final do século XVIII) e a anatomoclínica (século XIX).

A protoclínica tem uma função eminentemente pedagógica. Não produz conhecimento novo. É uma maneira de apresentar o conhecimento da medicina classificatória. O doente serve para exemplificar a doença. Fala-se desta, conforme visto, a partir do quadro nosográfico, classificatório, e não a partir dos sintomas do doente, do corpo dele.

A clínica é a primeira tentativa de fundar a percepção (no olhar). O olhar que observa não quer apenas buscar elementos para ilustrar. É produtor de conhecimento. Abole-se a diferença entre sintoma e doença. Aquilo que se conhece da doença é o sintoma, não a essência. Uma doença passa a ser o conjunto dos sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar.

Neste contexto, o sintoma é o signo da doença, revelando a natureza dela. A clínica transforma o sintoma do doente em signo da doença. Foucault aponta que modificações no solo epistemológico do início da modernidade permitem utilizar modelos extraídos da analítica da linguagem e do cálculo.

Já no século XIX, aparece a anatomoclínica, surgindo como a grande ruptura, segundo Foucault, na história da medicina moderna. Pensamos que rompe, se considerarmos a mudança de ênfase no olhar. Mas pensamos também em continuidade, ao considerar os passos que são dados com a inserção cada vez mais forte de um saber institucionalizado.

De qualquer maneira, Foucault concebe a anatomoclínica como ruptura, sendo uma fusão da clínica com a anatomia patológica. A anatomia dos cadáveres não foi utilizada antes, segundo o autor, porque o solo epistemológico anterior não oferecia condições para tanto. Em outras palavras, não que as dissecações fossem antes proibidas, mas o que lá estava “não tinha o devido olhar para enxergar”.

A medicina dos sintomas cederá lugar para a medicina dos órgãos. Chegamos à idade de Bichat. A investigação sobre os tecidos do corpo humano permitirá uma nova classificação, uma nova configuração do corpo. Logo, pensamos que se trata de ruptura e de continuidade. Ainda que rompa, traz uma roupagem diferente à contínua demanda médica de classificar. No século XIX, surge o doente como algo corporal e analítico,

clínica e anatomia incorporam-se. Em outras palavras, o olhar clínico mistura-se com a anatomia que estuda as alterações dos tecidos. Cria-se, portanto, um novo espaço de percepção médica, qual seja: o corpo é equivalente aos seus sintomas (superfície), já o doente equivale aos seus tecidos (profundidade). A doença se localiza no corpo. A lesão dos tecidos explica os sintomas. Para diagnosticar a doença, o olhar médico deve penetrar verticalmente no corpo. Assim sendo, a doença deixa de ser uma espécie natural, vista botanicamente, como na medicina classificatória. Ela passa a ser uma realidade articulada com a vida. Transforma-se em forma patológica da vida, desvio interno da vida. A doença, portanto, nada mais é do que um movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante. Reside aí a causa do patológico, uma vez que não há doenças essenciais, nem essências das doenças.

Com a abertura dos cadáveres, a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica, e a doença pôde se desprender da contranatureza e ser considerada no corpo vivo dos pacientes. Neste contexto, cada vez mais a fisiologia torna-se importante, havendo uma correlação contínua e objetivamente fundada entre o *visível* e o *enunciado*. Considerava-se também a influência dos agentes externos. A impressão que se tem é a de um olhar que se tornava cada vez mais panorâmico e mais próximo da “verdade” da doença.

“Definiu-se então um uso absolutamente novo do discurso científico: uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência – dizer o que se vê; mas uso também de fundação e de constituição da experiência- fazer ver, dizendo o que se vê. (...) a fórmula de descrição é, ao mesmo tempo, gesto de desvelamento, que implicava, como campo de origem e de manifestação da verdade, no espaço discursivo do cadáver.” (Foucault, [1963]2003, p. 226)

Por outro lado, com a análise das febres, a identificação lesional é considerada como a “sede” da doença, sendo tão somente a sua inserção espacial, pois são as outras manifestações mórbidas que designam sua essência. Logo, as coisas não eram tão claras para quem avaliava só de forma lesional, era preciso considerar que havia doenças sem nenhuma lesão, as quais, na época, eram as febres e as neuroses.

Neste contexto, a análise das febres, pelo fracasso na procura das lesões, reencontrava uma forma de análise classificatória. Sua espécie – e não sua sede, nem sua causa – determinavam a natureza da febre. O fato de ter ou não um foco localizável não era o primordial. *“Paradoxalmente, o interesse dos anátomo-patologistas dava novo vigor à idéia classificatória.”* (Ibid: 202)

Passa-se a considerar febre e febres. E, com a análise concomitante da localização do corpo e da “essência” das doenças, chegamos à compreensão da medicina fisiológica. O olhar médico deve observar a organicidade antes da lesão, de acordo com os distúrbios funcionais e seus sintomas. Não fazê-lo corresponderia a, por exemplo, considerar o estômago independentemente da digestão.

A medicina passa, então, a considerar não só a observação das relações dos órgãos humanos uns com os outros, mas também das relações dos homens com as modificações externas, pois se verifica o aumento, por exemplo, de ação irritante provocada por “corpos ou objetos vivos ou não vivos” (Ibid: 217) , os quais entram em contato com os tecidos. Neste sentido, desaparece o “ser” da doença, uma vez que esta nada mais é do que um movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante: aí está a essência do patológico, pois não mais existem, conforme dito anteriormente, doenças essenciais ou essências das doenças. É preciso buscar na fisiologia os traços e as marcas características

das doenças, e elucidar o dano aos órgãos por elas acometidos. Trata-se de uma medicina dos órgãos.

A partir de então, o olhar médico só pousará em um espaço preenchido pelas formas de composição dos órgãos.

“Acabou o tempo da medicina das doenças: começa uma medicina das reações patológicas, estrutura de experiência que dominou o século XIX e até certo ponto o século XX, visto que, não sem modificações metodológicas, a medicina dos agentes patogênicos nela virá se encaixar.” (Ibid, p. 221)

A forma de equilíbrio na medicina moderna anatomoclínica é encontrada com a consideração de todos esses pontos de avaliação: localização, fisiologia, onde tudo se rendia à identificação da doença com o corpo adoecido. Assim, de acordo com Aguiar (2004, p. 75), do estetoscópio, passando pelo eletrocardiograma, pelas análises clínicas e laboratoriais até chegar aos sofisticados equipamentos de ressonância nuclear magnética, a tecnologia, que visa a entender o corpo humano e sua fisiologia, vem firmando-se como o vetor principal de constituição da medicina. A tecnologia, cada vez mais, vem tomando o lugar do paciente, a base de conhecimento do conceito de doença.

A psiquiatria, o estudo dos transtornos ou das doenças mentais, não se adequa perfeitamente à lógica do modelo da medicina moderna, face às considerações expostas, até o momento, através de Foucault ([1963] 2003). Por mais que se busquem marcadores biológicos, esses não podem ser considerados patognomônicos a exemplo do modelo das doenças infecciosas. Não há sinal biológico que seja específico a determinado transtorno mental, o que impede o diagnóstico por exames complementares. A ausência de marcador

biológico, portanto, faz parte do âmbito da psiquiatria. Por mais que os defensores do programa forte das neurociências (Ehrenberg, 2004, p.130) julguem poder fundir neurologia e psiquiatria, ou seja, tratar as psicopatologias em termos neuropatológicos, e, quem sabe, a longo termo, permitir uma ação mais eficaz no cérebro, historicamente o que se observa é que todas as vezes em que se encontrou um marcador biológico para uma patologia psiquiátrica, esta passou para o domínio de outra área da medicina, como foi o caso da epilepsia (Aguiar, 2004, p.76).

O diagnóstico psiquiátrico não acompanha *stricto sensu* o percurso das demais áreas da medicina, tal como apresentado através do ‘Nascimento da Clínica’, de Foucault ([1963]2003). Por mais objetivo que se almeje ser, o diagnóstico sempre dependerá da avaliação subjetiva do profissional de saúde mental, não dispondo de exames tão específicos para garantir, com pequena margem de erro, um diagnóstico diferencial. Ainda que embasado por quaisquer DSMs⁴⁶, sempre partirá de sua subjetividade, de alguma forma⁴⁷. Contudo, a fim de retirar o máximo possível de discordância entre avaliadores, e no intuito de tornar o processo de diagnóstico o mais objetivo possível, foi proposto o DSM III.

“O diagnóstico psiquiátrico sempre depende da avaliação subjetiva do médico e do seu encontro com o paciente. Foi por isso que, na elaboração do DSM III, os pesquisadores se esforçaram tanto por produzir um instrumento diagnóstico dito descritivo e “ateórico”. Tratava-se de basear o diagnóstico em critérios objetivos e facilmente observáveis, que pudessem ser utilizados por clínicos e pesquisadores com diferentes orientações de trabalho, sem sofrer interferências devidas à inclinação teórica de cada um” (Aguiar, 2004, p.75)

⁴⁶ Ressaltando, conforme visto ao longo deste trabalho, que a própria concepção do DSM em si representa uma subjetividade coletiva, no caso, uma associação psiquiátrica de um determinado momento.

⁴⁷ Cabe lembrar que existe a possibilidade de um mesmo paciente vincular de maneira distinta com diferentes avaliadores e, portanto, não se apresentar de uma maneira tão homogênea (ex. mais alegre com um e irritado com outro), e, portanto, podendo ser julgado de maneira diversa por cada um. Cf. “A dinâmica da Transferência”, Freud ([1912] 1996)

Neste sentido, com o advento e mudança paradigmática do DSM III, abandona-se a querela sobre as causas dos transtornos mentais, procurando estabelecer, entre os membros organizadores dos manuais a partir do DSM III, pontos de consenso dos sintomas em sua manifestação mais concreta, ou seja, a que pode ser observada por qualquer avaliador. Como consequência, os critérios diagnósticos são bastante simples e objetivos, tanto que, conforme aponta Aguiar (Ibid, 77), *“foi preciso advertir que seus critérios não devem ser usados como um livro de receitas culinárias”*, na introdução do DSM IV.

Trata-se, portanto, de um sistema de classificação que busca padronizar diagnósticos sindrômicos. De acordo com Kaplan et al (1997), parte da linguagem em psiquiatria envolve o reconhecimento e a definição de sinais e sintomas comportamentais e emocionais. Os sinais são achados objetivos observados pelo avaliador (por exemplo, retardo psicomotor), enquanto que os sintomas são experiências subjetivas descritas pelo paciente (por exemplo, humor deprimido). Uma síndrome é um grupo de sinais e sintomas que ocorrem juntos como uma condição capaz de ser reconhecida, mas que podem ser menos específicos do que um transtorno ou doença no sentido estrito. A maior parte das condições psiquiátricas, nesse sentido, é, na verdade, síndrome.

“A especialização no reconhecimento de sinais e sintomas específicos permite ao médico se comunicar mais facilmente com outros médicos, diagnosticar corretamente, administrar o tratamento adequado, predizer confiavelmente um prognóstico e explorar a fundo a fisiopatologia, causas e questões psicodinâmicas” (Ibid, p 289)

Sendo assim, a classificação diagnóstica (do DSM III em diante) deve ser a mais simples possível, listando uma série de critérios objetivos. Após uma avaliação precisa, seria possível pensar a respeito da causalidade da doença, do tratamento, de seus possíveis

correlatos biológicos, mas isso em um *segundo* momento, pois, como regra geral, a partir daí, não estaria mais dentro do âmbito do DSM.

Por serem *sindrômicos*, os diagnósticos psiquiátricos guardam sempre um certo grau de indeterminação. A própria noção de transtorno (*disorder*), presente no DSM, em vez da noção de doença (*disease*), visa a mostrar a impropriedade de se tomarem os diagnósticos presentes no manual como sinônimos óbvios de doenças.

Não há, conforme visto, até o momento, marcador biológico específico para nenhum transtorno psiquiátrico, que permita a aplicação de um diagnóstico nosológico de fato, como nas doenças somáticas em geral⁴⁸.

“Apesar de todas as ressalvas (...), os diagnósticos no manual são tomados como doença por boa parte dos clínicos. Essa confusão entre síndrome e doença aparece como efeito do processo de *abstração* que o DSM tornou possível na psiquiatria, isolando os sintomas como algo transcendente ao sujeito que os sofre e tomando-os como expressão de entidades universais. Desse modo, só têm relevância os sintomas que puderem constituir sinais da “doença”. Da narrativa do paciente, só tem interesse o que pode ser traduzido em critérios diagnósticos. (...) A intervenção terapêutica passa a ser definida em função da tradução do sintoma em doença, e não de sua relação com as singularidades dos sujeitos. Ganham assim maior importância as modalidades de tratamento que atuam diretamente na abolição ou redução dos sintomas que caracterizam a síndrome, em geral medicamentos. (Aguiar, 2004, p.81)

Neste sentido, embora tenha sido inicialmente elaborado como um instrumento de pesquisa, o DSM acaba por produzir um estreitamento do campo de intervenção clínica,

⁴⁸ Como não há marcadores biológicos que fixem o diagnóstico dos transtornos mentais, o próprio medicamento acaba funcionando como marcador. A flexibilidade de uma ferramenta diagnóstica como o DSM permite que virtualmente todo tipo de situação possa ser territorializado e identificado com sintomas que compõem transtornos mentais, sendo passível de tratamento com medicamentos. Para maiores desdobramentos sobre o assunto, vide Aguiar (2004, p.85).

quando seus critérios diagnósticos, que recortam síndromes, são considerados como “a patologia”. (Cf. Aguiar, 2004, p.81-82).

Lembremos-nos que este tipo de recorte é fundamental para a elaboração de pesquisas epidemiológicas e farmacológicas em psiquiatria, mas a metodologia traz consigo o perigo do reducionismo. Enquanto que, na pesquisa, o recorte, a escolha de fatores, sejam biológicos, psicológicos ou sociais, é admissível e recomendável, na clínica, essas dicotomias podem gerar reducionismos bastante prejudiciais ao tratamento do paciente.

Percebemos que o paradigma da psiquiatria biológica acaba por intensificar a simplificação do diagnóstico que, como num jogo de dominó, leva à simplificação do tratamento. “Simplificação” se falarmos da perspectiva daqueles que entendem que a singularidade do sujeito é fundamental para o entendimento de seu sofrimento psíquico. Isso não quer dizer que o retorno da psicanálise traria o sujeito e o seu discurso de volta à cena, pois há inúmeras formas de se legitimar a singularidade do paciente, e a psicanálise pode ser uma delas, mas não a única. Da mesma forma que determinado uso da psicanálise, conforme visto no primeiro capítulo, suscitou alguns excessos no atendimento, *mutatis mutandis*, excessos outros têm ocorrido sob a vigência da psiquiatria biológica, conforme vimos até agora.

Após a discussão a respeito dos DSMs e seus diferentes paradigmas, acreditamos ter preparado o caminho para o próximo e último capítulo: a exemplificação, através do conceito de depressão, do fato de que o entendimento de uma patologia é construído em consonância com o paradigma vigente à sua proposição.

3.2. DSMs e Depressão. Dos sujeitos singulares aos transtornos universais.

3.2.1. O que é depressão?

Muitos quadros que seriam *atualmente* diagnosticados como depressão têm algum tipo de registro desde a Antigüidade, com características míticas e poéticas. A tradição mágico-religiosa durou até a chamada Era Clássica. Foi a partir do século V a. C. na Grécia, que Hipócrates começou a procurar por bases físicas para os transtornos mentais. A então classificação de Hipócrates consistia em quatro transtornos: epilepsia, melancolia, excitação e paranóia. A melancolia, segundo Hipócrates, seria acarretada pelo acúmulo de bile negra no organismo. O seu tratamento consistia em expulsar, do organismo do indivíduo, o acúmulo de tal bile através de purgativos. Em Roma, no século I a. C., Galeno descreveu três formas de melancolia: a melancolia geral, a melancolia cerebral e a hipocondria. Com a censura à forma de pensamento greco-romana instituída pela igreja católica na Idade Média, a busca pelo interesse acerca do conhecimento científico diminuiu e a necessidade de classificações seguiu o mesmo percurso. Na Idade Média, a depressão e as demais doenças permaneceram com um conceito de significado *ambíguo*, misturando idéias religiosas de pecado, vício e problemas éticos. Robert Burton (1577-1640) acreditava na existência de três variedades distintas de depressão: uma localizada no cérebro, uma doença generalizada que comprometia todo o organismo e uma depressão situada no estômago e órgãos digestivos – a hipocondria, que, segundo Burton, chegaria até o cérebro em forma de exalações e vapores. O livro sobre a anatomia da melancolia, de Burton, foi a primeira publicação, no Renascimento, sobre depressão, em que idéias mágico-religiosas foram substituídas por conceitos orgânicos e psicológicos, com uma descrição clínica

pormenorizada. Em 1686, Bonet descreveu uma patologia mental chamada ‘maníaco-melancholicus’, com características semelhantes ao que hoje chamamos de transtorno bipolar. Para Pinel, que, conforme vimos, foi considerado um dos responsáveis pela humanização do tratamento das doenças mentais, a melancolia deveria ser inserida dentro do campo das alienações mentais, opondo-se, dessa maneira, ao saber popular do termo, que se relacionava a tudo que fosse triste e sombrio. (Cf. Guz, 1990; Healy, 1997; Nardi, 2006, Vertzman, 1995; Wanderley, 2000).

O entendimento sobre o que seria a loucura, nos séculos XVII e XVIII, estava relacionada à idéia de perturbação da razão e deterioração cognitiva. A existência de uma doença em que somente a parte afetiva estaria alterada era inconcebível à luz da noção racionalista da loucura do Renascimento.⁴⁹ Para filósofos como Imanuel Kant, o transtorno mental estaria relacionado à perda da razão bem como à não existência de uma doença considerada parcial em que, no caso, só o humor estaria afetado. Em contraste, durante o século que se seguiria, o século XIX, a partir de determinados fatores históricos, iniciou-se um ímpeto classificatório para os transtornos de humor. Tais fatores são:

- “O estabelecimento do humor como uma função mental autônoma, o que encorajou a aceitação de um transtorno primário do humor, favorecendo a visão de loucura parcial.
- A valorização dos sentimentos e das emoções impulsionada pelo movimento artístico do Romantismo.
- As limitações clínicas da noção intelectualista de loucura e o fracasso do modelo anatomoclínico em encontrar correspondência entre lesões cerebrais e sinais e sintomas mentais.
- O nascimento, por meio dos registros psiquiátricos, da nova ciência: a psicopatologia.” (Nardi, 2006, p.32)

Conforme vimos no segundo capítulo, o estudo das doenças mentais, incluindo a depressão, foi possibilitada através das descrições clínicas pormenorizadas de Esquirol,

⁴⁹ Vide o segundo capítulo desta dissertação

discípulo de Pinel. Foi a partir de Esquirol que as descrições começaram a *esboçar* o que entendemos atualmente por depressão. Em 1851, Falret descreveu a ‘folie circulaire’, e, em 1854, Baillarger reportou sete casos do que chamou de ‘folie à doublé forme’. Nas duas descrições, as alterações do humor de depressivo a eufórico estavam, então, presentes. (Ibid, p.32)

Em meados do século XIX, o termo depressão começa a aparecer, substituindo o termo ‘melancolia’, até então utilizado. O termo depressão foi pela primeira vez usado, naquela época, na expressão ‘depressão mental’, com referência ao estado cerebral subjacente. Em 1882, Kahlbaum descreve a mania e a depressão como representantes de estágios de uma mesma doença, a ‘ciclotimia’. A primeira classificação brasileira foi feita por Silva Peixoto, em 1837, baseada na Escola Francesa: demência, idiotia, mania e monomania. Em 1899, Emil Kraepelin dividiu as psicoses funcionais em insanidade maníaco-depressiva e demência precoce, inovando a nosologia psiquiátrica de então, ao tomar como critério fundamental classificatório, não só os sintomas apresentados pelo paciente, mas a evolução do mesmo. O trabalho nosológico de Kraepelin foi um representante decisivo dos pensamentos de sua época direcionando, inclusive, os estudos posteriores. (Healy, 1997; Vertzman, 1995)

Em 1917, Freud ([1917] 1996) publica “Luto e Melancolia”, definindo os seguintes aspectos característicos de um luto (reação à perda de uma pessoa amada, de alguma idéia abstrata, como um ideal, etc): tristeza profunda, perda de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda atividade, diferenciando-o da melancolia, a grosso modo, na intensidade e cronicidade dos sintomas⁵⁰.

⁵⁰ “No luto, verificamos que a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto no qual o ego é absorvido. (...) A diferença consiste em que a inibição do melancólico nos parece enigmática

Na primeira metade do século XX, Kurt Schneider estimulou o estudo da psicopatologia, com descrições pormenorizadas de quadros depressivos. Nesse período, começaram a surgir os primeiros métodos de tratamento com antidepressivo, e a diferenciação entre a depressão e os demais diagnósticos passou a ser fundamental para a correspondência com um determinado tratamento. A depressão vital de Schneider firma o termo mórbido associado às depressões e justifica uma possível diferenciação entre depressões do corpo (“orgânicas”) e depressões psíquicas. Paul McLean, em 1954, descreveu o sistema límbico cerebral e o associou ao controle do humor e do afeto. Karl Leonard, em 1957, distinguiu o transtorno unipolar, ou seja, o que apresentaria apenas episódios depressivos, do transtorno bipolar, com presença de episódios de mania. Conforme exposto no segundo capítulo, o primeiro antidepressivo foi a imipramina, “descoberta” em 1957, através de pesquisas com antipsicóticos. Schildkraut, em 1965, associou a depressão a uma diminuição de noradrenalina cerebral. Trata-se, portanto, dos primeiros passos rumo à psiquiatria biológica.

Diante de um recorte diacrônico a respeito de como a depressão pode ser entendida ao longo dos anos, percebemos que ainda resta um longo e complexo caminho a percorrer. Conceituar depressão não é simples nem consensual. Vejamos o exemplo abaixo.

“O termo e o assunto depressão são eivados de tortuosas interpretações. Não têm a mesma significação para todas as pessoas e ocasiões. Podem, no mínimo, referir-se a: 1- um sentimento ou sintoma, chamado de depressão normal. 2- Um conjunto de sintomas e sinais que precedem, acompanham ou sucedem diversos eventos existenciais, patológicos ou não, isto é, uma reação de colorido depressivo. 3- Uma alteração afetiva patológica,

porque não podemos ver o que é que o está absorvendo tão completamente. O melancólico exhibe ainda uma outra coisa que está ausente no luto- uma diminuição extraordinária de sua auto-estima, um empobrecimento de seu ego em grande escala. No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego.” Freud, [1917] 1996, p.251)

constituindo uma doença ou distúrbio afetivo de colorido depressivo”. (Guz, 1990, p. 9)

De acordo com Nardi (2006, p. 40), os sintomas da depressão são humor triste e perda do interesse e prazer (anedonia). A tais sintomas, somam-se, em quantidade e intensidade variáveis, diversos sintomas físicos e psicológicos, como perda de energia (cansaço), alterações do apetite, distúrbios do sono, dores, sensação de desconforto, alteração nos movimentos, baixa auto-estima e sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, retraimento social, uso e abuso de drogas, problemas no trabalho, irritabilidade, distorção da realidade, ideação suicida e diminuição da libido⁵¹.

Alguns estudos epidemiológicos têm demonstrado o que julgam ser uma alta incidência do diagnóstico de depressão⁵², em geral depressão maior, no Brasil e no mundo. Por exemplo, o índice de prevalência para depressão maior no Brasil, em estudos datados de 2000, a partir de três estimativas (estudo multicêntrico, Estudo do CIDI⁵³ de São Paulo e CIDI/ECA-EUA), variou de 3,5 a 9,7 %. Os índices mais elevados são os das mulheres e variaram de 4,7 a 12,6%. Nos homens, variaram de 2,3 a 7 %. Conseqüentemente, a estimativa de pessoas acometidas por depressão maior, em 2000, foi de mais de 5.942.970 a 15.961.122. O índice para toda a vida para esse transtorno, segundo esses estudos, variou de 5,1 a 15,7%. Os estudos de São Paulo e Estados Unidos tiveram índices de mais de 15%, mostrando que mais de 26.658.469 pessoas sofreram desse transtorno durante a vida. (Mello et al, 200, p. 124).

⁵¹ Ao comentar a respeito do transtorno de desejo sexual hipotativo, Russo e Venâncio (2006, p.473) ressaltam que as idéias “deficiência de fantasia” ou de “baixo desejo” a ele relacionadas não deixam dúvidas quanto à “concepção normativa subjacente segundo a qual há um *quantum* ideal de fantasia ou de desejo.”

⁵² “É difícil decidir, com base em pesquisas epidemiológicas, se um efetivo aumento de casos de depressão ocorreu nas últimas décadas” (Wanderley, 2000, p.4).

⁵³ Composite International Diagnostic Interview. O CIDI é uma entrevista psiquiátrica estruturada, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

“Estudos psiquiátricos sobre a depressão vêm ocupando progressivamente um lugar de destaque no cenário das patologias mentais, análogo àquele ocupado pela histeria no final do século XIX. A quantidade expressiva de publicações especializadas, seminários e simpósios testemunha, sobretudo a partir dos anos 90, o crescente interesse pelo tema. Paralelamente, muitos clínicos atentam para a multiplicação das queixas de ‘vazio’, ‘desânimo’ e ‘cansaço’ nos consultórios, enquanto as ‘pílulas da felicidade’, continuamente exibidas na mídia e consumidas em larga escala, nos prometem a erradicação do mal. Em suma, a depressão, que outrora não fora mais do que uma síndrome associada a diversas perturbações mentais, parece constituir um *leitmotiv* de nosso tempo”. (Wanderley, 2000, p.3)

Atualmente, o que observamos, na prática, é uma certa “nebulosidade” sobre o que seja “depressão”. Vejamos, a título de exemplificação, o atendimento psicológico a um paciente internado, no Centro de Transplante de Medula Óssea do Instituto Nacional de Câncer⁵⁴ (CEMO/INCA).

Após se internar, no CEMO/INCA, para realização transplante de medula óssea⁵⁵, um paciente de 19 anos, que interagiu com a equipe de forma bastante comunicativa e alegre, isola-se um pouco.

⁵⁴ O impacto do diagnóstico de câncer, bem como o seu prognóstico - especificamente no caso de um paciente necessitar ser submetido a um transplante de medula óssea, pode fazer com que a própria integração egóica seja posta em questão. A possibilidade de morrer, pelo próprio tratamento altamente invasivo e letal, pode causar uma angústia relacionada à interrupção da continuidade de ser. (Gonçalves, 2005)

⁵⁵ O transplante de medula óssea é indicado para várias doenças hematológicas, cujo tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia não foi resolutivo ou, então, quando o transplante é a indicação de primeira escolha para determinadas patologias. O transplante de medula óssea é realizado após a ablação da medula óssea doente do paciente através de quimioterapia. O “pré-transplante” diz respeito a todo o período preparatório anterior à internação e à própria internação em si. Estando internado, o paciente será preparado para o transplante, geralmente, em sete dias. Conta-se, portanto, o D-7, D-6 e assim sucessivamente, até o dia do transplante, o “D” zero. Neste momento, o paciente encontra-se com a medula óssea aplásica. Em outras palavras, o paciente é submetido a uma redução numérica significativa das células do sangue. É infundida, através de cateter intravenoso, a medula óssea saudável. Podemos considerar que, até o dia do transplante, a equipe sabe, na maior parte das vezes, tudo o que acontecerá. Todo o procedimento, digamos, esteja sob o controle de seu saber. Em contrapartida, não é possível dizer o mesmo em relação ao período subsequente ao transplante. O período pós-transplante pode ser dividido em “pós-transplante imediato” - o que equivale ao período em que o paciente já foi submetido ao transplante, mas ainda se encontra internado-e “pós-transplante tardio”, equivalendo ao período da alta da internação referente ao transplante. O pós-transplante imediato é decisivo para o paciente. É nesse período em que se espera a “pega” da medula. O objetivo do período de

O paciente passou a apresentar sintomas que poderiam corresponder a critérios de depressão, tais como os citados anteriormente: perda de energia (cansaço), alterações do apetite, dores, sensação de desconforto, alteração nos movimentos, retraimento social e diminuição da libido. Nos atendimentos psicológicos, o seu discurso parecia representar a possibilidade de entrar em contato e elaborar uma intensa angústia de morte⁵⁶.

Ele se reconhecia num processo elaborativo, mas, muitos profissionais da enfermagem, médicos oncologistas, etc, diziam: “Ele está é deprimido. Tem que ser dado um antidepressivo para ele imediatamente”. As diversas falas que convergiam para, podemos supor, estarem também representando, de alguma forma, as próprias angústias dos profissionais de saúde, foi assim espontaneamente respondida pelo paciente:

condicionamento, conforme dito anteriormente, é aplasiar a medula óssea doente, o que é verificado através da análise do hemograma (que deve estar com todos os índices muito baixos). Ao infundir a medula óssea saudável, espera-se que essa medula se expanda, prolifere e gere células normais, que deverão cair na circulação sanguínea. Isso é a “pega”, a qual é constatada através da análise de hemogramas diários. Além disso, é possível que aconteça a doença-enxerto, quando a medula óssea transplantada não reconhece o organismo do paciente como “*self*” e começa a atacá-lo. Geralmente, ocorre depois da “pega”, mas não necessariamente. Já o chamado efeito GVL (*Graft versus leukemia*) ou malignidade, o qual não é quantificado, mas estimado, diz respeito à capacidade de a medula óssea transplantada matar possíveis células “doentes” que o processo de aplasia da terapia de condicionamento não tenha conseguido. Durante esse período da internação, o paciente lida, portanto, com possíveis seqüelas do tratamento, tais como: mucosite, vômitos, queda de cabelo, infecções, doença enxerto, etc. Inclusive, muitos pacientes podem morrer não pelo câncer em si, mas pelas intercorrências pós-transplante. Podemos entender, metaforicamente, que o paciente é “quase morto” para então ressurgir. Em outras palavras, sua medula é “assassinada” para que outra possa o fazer renascer (ou não). Como dissemos, há um certo controle no preparo para o transplante. A “morte” ou aplasia da medula é mantida mais sob o controle do que o “ressurgimento”. Do dia do transplante em diante, podemos estabelecer uma metáfora com a teoria do caos da física. (Gonçalves, 2005)

⁵⁶ Cf. Maia (2002, pp.89-103).



R.A. prendeu este desenho⁵⁷ no seu quarto, após dias de muita tristeza. E, a partir de então, os profissionais passaram a chamá-lo de “corajoso”, entendendo que, quase tendo afundado, a sua tristeza era uma resposta esperada, de alguma forma, a todo o processo pelo qual tinha sido submetido.

Mas, se fôssemos, de fato, diagnosticar o referido paciente, de acordo, por exemplo, com o DSM II, tratar-se-ia de “depressão reativa”? Poderia ser “Transtorno de Estresse Pós-Traumático⁵⁸”, segundo DSM IV? Afinal, estava triste ou deprimido⁵⁹? Indubitavelmente, desenvolver mais este caso clínico implica fugir ao escopo deste

⁵⁷ O paciente apresentou a seguinte associação: a doença era o navio, ele estava no barco ‘salva-vidas’ da frente, com sua noiva, com os demais pacientes e seus acompanhantes. Logo atrás, entre a doença e ele, estava o barco da equipe, sendo “salva” junto com ele. Tendo realizado o transplante em 2005, encontra-se vivo e livre de doença, de acordo com a última avaliação no CEMO, segundo Dra. Nathalia Grigorovski (comunicação pessoal, 2007).

⁵⁸ Não cabe aqui uma discussão a respeito do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, mas, este transtorno pode ser entendido como uma exceção à regra geral do DSMs –III em diante, de não tratar de causalidade. Vide, por exemplo, a descrição do transtorno no DSM IV, pois há uma certa menção à causalidade.

⁵⁹ Para maiores desdobramentos no que diz respeito à diferenciação entre tristeza e depressão, vide Verztman (1995)

trabalho. Independente do julgamento dos benefícios ou não do uso de “antidepressivo” para este determinado caso, pensemos na questão da classificação nosográfica. Citar o exemplo do paciente atendido no INCA, através de uma vinheta clínica, significa torná-lo representante das inúmeras dúvidas que, sob diferentes roupagens, apresenta o conceito de depressão para os profissionais de saúde. O que é, afinal, depressão⁶⁰?

Todo o estudo apresentado, até o momento, a respeito dos DSMs e suas influências paradigmáticas objetivou demonstrar que todo conceito, toda entidade nosológica, é reflexo do contexto no qual é formulado. Passaremos a enfatizar como a idéia de depressão é representada nas classificações diagnósticas psiquiátricas. Para tanto, utilizaremos manuais representando a posição de cada influência paradigmática, começando pelo DSM II. Apresentaremos o DSM II, o DSM III e o DSM IV-TR (um representante da vertente psicanalítica, o da “virada paradigmática na psiquiatria”, e o mais recente, respectivamente).

⁶⁰ Faz-se necessário observar que não colocamos a indagação da seguinte maneira: “o que é a depressão”, mas o que é “depressão”. Não colocar o artigo definido, de alguma forma, representa não se comprometer em oferecer algo definido e fechado sobre depressão, sobre o qual tudo deveria ser dito. Atentar que a mesma ressalva cabe para o título deste trabalho.

3.2.2. Depressão: DSM II, DSM III e DSM IV-TR

Em decorrência da influência da psicanálise, ‘depressão’, no DSM II, está dentro das categorias de neurose ou psicose. Além disso, pode estar relacionada a um transtorno de personalidade.

A primeira vez que aparece “depressão” é no subitem III. *Psicoses não atribuídas às condições físicas listadas nos itens anteriores*. Neste subitem, reservado à psicose, aparece os Transtornos Afetivos Principais (psicoses afetivas) “Major affective *disorders*” (affective psychoses):

“Este grupo de psicoses é caracterizado por um único transtorno de humor, extrema depressão ou mania, que domina a vida mental do paciente, e é responsável por qualquer perda de contato com a sua realidade exterior. O início dos sintomas não parece estar diretamente relacionado a algum evento precipitante de sua vida e, portanto, é diferenciado da “Reação psicótica depressiva” e da “Neurose Depressiva” (Esta categoria não equivale às intituladas “Reações Afetivas” do DSM I, que incluía “Reação depressiva psicótica” (APA, 1968, p.35-36)⁶¹

Dentro deste grupo maior, faz parte: “melancolia involutiva”, “transtorno maníaco-depressivo, tipo depressivo”, “transtorno maníaco-depressivo, tipo circular, depressivo”, “outros transtornos afetivos” e “transtornos afetivos inespecíficos”. Ao descrever o que chama de “melancolia involutiva”, o manual preconiza que os pacientes não recebam este

⁶¹ “This group of psychoses is characterized by a single disorder of mood, either extreme depression or elation, that dominates the mental life of the patient and is responsible for whatever loss of contact he has with his environment. The onset of the mood does not seem to be related directly to a precipitating life experience and therefore is distinguishable from *Psychotic depressive reaction* and *Depressive neurosis*. (This category is not equivalent to the DSM I heading “Affective reactions”, which included “Psychotic depressive reaction”).)

diagnóstico, a não ser que todos os demais tipos de transtornos afetivos tenham sido descartados. Podemos observar a presença de critérios pouco precisos.

“Este transtorno ocorre em idade mais avançada e é caracterizado pela preocupação, ansiedade, agitação e insônia severa. Sentimentos de culpa e preocupações somáticas estão frequentemente presentes e em proporções delirantes. Este transtorno é diferenciado da *doença maníaco-depressiva*, pela ausência de episódios anteriores. É diferenciada da *esquizofrenia*, uma vez que o prejuízo no teste de realidade é devido a um transtorno de humor. Também se diferencia da *reação psicótica depressiva*, uma vez que a depressão não é devida a alguma experiência da vida. Não há consenso se esse tipo de psicose deve ser diferenciado dos demais transtornos afetivos. Recomenda-se, portanto, que este diagnóstico seja evitado, a não ser que tenham sido descartados todos os demais transtornos afetivos. (No DSM I, este transtorno era considerado como um dos dois subtipos da “reação psicótica involutiva”⁶².” (Ibid, p. 36)

O próprio manual apresenta, no seu texto principal, ausência quanto à precisão das fronteiras de tal diagnóstico. Resta subentendido a impressão de se tratar de uma escolha que vai depender – e muito, da avaliação de cada profissional. Logo em seguida à descrição da melancolia involutiva, o manual não apresenta ‘transtornos’ (disorders), mas ‘doenças’ (illnesses), aparentando usar os referidos termos de forma intercambiável, tais como apresentados a seguir.

“Doenças maníaco-depressiva (Psicoses maníaco-depressivas): Estes transtornos são marcados por oscilações severas do humor, com uma tendência à remissão e à recorrência. Pacientes podem receber este diagnóstico, em caso de ausência de história prévia de psicose afetiva se não há nenhum evento desencadeante. Este

⁶² “This is a disorder occurring in the involuntional period and characterized by worry, anxiety, agitation, and severe insomnia. Feelings of guilt and somatic preoccupations are frequently present and may be of delusional proportions. This disorder is distinguishable from *maniac-depressive* by the absence of previous episodes; it is distinguished from *schizophrenia* in that impaired reality testing is due to some life experience. Opinion is divided as to whether this psychosis can be distinguished from the other affective disorders. It is, therefore, recommended that involuntional patients not be given this diagnosis unless all other affective disorders have been ruled out. (In DSM I this disorder was considered one of the two subtypes of ‘Involuntional Psychotic Reaction’)

transtorno é dividido em três grandes tipos, maníaco, depressivo e circular.”⁶³ (Ibid, p.36)

No caso do tipo depressivo, o manual estabelece que o critério deve ser a presença de episódios exclusivamente depressivos. Tais episódios são caracterizados por um humor deprimido severo, letargia mental e motora, levando ocasionalmente ao estupor. Ansiedade, apreensão, perplexidade e agitação também podem estar presentes. Quando as alucinações e os delírios (geralmente de culpa, hipocondríaco ou paranóide) ocorrem, estão relacionados ao transtorno de humor dominante. Por se tratar de um transtorno de humor primário, o manual preconiza (Ibid, p.37) que seja diferenciado da reação depressiva psicótica, a qual é mais facilmente atribuível a um estresse desencadeador. Além disso, adverte que casos que tenham sido incompletamente localizados como “depressão psicótica” devem ser classificados como doença maníaco-depressiva, tipo depressivo, ao invés de *reação psicótica depressiva*.

Logo em seguida, aparece a descrição da doença maníaco-depressiva, tipo circular, diagnosticada quando há, pelo menos, a presença de um ataque de ambos os episódios, um depressivo e outro maníaco. Este tipo de fenômeno, diz o manual, mostra *clareza* (Ibid, p.37) quanto à razão pela qual os tipos maníacos e depressivos estarem combinados em uma única categoria. (No DSM I, tais casos eram diagnosticados em ‘reação maníaco-depressiva, outros’). O episódio recente deve ser codificado como:

- doença maníaco-depressiva, tipo circular, maníaca
- doença maníaco-depressiva, tipo circular, depressiva.

⁶³ “Manic-depressive illnesses (manic-depressive psychoses): These disorders are marked by severe mood swings and a tendency to remission and recurrence. Patients may be given this diagnosis in the absence of a previous history of affective psychosis if there is no obvious precipitating event. This disorder is divided into three major subtypes: manic type, depressed type and circular type.”

Antes de terminar a categoria psicose, o manual ainda dá a possibilidade de diagnóstico através da categoria “outros transtornos afetivos maiores”, em que transtornos afetivos maiores, nos quais um diagnóstico *preciso* não tenha sido feito, encontram-se aqui. Relaciona-se também às doenças maníaco-depressivas “mistas” (“mixed”), em que sintomas maníacos e depressivos aparecem quase que simultaneamente. Para terminar a parte relacionada à psicose, há a possibilidade de diagnóstico em “transtorno afetivo maior não especificado” ou em “outras psicoses”, que pode ser “reação depressiva psicótica”, tal como descrita abaixo.

“Esta psicose⁶⁴ apresenta-se pela presença de um humor deprimido ocasionado por alguma experiência. Usualmente, o indivíduo não tem um histórico de repetidas depressões ou alterações ciclotímicas de humor. A diferenciação entre esta condição e *neurose depressiva* depende se a reação prejudica o teste de realidade ou uma adequada funcionalidade, suficiente para ser considerada uma psicose. (No DSM I esta condição era incluída nas psicoses afetivas.” (Ibid, 38).

Após descrições das diferentes facetas da depressão dentro da psicose, o manual apresenta as neuroses.

Segundo o DSM II (Ibid, p.39), a ansiedade é a característica principal das neuroses. Pode ser sentida ou expressa diretamente, ou pode ser controlada *inconscientemente* (unconsciously) e automaticamente através de *conversões*, *deslocamento* e vários outros mecanismos psicológicos. Geralmente, tais mecanismos produzem sintomas experienciados, representados por um estresse subjetivo do qual o paciente deseja se livrar.

⁶⁴ This psychosis is distinguished by a depressive mood attributable to some experience. Ordinarily the individual has no history of repeated depressions or cyclothymic mood swings. The differentiation between this condition and *depressive neurosis* depends on whether the reaction impairs reality testing or functional adequacy enough to be considered a psychosis. (In DSM I this condition was included with the affective psychoses)

Em contraste com as psicoses, as neuroses não apresentam distorção da realidade externa, nem uma desorganização total da personalidade. Uma exceção possível é a neurose histérica, que alguns costumam *acreditar* ser ocasionalmente acompanhadas de alucinações e outros sintomas encontrados nas psicoses. Tradicionalmente, pacientes neuróticos, embora prejudicados severamente por seus sintomas, não são classificados de psicóticos, por estarem conscientes de que suas funções mentais estão prejudicadas (presença de autocrítica). (Ibid, 39).

A depressão aparece na neurose, conforme exemplificado no primeiro capítulo desta dissertação, como neurose depressiva.

“Este distúrbio é manifesto por uma reação depressiva excessiva causada por um conflito interno ou por um evento identificável, tal como a perda de um objeto amado. Deve ser diferenciado da melancolia involutiva e da doença maníaca depressiva. Depressões reativas e reações depressivas devem ser classificadas aqui⁶⁵.” (Ibid, p.40)

A neurastenia, que aparece logo a seguir, deve ser diferenciada da depressão neurótica pela moderada depressão e cronicidade dos sintomas.

Após a descrição das neuroses, é apresentada a categoria dos transtornos de personalidade (Ibid, p. 41). Este grupo é caracterizado por padrões mal-adaptativos da personalidade, profundos e enraizados, que são *perceptivamente* (grifos nossos) distintos em qualidade dos sintomas neuróticos e psicóticos. Geralmente, são padrões reconhecidos na adolescência ou antes dela. Algumas vezes, o padrão de personalidade é “determinado

⁶⁵“Depressive Neurosis: this disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession. It is to be distinguished from involuntal melancholia (q.v.) and maniac-depressive illness (q. v.). Reactive depressions or depressive reactions are to be classified here.”

primariamente pelo mau funcionamento cerebral” (Ibid, p.42), mas tais casos devem ser, então, classificados como “síndromes orgânicas cerebrais não psicóticas”. (No DSM I, “transtornos de personalidade” também incluía transtornos aqui classificados como ‘desvio sexual’, ‘alcoolismo’ e ‘dependência de drogas’).

Não encontramos um transtorno de personalidade depressivo, mas sim “personalidade ciclotímica”, em que a depressão não aparece na nomeação principal do transtorno, mas em seus sintomas. Vejamos a seguir.

“Personalidade Ciclotímica. Este padrão de comportamento é manifesto por períodos recorrentes e alternados de depressão e euforia. Períodos de euforia podem ser marcados por ambição, ‘calor/intensidade’ dos sentimentos, entusiasmo, otimismo e extrema energia. Períodos de depressão podem apresentar preocupação, pessimismo, pouca energia e uma sensação de futilidade. Estas variações de humor não são prontamente relacionadas a circunstâncias externas. Se possível, o diagnóstico deve especificar se o humor é caracteristicamente deprimido, hipomaníaco ou oscila entre os dois”⁶⁶

De acordo com Verztman (1995, p. 84), os elementos da síndrome depressiva já haviam se espalhado por vários domínios, como os distúrbios de personalidade, as desordens psicofisiológicas autonômicas e viscerais, os quadros psicoorgânicos, entre outros, desde o DSM I. Mas o principal diagnóstico diferencial era baseado na distinção entre os quadros neuróticos/reativos, de um lado, e psicóticos/endógenos de outro. A ênfase presente, no DSM I, no termo “reativo” é praticamente abolida. Contudo, a dicotomia

⁶⁶ This behavior pattern is manifested by recurring and alternating periods of depression and elation. Periods of elation may be marked by ambition, warmth, enthusiasm, optimism and high energy. Periods of depression may be marked by worry, pessimism, low energy and a sense of futility. These moods variations are not readily attributable to external circumstances. If possible, the diagnosis should specify whether the mood is characteristically depressed, hypomaniac or alternating.

neurose/ psicose, tão cara à psicanálise, permanece e é ainda mais ressaltada no DSM II, sendo através dela que os elementos da síndrome depressiva podem ser mais observados.

Conforme podemos observar, há uma influência grande do paradigma psicanalítico no entendimento dos transtornos, no DSM II. Alguns termos da psicanálise aparecem com uma certa frequência, tais como: deslocamento, inconsciente, etc. Vimos também que depressão, em 1968, ainda não é tão ressaltado como o será adiante. Tanto que não é apresentado nenhum ‘Transtorno de Personalidade Depressivo’.

“Para nós, que vivemos uma época em que a depressão faz parte da linguagem cotidiana de qualquer cidadão, é muito difícil imaginar que, na década de 1950- quando os antidepressivos foram inventados- a depressão fosse considerada um problema raro. Quando surgiu o primeiro antidepressivo, em 1956, o laboratório Geigy, que o sintetizou, chegou a hesitar em comercializá-lo, pois considerava o mercado da depressão insignificante. Na verdade, a imipramina foi inicialmente sintetizada pela Geigy para ser um antipsicótico, tendo uma estrutura química bastante semelhante à da clorpromazina, do laboratório concorrente Rhône-Poulenc. Só a esquizofrenia, que abrangia 1% da população, interessava como mercado para a indústria farmacêutica.” (Aguiar, 2004, p.94)

Podemos pensar que uma hipótese que justifique a razão pela qual, à luz do DSM II, a depressão não é tão ressaltada assim seria o fato de estar sob a vigência de um sistema classificatório profundamente marcado pela psicanálise, e, além disso, por ocupar o lugar de *sintoma* de entidades nosológicas.

Quanto ao uso da psicanálise, conforme já acentuado no primeiro capítulo, este estava mais atento à singularidade do sujeito. As fronteiras nebulosas entre os diagnósticos, e entre o que seria considerado normal e patológico, parecem representar a falta de ênfase no diagnóstico em si, pois o que importava era a história do sujeito, seu processo de

doença. A preocupação inicial em modificar a ênfase do tratamento para o diagnóstico veio na esteira da necessidade do uso de critérios objetivos, principalmente para evitar o excesso de falta de concordância entre avaliadores, e para os objetivos das pesquisas epidemiológicas, as quais, conforme vimos, atendiam, direta ou indiretamente, à demanda da indústria farmacêutica. Saímos do contexto dos sujeitos singulares para, a partir do DSM III, passarmos para os transtornos universais. A depressão deixará o lugar de sintoma, para ocupar o de categorias nosológicas distintas ou, dito de outra forma, de transtornos universais, com a queda do paradigma psicanalítico nas classificações psiquiátricas.

No DSM III (Spitzer, 1980), há uma redefinição da categoria “neurose”, profundamente influenciada pela psicanálise, do DSM II. Os transtornos relacionados à neurose estão presentes, no DSM III, como: transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, transtornos somatoformes, transtornos dissociativos e transtornos sexuais. No DSM III, ainda aparecerão, em relação aos transtornos, entre parênteses, os seus equivalentes do DSM II. Já no DSM III-R, as referências à neurose e ao DSM II estarão abolidas.

A partir do DSM III (Ibid), a depressão passa a configurar uma entidade nosológica pertencente aos Transtornos Afetivos, tal como exposto a seguir.

SUBCLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS AFETIVOS:

Transtornos Afetivos principais – síndromes afetivas totais

- Bipolar
- Transtorno depressivo Maior (ambos costumam ser episódicos)

Outros Transtornos Afetivos – síndromes afetivas parciais

- Ciclotímica

- Distímica (Ambas são consideradas crônicas)

A UTILIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS AFETIVOS

Transtorno depressivo:

- Outros termos: unipolar e monopolar
- Usa-se sozinho ou com algum transtorno do eixo 1⁶⁷ e, com os demais eixos, descartar distribuição primária-secundária reativa (exógena) e não reativa (endógena)
- Utilizar melancolia no lugar de ‘endógena’, ‘psicótica’
- Utilizar humor congruente ou incongruente
- Apontar episódio: único, recorrente, não crônico, embora 10 a 15% sejam crônico
- Tristeza normal é uma categoria separada.

Em oposição ao DSM II (Spitzer, 1980, p. 159), que dividia os transtornos afetivos baseados na presença da psicose, ou seja, classificando todos os transtornos afetivos principais como pertencentes à categoria da psicose (a não ser aqueles cujas origens estivessem atreladas a algum evento estressante de vida), o DSM III agrupa os transtornos afetivos (exceto aqueles devidos a um fator orgânico conhecido), em três subclasses: Transtornos Afetivos Principais, Outros Transtornos Afetivos Específicos e Transtornos Afetivos Atípicos.

⁶⁷ O DSM III propõe um método de avaliação multi-axial, com os seguintes eixos: 1- Síndromes e Condições clínicas; 2- Transtornos de Personalidade, Traços de Personalidade ou Transtornos Desenvolvimentais específicos; 3- Transtornos físicos relevantes; (e os seguintes opcionais) 4- Estressores psicossociais e 5- O maior nível de funcionalidade no último ano.

O Transtorno afetivo Maior inclui o Transtorno Bipolar e Depressão Maior. O Transtorno Bipolar é utilizado para todos os indivíduos que tiveram um episódio maníaco. O episódio atual pode ser classificado como: maníaco, depressivo ou misto, além de poder diagnosticar a presença ou não de traços psicóticos. O diagnóstico de Transtorno Bipolar, no DSM III, corresponde aos seguintes diagnósticos, no DSM II: doença maníaco-depressiva, tipo maníaco ou circular. Enquanto que, no DSM II, o método de classificação subentendia uma unicidade da doença maníaco-depressiva, O DSM III propõe as formas unipolar e bipolar, tanto que apresenta a categoria diagnóstica “Transtorno Depressivo Maior”. Sendo assim, a então doença maníaco-depressiva, tipo depressiva do DSM II, é classificada, no DSM III, como Transtorno Depressivo Maior. A categoria de melancolia involutiva, do DSM II, também é incluída no Transtorno Depressivo Maior, pela ausência de evidência de que a depressão, no período mais tardio da vida, tenha sintomas tão distintos de outras fases da vida.

O DSM III reconhece a natureza heterogênea dos episódios depressivos maiores e utiliza o termo melancolia para designar um subtipo (muitas vezes referenciado como “endógeno”) que tende a ser mais severo. Além disso, geralmente está associado a sinais clássicos vegetativos, sendo particularmente responsivos à terapia somática, no caso, eletrochoque (Cf. Ehrenberg, 1998). A presença ou ausência de traços psicóticos, humor congruente ou não, também pode ser associado ao diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior.

Outros transtornos afetivos específicos são caracterizados por um distúrbio relativamente contínuo do humor com, no mínimo, dois anos de duração. Uma síndrome afetiva total não está presente, e não há presença de traços psicóticos. Existem dois tipos:

Transtorno Ciclotímico (personalidade ciclotímica no DSM II), e Transtorno Distímico⁶⁸ (equivalente, a grosso modo, à personalidade depressiva e à neurose depressiva do DSM II).

Neste sentido, a depressão, que, até o DSM II, configura-se como síndrome de diversos transtornos mentais, passa à entidade nosológica. Por exemplo, do DSM III em diante, a presença ou ausência de traços psicóticos torna-se secundária (e não mais a categoria principal, como era no DSM II), ao diagnóstico maior de transtorno de humor, ao qual a depressão passa, então, a estar atrelada.

Sendo assim, como Transtorno de Humor, a depressão passa a crescer exponencialmente, cada vez mais, no espaço médico, sócio e cultural de nossos tempos. Com o DSM III, a depressão passou do estatuto de sintoma ou síndrome, nas neuroses e psicoses, para o estatuto de entidade clínica autônoma, sobre a qual se deve agir de forma direta. Mas, antes, não era assim. Até 1940, a depressão era, conforme dito, uma síndrome tratável da maior parte das doenças mentais e não era objeto de atenção na sociedade. (Ibid, p.9) Tal mudança está intimamente relacionada às alterações realizadas nos manuais de classificação diagnóstica que legitimaram a depressão através de entidades nosológicas específicas e suscetíveis ao uso da psiquiatria biológica, conforme visto no segundo capítulo desta dissertação.

Para finalizar o nosso rastreamento conceitual da depressão ao longo dos DSMs, citaremos o DSM IV-TR⁶⁹, sua versão publicada mais recentemente, que tenta ser o mais objetivo e consistente possível, face ao seu paradigma de inspiração: a psiquiatria biológica.

⁶⁸ Vide em Wanderley (2000) um importante estudo sobre distímia.

⁶⁹ A classificação multiaxial do DSM IV-TR é composta de cinco eixos: 1- Transtorno Clínicos. (outras condições que podem ser foco de atenção clínica); 2- Transtornos de Personalidade e Retardo Mental; 3- Condições Médicas Gerais; 4- Problemas Psicossociais e Ambientais e 5-Avaliação Global do Funcionamento

A seção dos Transtornos do Humor, no DSM IV-TR (APA, 2003), está dividida em três partes. A primeira descreve os episódios de humor (Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto e Episódio Hipomaníaco), os quais foram incluídos separadamente, no início desta seção, para a conveniência de diagnóstico dos vários Transtornos de Humor. Esses episódios não têm seus próprios códigos diagnósticos, nem podem ser diagnosticados como entidades distintas, entretanto, servem de blocos de construção para o diagnóstico dos Transtornos do Humor. A segunda parte descreve tais transtornos (ex. Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Dítimico, Transtorno Bipolar I). Os conjuntos de critérios para a maior parte dos Transtornos do Humor exigem a presença ou ausência dos episódios descritos na primeira seção. A terceira parte compreende os especificadores que descrevem o episódio de humor mais recente ou o curso de episódios recorrentes. Em anexo, segue a referência aos critérios diagnósticos, para Transtorno do Humor do DSM IV-TR⁷⁰.

É interessante verificar que as descrições são exaustivas, tal como a ânsia de dizer tudo sobre algo. Se estabelecermos uma comparação entre as descrições acima do DSM II e a que pode ser verificada, no anexo, do mais recente DSM, o IV-TR, é visível o aumento exponencial do aspecto descritivo do transtorno bem como, conforme dito, a demanda de dizer tudo sobre ele, de forma a circunscrever o diagnóstico da “melhor” maneira possível. Nossa hipótese é a de que esse aumento exponencial esteja relacionado à mudança de ênfase. Antes, até o DMS II, a ênfase do olhar era sobre o sujeito, o seu processo de adoecimento psíquico e de tratamento. O diagnóstico era a porta que conduzia à “casa interna” do paciente (sua história de vida, seu sofrimento psíquico, etc). A partir do DSM

⁷⁰ Por se tratar de uma descrição extensa, optamos por não apresentá-la ao longo deste capítulo, mas, sim, em sua íntegra, em forma de anexo.

III, a ênfase recai sobre o caso clínico transformado em transtorno universal, em que o diagnóstico deixa de ser tão somente uma porta de entrada, para pretender ser a casa inteira. Neste sentido, ainda que a demanda classificatória esteja presente no DSM II, não se apresenta sob os mesmos aspectos, tais quais os relacionados no DSM III em diante, por se tratar, conforme apresentado neste trabalho, de uma mudança de paradigma. Lembremos de que, afinal, diferentes portas nos conduzem a diferentes casas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Assim é, se assim lhe parece”, dizia Pirandelo⁷¹. A partir de um estudo que teve como objetivo apresentar as diferentes maneiras de conceber a classificação diagnóstica psiquiátrica, através dos DSMs, optamos por discutir a respeito do que cada olhar permite ver o que lhe “parece” em determinado momento. Para tanto, recorreremos ao conceito de paradigma de Kuhn ([1962] 2006), no sentido de pensar sobre os modelos paradigmáticos, a partir dos quais brotam as tradições correntes da comunidade científica.

No primeiro capítulo, apresentamos o paradigma da psicanálise fundado sobre a singularidade do sujeito. Tal constatação nos levou a demonstrar os excessos de seu uso, no momento em que se tenta universalizar seus conceitos, a partir de sua apreensão por manuais estatísticos e diagnósticos dos transtornos, no caso, o DSM I e o DSM II. Demonstramos a tensão existente entre uma vertente mais humanista e outra mais objetiva da psiquiatria, sob a dicotomia ‘qualitativo e quantitativo’, respectivamente. Vimos como se deu a popularização da psicanálise e de seus efeitos no âmbito da história externalista do DSM II, nos Estados Unidos. Cada vez mais próxima a critérios considerados pouco objetivos e utilizáveis em pesquisas epidemiológicas, mostramos a queda do paradigma da vertente que enfatizava a singularidade do sujeito, através da psicanálise, para outra cuja ênfase se deu a partir de critérios objetivos e descritivos que, progressivamente, tendiam a transcender a singularidade do sujeito (não importando, nesse sentido, a causalidade do transtorno psíquico). Em outras palavras, do sujeito o que importa é a manifestação sintomática de seus sofrimentos psíquicos, a partir de dados, sobretudo, comportamentais.

⁷¹ Cf. http://pt.wikipedia.org/wiki/Luigi_Pirandello

A “virada paradigmática” veio com o DSM III. Discutimos, no segundo capítulo, o paradigma que influenciou o DSM III e que influencia o mais recente DSM IV –TR, qual seja, a chamada ‘psiquiatria biológica’. O DSM III procurou eliminar as explicações causais psicológicas, psicossociais ou psicanalíticas implícitas ou explícitas, dos manuais anteriores. Os defensores do DSM III acreditavam que o foco biológico e objetivo eram mais ‘científicos’ e mais condizentes com o padrão médico, aumentando o status da psiquiatria na hierarquia médica.

Apresentamos algumas considerações a respeito do contexto em que foi criado o DSM III e a que demanda visava a atender. Foi nesse sentido que pensamos em uma “carona farmacológica”, pois o DSM III, apesar de pretender ser uma classificação atórica por seus idealizadores, resultou em uma ênfase na vertente teórica que embasa um fisicalismo reducionista. Há um pressuposto descritivo que, no fim, acaba atendendo à demanda da medicalização. Ainda que, conforme visto, não fale em “serotonina”, por exemplo, mas em “distúrbio de humor”, mostrando-se, a princípio, não colado a um fisicalismo reducionista, do DSM III em diante, tal fisicalismo acaba sendo corroborado.

O sentido que cada classificação psiquiátrica visa a promover está intimamente relacionado ao contexto histórico-cultural que o circunscreve. Aqui podemos recorrer à diferenciação feita, na física, entre uma lógica determinística e a lógica do caos. A primeira, a determinística, diz que “dadas as condições iniciais e a equação do movimento, consegue-se prever qualquer instante futuro” (Gonçalves, 2005, p.7) Retomemos o exemplo apresentado, no primeiro capítulo, de que, a 100° C, a água entra em ebulição. Além disso, é através da lógica determinística que se constroem navios, foguetes, etc. Por outro lado, a lógica do caos, com que se prevê a meteorologia, por exemplo, preconiza uma lógica não linear, isto é, dadas as condições iniciais e a equação do movimento, pode-se “esboçar”

como o sistema vai estar, mas não se pode afirmar como vai evoluir. No entanto, caos não é sinônimo exato de desordem. Há uma certa ordem no caos. Ainda que não exista repetibilidade e previsibilidade, a evolução de um sistema caótico está diretamente relacionada com suas variáveis, mesmo que não haja certeza de como será tal evolução. (Ibid, p.8)

Mutatis mutantis, podemos pensar sobre o lado caótico do tratamento psiquiátrico, por mais que se anseie por sua “linearidade”. Não podemos afirmar como será a evolução de um tratamento em psiquiatria. Mas, podemos prever, ainda que não haja certeza absoluta, como vai evoluir a partir de suas variáveis iniciais. É nesse ponto que reside a extrema importância da classificação diagnóstica. Esta, podemos pensar, é uma das principais “variáveis iniciais”, sobretudo a partir do DSM III, em que a ênfase no diagnóstico se dá com maior veemência. A transformação terminológica do DSM III teve como consequência as mudanças no olhar a respeito do adoecimento psíquico e seu tratamento, tal como demonstrado no segundo capítulo. Vimos que a pretensão de objetividade está presente desde o início na psiquiatria. Contudo, é a partir do paradigma da psiquiatria biológica que tal pretensão ganhará mais força. Ao idealizar a objetividade, o que observamos é um aumento exponencial dos transtornos psíquicos e de suas descrições que, ao querer estabelecer com mais “cientificidade” o que é, de fato, patológico, acabam por “*não aumentar o número de fatias do bolo psicopatológico, mas o próprio bolo*” (Healy *apud* Russo e Venâncio, 2006, p.473)

Após a análise dos diferentes paradigmas que embasaram os DSMs, optamos por apresentar uma categoria diagnóstica, a fim de exemplificar como qualquer categoria em psiquiatria também é circunstancialmente construída. Optamos pelo conceito de depressão, tão difundido e ao mesmo tempo “nebuloso” atualmente na clínica, com o intuito de

mostrar como algo que, até o DSM II, é considerado como estatuto de sintoma ou síndrome nas neuroses e psicoses passa ao estatuto de entidade clínica autônoma, sobre a qual se deve agir de forma direta, a partir do DSM III. Até 1940, a depressão era uma síndrome tratável da maior parte das doenças mentais e não era objeto de atenção na sociedade. Tal mudança está intimamente relacionada às alterações realizadas nos manuais de classificação diagnóstica, que legitimaram a depressão através de entidades nosológicas específicas e suscetíveis ao uso da psiquiatria biológica.

Indubitavelmente, o nosso estudo é também circunscrito ao seu objetivo principal e esperamos tê-lo atingido, ao demonstrar o problema da conceituação das doenças mentais, a partir dos DSMs e dos diferentes paradigmas que os embasaram, tomando a categoria diagnóstica da depressão como exemplo. Apontamos para a complexidade do tema, sobre o qual estabelecemos um possível recorte, dentre tantos, sobre o terreno irregular e não linear da psiquiatria, do qual surgiu o desejo de discutir a respeito dos DSMs e Depressão.

REFERÊNCIAS E FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, Adriano Amaral de. *A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Second edition, DSM II, 1968.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition, DSM III, 1980.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, DSM IV-TR, 2000.

ANDREASEN, Nancy. *Brave new brain. Conquering mental illness in the era of the genome*. Londres, New York, Oxford University Press, 2001, p.9-10.

BEZERRA, Benilton Jr. “Subjetividade moderna e o campo da psicanálise”. In Birman, J. (org). *Freud 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1989.

_____. “Descentramento e sujeito- versões da revolução copernicana de Freud”. In Costa, J.F. (org) *Redescrições da psicanálise: ensaios pragmáticos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BRENDEL, David H. *Healing Psychiatry. Bridging the Science/Humanism Divide*. Londres, The MIT Press, 2006.

CANGUILHEM, Georges. [1966] *O normal e o patológico*. 6ed ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CEZIMBRA, Márcia. A onda da neurocultura. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 23. jul.2006. *O Globo Revista*, p. 40-41.

COSTA, Jurandir Freire. “Pragmática e processo analítico: Freud, Wittgenstein, Davidson e Rorty”. In Costa, J.F. (org) *Redescrições da psicanálise: ensaios pragmáticos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

_____. *O vestígio e a aura. Corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DENNET, Daniel C. *Consciousness explained*. Little, Brown and Company, 1991.

DORSCH, Friedrich., HÄCKER, Harmut., STAPF, Kurt-Hermann. *Dicionário de Psicologia Dorsch*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DUMIT, Joseph. *Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts*. *Journal of medical humanities*, vol. 24, nos. ½, summer 2003.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1998.

_____. *Le sujet cérébral*, Esprit, 309, Novembre 2004, pp.130-155.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura*. 5ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. *O Nascimento da Clínica*. [1963] 5ed- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003

F. FROMM-REICHMAN. "Some Aspects of Psychoanalytic Therapy with Schizophrenics" in E. B. Brody and S. Redlich, ed., In *Psychotherapy with Schizophrenics* (New York: International Universities Press, 1952).

FREUD, Sigmund. "Estudos sobre a histeria" [1893] In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. "A dinâmica da transferência" [1912] In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. "O inconsciente" [1915] In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. “Luto e Melancolia [1917]. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. “Além do princípio do prazer” [1920] In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. “O ego e o id” [1923] In *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIX. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

GAINES, Atwood D. “From DSM I to III-R; voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. psychiatry classification”. In *Social Science Medicine*. Vol. 35, No. 1, pp. 3-24, Great Britain, 1992.

GAUCHET, Marcel e SWAIN, Gladys. *La Pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris, Gallimard, 1980.

GLANNON, Walter. *Bioethics and the brain*. Oxford University Press, 2007.

GONÇALVES, Maria L.F.E. *Criatividade e Resiliência no Pós-Transplante de Medula Óssea*. 38p. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Oncológica do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro, 2005.

GRAEFF, Guilherme et al. *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

GRUENBERG, Ernest M. "Foreword" In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Second edition, DSM II, 1968.

GUPTA, M., KAY, L. Rex. "The impact of 'phenomenology' on North American psychiatric assessment. In *Philosophy, Psychiatry and Psychology.PPP*. Vol. 9, no1, March 2002, pp.73-85.

GUZ, Isac. *Depressão. O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Rocca, 1990.

HEALEY, David. *The antidepressant era*. [1997] Harvard University Press. Third Printing, 2000.

_____. *The creation of psychopharmacology*. Library of Congress Cataloging in publication data, USA, 2002.

KAPLAN, H. I. , SADOCK, B. J., GREBB, J.A. *Compêndio de psiquiatria*. 2ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas [1962]*. São Paulo: Perspectiva, 2006.

KUTCHINS, Herb, KIRK, Stuart. *The selling of DSM. The rhetoric of Science in Psychiatry*. New York, Aldine de Gruyter, 1992.

_____. *Making us crazy – DSM: the psychiatry bible and the creation of mental disorders*. New York, The Free Press, 1997.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France, 1998. 2ª edition.

LUHRMANN, T.M. *Of two minds. The growing disorder in American Psychiatry*. New York, Alfred A. Knopf, 2000.

MAIA, Marisa Schargel. “Angústia de vida, angústia de morte: sobre os processos de subjetivação e contemporaneidade.” In Besset, Vera Lopes (org) *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002.

Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. DSM III- R. Editora Manole LTDA, 1989.

MELLO, Marcelo Feijó, MELLO, Andréa de Abreu Feijó, KOHN, Robert. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre, Artmed, 2007.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Ciências do Homem e Fenomenologia*. São Paulo, Saraiva, 1973.

NABUCO, Cristina. “Coquetel da felicidade” In *Revista Cláudia*, Ed. Abril, n.7, ano 46, Julho de 2007, pp.200-203.

NARDI, Antonio Egidio. *Questões atuais sobre depressão*. 3ª ed. São Paulo: Lemos editorial, 2006.

ORTEGA, Francisco J. “Corpo e Tecnologias de Visualização Médica: entre a Fragmentação na Cultura do Espetáculo e a Fenomenologia do Corpo Vivido.” In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(1): 237-257, 2005.

RICOUER, P. [1969] *O conflito das Interpretações: ensaios de hermenêutica*. Rio de Janeiro, Imago, 1978.

ROBERTS, Glenn A. *Narrative and severe mental illness: what places do stories have in an evidence-based world?* *Advances in Psychiatry Treatment* (2000), vol. 6, pp. 423-441.

ROSE, Steven. *The future of the brain: the promise and perils of tomorrow's neuroscience*. New York, Oxford University Press, 2005.

ROSENHAN, David L. “On Being Sane in Insane Places”, In *Science*, Vol. 179 (Jan. 1973), 250- 258.

ROSENBERG, Charles E. “Contested Boundaries. Psychiatry, Disease and Diagnosis.” In *Perspectives in biology and medicine*. Vol. 49, n. 3, 2006: 407-424.

RUSSO, Jane. VENÂNCIO, Ana Teresa A. “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III.” In *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano IX, n.3, Set/2006.

SACKS, Oliver. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

SERPA, O.D.J. “Culture-bound syndromes e a ‘natureza’ das classificações psiquiátricas”. In *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol.43, n9, setembro, 1994.

SHORTER, Edward. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons, 1997.

SPITZER, Robert et al. DSM III: The Major Achievements and an Overview. In *American Journal Psychiatry* 137: February, 1980..

SWAIN, Gladys. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Toulouse, Privat, 1977.

_____ “Química, cérebro, mente e sociedade. Paradoxos epistemológicos dos psicofármacos na medicina mental.” Tradução livre de Fernando Ramos (pp.1-12) do original In *Débat*, França, n. 47, novembro-dezembro de 1987, pp.172 a 183.

NAGEL, Thomas. *What is it like to be a bat?* The *Philosophical Review* LXXXIII, 4 (October 1974): 435-50

VIDAL, Fernando. *Le sujet cerebral: une esquisse historique et conceptuelle*. PSN, vol. III, n. 11, janvier-février, 2005.

VENTURI, Camilo Barbosa. *Entre crânios analógicos e imagens digitais: alguns antecedentes históricos e culturais das tecnologias de neuro-imageamento*. 143p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

WANDERLEY, Alexandre Augusto Ribeiro. *A distímia e a construção do indivíduo insuficiente: um estudo sobre a depressão na contemporaneidade*. 141p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

WOODIN, K. E. (2004) *The CRC's Guide to Coordinating Clinical Research*. New York: CenterWatch, Page 35-45 and “Declaration of Helsinki” (p.304-306)

ANEXO

DSM IV-TR – TRANSTORNOS DO HUMOR (APA, 2003, pp.161-199)

Episódios de Humor

Episódio Depressivo Maior

- A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito).

Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros)

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p. ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias

Nota: Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorecriminação ou culpa por estar doente)

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros) (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto (p.164).

c. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Episódio Maníaco

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).
- B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:

- (1) auto-estima inflada ou grandiosidade
- (2) redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se refeito depois de apenas 3 horas de sono)
- (3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar
- (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo
- (5) distratibilidade (i. é a atenção é desviada com excessiva facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
- (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora
- (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)

- C. Os sintomas não satisfazem os critérios para Episódio Misto (ver p. 164).

A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou em relacionamentos costumeiros com outros, ou de exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a terceiros, ou existem características psicóticas.

- E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo)

Nota: Episódios do tipo maníaco nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

Episódio Misto

- A. Satisfazem-se os critérios tanto para Episódio Maníaco (ver p. 163) quanto para Episódio Depressivo Maior (ver p. 161) (exceto pela duração), quase todos os dias, durante um período mínimo de 1 semana.
- B. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar acentuado prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais costumeiras ou em relacionamentos com terceiros ou de exigir a hospitalização para prevenir danos ao indivíduo e a terceiros, ou existem características psicóticas.
- C. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

Nota: Episódios do tipo misto causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamento, terapia eletroconvulsiva, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

Episódio Hipomaníaco

- A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de um período mínimo de 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.
- B. Durante o período da perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo:
 - (1) auto-estima ou grandiosidade
 - (2) redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se refeito depois de apenas 3 horas de sono)
 - (3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar
 - (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo
 - (5) distratibilidade (i. é a atenção é desviada com demasiada facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
 - (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora
 - (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolver-se em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)
- C. O episódio está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica do indivíduo quando assintomático.
- D. A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por terceiros.
- E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou de exigir hospitalização, nem existem características psicóticas.
- F. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

Nota: Os episódios do tipo hipomaníaco nitidamente causados por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, terapia eletroconvulsiva e fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

Transtornos Depressivos

296.2x Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único

- A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior (ver p. 161)
- B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por um Transtorno Esquizoafetivo, nem está sobreposto à Esquizofrenia, ao Transtorno Esquizofreniforme, ao Transtorno Delirante ou ao Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
- C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 163), um Episódio Misto (ver p. 164) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 165).

Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* sua condição clínica e/ou características:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas Grave Com Características Psicóticas (ver p. 187)

Crônico (ver p. 192).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Características Melancólicas** (ver p. 193). **Com Características Atípicas** (ver p. 194).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica atual do Transtorno Depressivo Maior ou as características do episódio mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 190) **Crônico** (ver p. 192)

Com Características Catatônicas (ver p. 193) **Com Características Melancólicas** (ver p. 193) **Com Características Atípicas** (ver p. 194)

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195)

Nota para a codificação: Ver p. 168 para procedimentos de registro.

296.3x Transtorno Depressivo Maior, Recorrente

- A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores (ver p. 161).

Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

- B. Os Episódios Depressivos Maiores não são melhores explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
- C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 163), um Episódio Misto (ver p. 164) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 165).

Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica e/ou características:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas

Grave Com Características Psicóticas (ver p. 187) **Crônico** (ver p. 192)

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Características Melancólicas** (ver p. 193). **Com Características Atípicas** (ver p. 194).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica atual do Transtorno Depressivo Maior ou as características do episódio mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 187) **Crônico** (ver p. 192)

Com Características Catatônicas (ver p. 193) **Com Características Melancólicas** (ver p. 193) **Com Características Atípicas** (ver p. 194)

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195)

Especificar

Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196).

Com Padrão Sazonal (ver p. 198)

Procedimentos de registro para Transtorno Depressivo Maior

Os códigos diagnósticos são selecionados como a seguir:

1. Os três primeiros dígitos são 296.
2. O quarto dígito é 2 (se existir apenas um Único Episódio Depressivo Maior) ou 3 (se existirem

- Episódios Depressivos Maiores recorrentes).
3. O quinto dígito indica: a gravidade do Episódio Depressivo Maior, se todos os critérios são satisfeitos, da seguinte forma: 1 para Leve, 2 para Moderado, 3 para Grave sem Características Psicóticas, 4 para Grave com Características Psicóticas. Se todos os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, o quinto dígito indica o *status* clínico do Transtorno Depressivo Maior da seguinte forma: 5 para Em Remissão Parcial, 6 para Em Remissão Completa. Se a gravidade ou a condição clínica atual são inespecificadas, o quinto dígito é 0.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: Transtorno Depressivo Maior especificadores codificadores no quarto dígito (p. ex., Recorrente), especificadores codificadores no quinto dígito (p. ex., Leve, Grave Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial), com tantos especificadores (sem códigos) quantos forem aplicáveis ao episódio atual ou mais recente (p. ex., Com Aspectos Melancólicos, Com Início no Pós-Parto), e com tantos especificadores (sem códigos) quantos forem aplicáveis ao curso dos episódios (p. ex., Com Recuperação Total Entre os Episódios); por exemplo, 296.32 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Moderado, Com Aspectos Atípicos, Com Padrão Sazonal, Com Recuperação Total Entre os Episódios.

300.4 Transtorno Distímico

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros, pelo período mínimo de 2 anos.

Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de 1 ano.

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

(1) apetite diminuído ou hiperfagia (2) insônia ou hipersonia

(3) baixa energia ou fadiga

(4) baixa auto-estima

(5) fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões

(6) sentimentos de desesperança

C. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses de cada vez.

D. Ausência de Episódio Depressivo Maior (p. 161) durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior Crônico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.

Nota: Pode haver ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

- E. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 163), um Episódio Misto (ver p. 164) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 165) e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.
- F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico Crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.
- G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma Substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).
- H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:

Início Precoce: antes da idade de 21 anos. **Início Tardio:** aos 21 anos ou mais.

Especificar (para os 2 anos de Transtorno Distímico mais recentes):

Com Características Atípicas (ver p. 194).

311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação inclui transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno da Adaptação Com Humor Depressivo (ver p. 270) ou Transtorno da Adaptação Misto de Ansiedade e Depressão (ver p. 270). Às vezes, os sintomas depressivos podem apresentar-se como parte de um Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação (ver p. 217). Exemplos:

1. Transtorno disfórico pré-menstrual: na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, os sintomas (p. ex., humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, acentuada instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividades) ocorreram regularmente durante a Última semana da fase lútea (e apresentaram remissão alguns dias após o início da menstruação). Estes sintomas devem ser suficientemente graves a ponto de interferir acentuadamente no trabalho, na escola ou em atividades habituais e devem estar inteiramente ausentes por pelo menos 1 semana após a menstruação (ver Apêndice B, no DSM-IV-TR, para critérios sugeridos para pesquisas).
2. Transtorno depressivo menor: episódios com pelo menos 2 semanas de sintomas depressivos, porém com menos do que os cinco itens exigidos para Transtorno Depressivo Maior (ver Apêndice B, no DSM-IV-TR, para critérios sugeridos para pesquisas).
3. Transtorno depressivo breve recorrente: episódios depressivos com duração de 2 dias a 2 semanas, ocorrendo pelo menos uma vez por mês, durante 12 meses (não associados com o ciclo menstrual) (ver Apêndice B, no DSM-IV-TR, para critérios sugeridos para pesquisas).
4. Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia: um Episódio Depressivo Maior que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia (ver Apêndice B, no DSM-IV-TR, para critérios sugeridos para pesquisas).
5. Um Episódio Depressivo Maior sobreposto a Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação ou fase ativa da Esquizofrenia.
6. Situações nas quais se conclui que um transtorno depressivo está presente, mas é impossível determinar se ele é primário, devido a uma condição médica geral, ou induzido por uma substância.

Transtornos Bipolares

Transtorno Bipolar I

Existem seis conjuntos distintos de critérios para o Transtorno Bipolar I: Episódio Maníaco Único, Episódio Mais Recente Hipomaníaco, Episódio Mais Recente Maníaco, Episódio Mais Recente Misto, Episódio Mais Recente Depressivo e Episódio Mais Recente Inespecificado. Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, é usado para descrever os indivíduos que estão tendo um primeiro episódio de mania. Os conjuntos restantes de critérios são usados para especificar a natureza do episódio atual (ou mais recente) em indivíduos com episódios de humor recorrentes.

296.0x para Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único

A. Presença de apenas um Episódio Maníaco (ver p. 163) e ausência de qualquer Episódio Depressivo Maior no passado.

Nota: A recorrência é definida como uma mudança de polaridade a partir da depressão ou depois de um intervalo de pelo menos 2 meses sem sintomas maníacos.

B. O Episódio Maníaco não é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo, nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar se:

Misto: quando os sintomas satisfazem os critérios para um Episódio Misto (ver p. 164).

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco, Misto ou Depressivo Maior, *especificar* sua condição clínica e/ou características:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas/Grave Com Características Psicóticas (ver p. 190).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Início no Pós-Parto** (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco, Misto ou Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica atual do Transtorno Bipolar I ou as características do episódio mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 190). **Com Características Catatônicas** (ver p. 193).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Nota para a codificação: Ver p. 178 para procedimentos de registro.

296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco

A. Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Hipomaníaco (ver p. 165).

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco (ver p. 163) ou Episódio Misto (ver p. 164).

- C. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhores explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 198).

Com Ciclagem Rápida (ver p. 198).

• **296.4x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco**

- A. Atualmente (ou mais recentemente) em Episódio Maníaco (ver p. 163).
- B. Houve, anteriormente, no mínimo um Episódio Depressivo Maior (ver p. 161), Episódio Maníaco (ver p. 163) ou Episódio Misto (ver p. 164).
- C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são mais bem explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco, *especificar* a condição e/ou características clínicas:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas/Grave Com Características Psicóticas (ver p. 187).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Início no Pós-Parto** (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco, *especificar* a condição clínica atual do Transtorno Bipolar I e/ou as características do Episódio Maníaco mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 190). **Com Características Catatônicas** (ver p. 193).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 198).

Com Ciclagem Rápida (ver p. 198).

Nota para a codificação: Ver p. 178 para procedimentos de registro.

1i 296.6x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto

- A. Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Misto (ver p. 164).
- B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Depressivo Maior (ver p. 161), Episódio Maníaco (ver p. 163) ou Episódio Misto (ver p. 164).
- C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhores explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Misto, *especificar* a condição e/ou características clínicas:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas/Graves Com Características Psicóticas (ver p. 187).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Início no Pós-Parto** (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Misto, *especificar* a condição clínica atual do Transtorno Bipolar I e/ou as características do Episódio Misto mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 190). **Com Características Catatônicas** (ver p. 193).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Especificar

Especificadores de Curso longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196)

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 198)

Com Ciclagem Rápida (ver p. 198).

Nota para a codificação: Ver p. 178 para procedimentos de registro.

296.5x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo

A Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Depressivo Maior (ver p 161).

- B. Houve, anteriormente, no mínimo um Episódio Maníaco (ver p. 163) ou Episódio Misto (ver p. 164).
- C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhores explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* a condição e/ou características clínicas:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas/Grave Com Características Psicóticas (ver p. 187).

Crônico (ver p. 192).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Características Melancólicas** (ver p. 193). **Com Características Atípicas** (ver p. 194).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica atual do Transtorno Bipolar I e/ou as características do Episódio Depressivo Maior mais recente:

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 190). **Crônico** (ver p. 192).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Características Melancólicas** (ver p. 193). **Com Características Atípicas** (ver p. 194).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 198).

Com Ciclagem Rápida (ver p. 198).

Nota para a codificação: Ver p. 178 para procedimentos de registro.

296.7 Transtorno Bipolar I, Episódio Inespecificado

- A. Os critérios, exceto pela duração, são atualmente (ou foram mais recentemente) satisfeitos para um Episódio Maníaco (ver p. 163), Episódio Hipomaníaco (ver p. 165), Episódio Misto (ver p. 164) ou Episódio Depressivo Maior (ver p. 161)
- B. Houve, anteriormente, no mínimo um Episódio Maníaco (ver p. 163) ou Episódio Misto (ver p. 164)
- c. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhores explicados por um Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
- E. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento), ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 198).

Com Ciclagem Rápida (ver p. 198).

Procedimentos de registro para Transtornos Bipolar I

1. Os primeiros três dígitos também são 296.
2. O quarto dígito indica a natureza do episódio atual (ou, se o Transtorno Bipolar I está atualmente em remissão parcial ou completa, a natureza do episódio mais recente) da seguinte forma: 4 se o episódio atual ou mais recente é um Episódio Hipomaníaco ou Episódio Maníaco, 6 se é um Episódio Misto, 5 se é um Episódio Depressivo Maior e 7 se o episódio atual ou mais recente é Inespecificado.
3. O quinto dígito (exceto para Transtorno Bipolar **I**, Episódio Mais Recente Hipomaníaco e Transtorno Bipolar **I**, Episódio Mais Recente Inespecificado) indica a gravidade do episódio atual, se todos os critérios para um Episódio Maníaco, Misto ou Depressivo Maior são satisfeitos, da seguinte forma: 1 para Leve, 2 para Moderado, 3 para Grave sem Características Psicóticas, 4 para Grave com Características Psicóticas. Se todos os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco, Misto ou Depressivo Maior, o quinto dígito indica a condição clínica do Transtorno Bipolar I da seguinte forma: 5 para Em Remissão Parcial, 6 para Em Remissão Completa. Se a gravidade ou a condição clínica atual são inespecificadas, o quinto dígito é 0. Para o Transtorno Bipolar **I**, Episódio Mais Recente Hipomaníaco, o quinto dígito é sempre "0". Para o Transtorno Bipolar, Episódio Mais Recente Inespecificado, não há quinto dígito.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: Transtorno Bipolar **I**, especificadores codificadores no quarto dígito (p. ex., Episódio Maníaco Maior Recente), especificadores codificadores no quinto dígito (p. ex., Leve, Grave Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial), com tantos especificadores (sem códigos) quantos forem aplicáveis ao episódio atual ou mais recente (p. ex., Com Aspectos Melancólicos, Com Início no Pós-Parto), e com tantos especificadores (sem códigos) quantos forem aplicáveis ao curso dos episódios (p. ex., Com Ciclagem Rápida); por exemplo, 296.54 Transtorno Bipolar **I**, Episódio Mais Recente Depressivo, Grave Com Aspectos Psicóticos, Com Aspectos Melancólicos, Com Ciclagem Rápida.

Observe que se o episódio único de Transtorno Bipolar I for um Episódio Misto, o diagnóstico deve ser indicado como 296.0x Transtorno Bipolar **I**, Episódio Único, Maníaco, Misto.

296.89 Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes com Episódios Hipomaníacos)

- A. Presença (ou histórico) de no mínimo um Episódio Depressivo Maior (ver p.161).
- B. Presença (ou histórico) de um Episódio Hipomaníaco (ver p. 165).
- C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 163) ou um Episódio Misto (ver p. 164)
- D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhores explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
- E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco: se atualmente (ou mais recentemente) em Episódio Hipomaníaco (ver p. 165)

Depressivo: se atualmente (ou mais recentemente) em Episódio Depressivo Maior (ver p. 161).

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica atual e/ou características:

Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas/Grave Com

Características Psicóticas (ver p. 190)

Nota: Os códigos do quinto dígito especificados na p. 190 não podem ser usados aqui, pois o código para o Transtorno Bipolar II já usa o quinto dígito.

Crônico (ver p. 192).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Características Melancólicas** (ver p. 193). **Com Características Atípicas** (ver p. 194).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um Episódio Hipomaníaco ou Depressivo Maior, *especificar* a condição clínica do Transtorno Bipolar II e/ou as características do Episódio Depressivo Maior mais recente (somente se este for o tipo mais recente de episódio de humor):

Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (ver p. 190)

Nota: Os códigos do quinto dígito especificados na p. 190 não podem ser usados aqui, pois o código para o Transtorno Bipolar II já usa o quinto dígito.

Crônico (ver p. 192).

Com Características Catatônicas (ver p. 193). **Com Características Melancólicas** (ver p. 193). **Com Características Atípicas** (ver p. 194).

Com Início no Pós-Parto (ver p. 195).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre os Episódios) (ver p. 196).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 198).

Com Ciclagem Rápida (ver p. 198).

301.13 Transtorno Ciclotímico

A. Pelo período mínimo de 2 anos, presença de vários períodos com sintomas hipomaníacos (ver p. 165) e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Nota: Em crianças e adolescentes, duração mínima de 1 ano.

- B. Durante o período de 2 anos estipulado em A (1 ano para crianças e adolescentes), o indivíduo não ficou sem os sintomas do Critério A por mais de 2 meses consecutivos.
- C. Nenhum Episódio Depressivo Maior (p. 161), Episódio Maníaco (p. 163) ou Episódio Misto (ver p. 164) esteve presente durante os 2 primeiros anos da perturbação.

t **Nota:** Após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) do

Transtorno Ciclotímico, pode haver sobreposição de Episódios Maníacos ou Mistos (sendo que neste caso Transtorno Bipolar I e Transtorno Ciclotímico podem ser diagnosticados concomitantemente) ou de Episódios Depressivos Maiores (podendo-se, neste caso, diagnosticar tanto Transtorno Bipolar II quanto Transtorno Ciclotímico).

D, Os sintomas no Critério A não são melhores explicados por Transtorno Esquizoafetivo, nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

- E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).
- F. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação compreende transtornos com características bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Bipolar específico. Exemplos:

1. Alternância muito rápida (em questão de dias) entre sintomas maníacos e sintomas depressivos que não satisfazem os critérios de duração mínima para um Episódio Maníaco ou um Episódio Depressivo Maior.
2. Episódios Maníacos recorrentes sem sintomas depressivos intercorrentes.
3. Episódio Maníaco ou Episódio Misto sobreposto a Transtorno Delirante, Esquizofrenia residual ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.
4. Episódios Hipomaníacos, juntamente com sintomas depressivos crônicos, que não sejam freqüentes o suficiente a ponto de se qualificarem para um diagnóstico de Transtorno Ciclotímico.
5. Situações nas quais se conclui pela presença de Transtorno Bipolar, mas não se é capaz de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por uma substância.

Outros Transtornos do Humor

293.83 Transtorno do Humor Devido a ... (Indicar a Condição Médica Geral)

A. Predomínio de uma perturbação proeminente e persistente do humor, caracterizada por um dos seguintes quesitos (ou ambos):

- (1) humor depressivo, ou acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades

(2) humor eufórico, expansivo ou irritável

- B. Existem evidências, a partir do histórico, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno da Adaptação Com Humor Depressivo, em resposta ao estresse de ter uma condição médica geral).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*.
- E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar tipo:

Com Características Depressivas: se ocorre predomínio de um humor depressivo, porém sem satisfazer todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

Com Episódio do Tipo Depressivo Maior: se são satisfeitos todos os critérios (exceto Critério D) para um Episódio Depressivo Maior (ver p. 161).

Com Características Maníacas: se ocorre predomínio de um humor expansivo, eufórico ou irritável.

Com Características Mistas: se há sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles.

Nota para a codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por exemplo, 293.83 Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo Com Características Depressivas; codificar também a condição médica geral no Eixo II (ver Apêndice G para códigos).

Nota para a codificação: Se os sintomas depressivos ocorrem como parte de uma Demência Vascular preexistente, indicar os sintomas depressivos codificando o subtipo apropriado da demência se algum estiver disponível, por exemplo, 290.43 Demência Vascular, Com Humor Depressivo.

Transtorno do Humor Induzido por Substância

A. Predomínio de uma perturbação proeminente e persistente do humor, caracterizada por um dos seguintes sintomas (ou ambos):

(1) humor depressivo ou diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades

(2) humor eufórico, expansivo ou irritável

B. Existem evidências, a partir do histórico, do exame físico ou de achados laboratoriais, de (1) ou (2):

(1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou no período de um mês após a Intoxicação ou Abstinência de Substância (2) o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com a perturbação

A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno do Humor não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhores explicados por um Transtorno do Humor não induzido por substância podem incluir as seguintes: os sintomas precedem o início do uso da substância (ou medicamento); os sintomas persistem por um período substancial (p. ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave, ou excedem substancialmente o que seria de esperar, dado o tipo ou

a quantidade de substância usada ou a duração do uso; ou existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno do Humor independente, não induzido por substância (p. ex., um histórico de Episódios Depressivos Maiores recorrentes).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um *delirium*.

E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas de humor excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando são suficientemente graves a ponto de indicar atenção clínica independente.

Codificar Transtorno do Humor Induzido por [Substância Específica]: (291.89 Álcool; 292.84 Anfetamina [ou Substância Assemelhada]; 292.84 Cocaína; 292.84 Alucinógeno; 292.84 Inalante; 292.84 Opióide; 292.84 Fenciclidina [ou Substância Assemelhada]; 292.84 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; 292.84 Outra Substância [ou Substância Desconhecida]).

Especificar tipo:

Com Características Depressivas: se o humor predominante é depressivo.

Com Características Maníacas: se o humor predominante expansivo, eufórico ou irritável.

Com Características Mistas: se há sintomas tanto de mania quanto de depressão, sem predomínio de nenhum deles.

Especificar se (ver tabela na p. 108 para aplicabilidade por substância):

Com Início Durante a Intoxicação: são satisfeitos os critérios para Intoxicação com a substância, e os sintomas desenvolvem-se durante a síndrome de intoxicação.

Com Início Durante a Abstinência: são satisfeitos os critérios para Abstinência da substância, e os sintomas desenvolvem-se durante ou logo após uma síndrome de abstinência.

296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação

Esta categoria inclui transtornos com sintomas de humor que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno do Humor específico e nos quais é difícil escolher entre Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (p. ex., agitação aguda).

Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

Diversos especificadores são oferecidos para os Transtornos do Humor, com o intuito de aumentar a especificidade diagnóstica e de criar subgrupos mais homogêneos, auxiliar na seleção do tratamento e melhorar a previsão do prognóstico. Os especificadores de Gravidade/ Psicótico/de Remissão descrevem a condição clínica atual do Transtorno do Humor. Os seguintes especificadores descrevem características de sintomas ou curso do episódio de humor atual (ou do mais recente, se os critérios

não são atualmente satisfeitos para nenhum episódio):

Crônico, Com Características Catatônicas, Com Características Melancólicas, Com Características Atípicas, e Com Início no Pós-Parto. Os especificadores que indicam gravidade, remissão e características psicóticas podem ser codificados no quinto dígito do código diagnóstico para a maioria dos Transtornos do Humor. Os demais especificadores não podem ser codificados. A Tabela 1 indica os especificadores de gravidade que se aplicam a cada Transtorno do Humor (ver p. 188-189).

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão para Episódio Depressivo Maior

Nota: Codificar no quinto dígito. Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas e Grave Com Características Psicóticas podem ser aplicados somente se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior. Em Remissão Parcial e Em Remissão Completa podem ser aplicados ao Episódio Depressivo Maior mais recente no Transtorno Depressivo Maior, e a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor.

. x1 - Leve: Poucos sintomas (se houver) excedendo os exigidos para o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em pequeno prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

. x2 - Moderado: Sintomas de prejuízo funcional entre "leve" e "grave".

. x3 - Grave Sem Características Psicóticas: Diversos sintomas excedendo os necessários para fazer o diagnóstico, sendo que os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional, em atividades habituais ou nos relacionamentos com os outros.

. x4 - Grave Com Características Psicóticas: Delírios ou alucinações.

Se possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor.

Características Psicóticas Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Características Psicóticas Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Estão incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de controle.

. x5 - Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Depressivo Maior, porém não são satisfeitos todos os critérios ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Depressivo Maior, com duração mínima de 2 meses após o término de um Episódio Depressivo Maior. (Se o Episódio Depressivo Maior esteve sobreposto a um Transtorno Distímico, o diagnóstico isolado de Transtorno Distímico é dado apenas quando não mais são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.)

.x6 - Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou de sintomas

significativos da perturbação.

.x0 - Inespecificado.

Critérios para Especificadores de Gravidade Psicótico/de Remissão para Episódio Maníaco Atual (ou Mais Recente)

Nota: Codificar no quinto dígito. Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas e Grave com Características Psicóticas podem ser aplicados somente se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco. Em Remissão Parcial e Em Remissão Completa podem ser aplicados ao Episódio Maníaco no Transtorno Bipolar I apenas se é este o tipo mais recente de episódio de humor.

.x1 - **Leve:** Satisfaz os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco.

.x2 - **Moderado:** Extremo aumento da atividade ou prejuízo no julgamento.

.x3 - **Grave Sem Características Psicóticas:** Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo e a terceiros. . x4 - **Grave Com Características Psicóticas:** Delírios ou alucinações.

Se possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor:

Características Psicóticas Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. **Características Psicóticas Incongruentes com o Humor:** Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com idéias ou temas grandiosos), inserção de pensamentos e delírios de ser controlado.

.x5 - **Em Remissão Parcial:** Presença de sintomas de um Episódio Maníaco, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Maníaco com duração inferior a 2 meses após o término do Episódio Maníaco.

.x6 - **Em Remissão Completa:** Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou de sintomas significativos da perturbação.

.x0 - Inespecificado.

Critérios para Especificadores de Gravidade Psicótico/de Remissão para Episódio Misto Atual (ou Mais Recente)

Nota: Codificar no quinto dígito. Leve, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas e Grave Com Características Psicóticas podem ser aplicados somente se os critérios são atualmente satisfeitos para um Episódio Misto. Em Remissão Parcial e Em Remissão Completa podem ser aplicados ao Episódio Misto no Transtorno Bipolar I apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor.

.x1 - **leve:** Satisfaz os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco ou um Episódio

Depressivo Maior.

.x2 - Moderado: Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "grave".

. x3 - Grave Sem Características Psicóticas: Supervisão quase contínua é necessária para *evitar* danos físicos ao próprio indivíduo ou a terceiros. **. 4x - Grave Com Características Psicóticas:** Delírios ou alucinações.

Se possível, especificar se as características psicóticas são congruentes ou incongruentes com o humor:

Características Psicóticas Congruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos ou depressivos típicos.

Características Psicóticas Incongruentes com o Humor: Delírios ou alucinações cujo conteúdo não *envolve* temas maníacos ou depressivos típicos. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com temas grandiosos ou depressivos), inserção de pensamentos e delírios de ser controlado.

. x5 - Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Misto, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Misto que dura no mínimo 2 meses após o término de um Episódio Maníaco.

. x6 - Em Remissão Completa: Durante os 2 últimos meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

. x0 - Inespecificado.

Especificador Crônico

Especificar se:

Crônico: (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, e a um Episódio Depressivo Maior ou Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II apenas se este for o tipo mais recente de episódio de humor).

Todos os critérios para Episódio Depressivo Maior foram satisfeitos continuamente, pelo período mínimo de 2 anos.

• Especificador Com Características Catatônicas

Especificar se:

Com Características Catatônicas: (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, no Transtorno Bipolar I ou no Transtorno Bipolar II).

Predomínio de no mínimo dois dos seguintes aspectos:

(1) imobilidade evidenciada por catalepsia (incluindo flexibilidade cêrea) ou estupor

- (2) atividade motora excessiva (aparentemente sem propósito e não influenciada por estímulos externos)
- (3) negativismo extremo (resistência aparentemente imotivada a todas as instruções, ou manutenção de uma postura rígida, contrariando tentativas de mobilização) ou mutismo
- (4) peculiaridades dos movimentos voluntários, evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes
- (5) ecolalia ou ecopraxia

Especificador Com Características Melancólicas

Especificar se:

Com Características Melancólicas: (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, ou a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar 11, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor).

A. Qualquer um dos seguintes quesitos, ocorrendo durante o período mais grave do episódio atual:

- (1) perda de prazer por todas ou quase todas as atividades
- (2) falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa)

B. Três (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) qualidade distinta de humor depressivo (i. é, o humor depressivo é vivenciado como nitidamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido)
- (2) depressão regularmente pior pela manhã
- (3) despertar muito cedo pela manhã (pelo menos 2 horas antes do horário habitual)
- (4) acentuado retardo ou agitação psicomotora (5) anorexia ou perda de peso significativa
- (6) culpa excessiva ou inadequada

Especificador Com Características Atípicas

Especificar se:

Com Características Atípicas: (pode ser aplicado quando estas características predominam durante as 2 semanas mais recentes de um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Depressivo Maior, ou no Transtorno Bipolar I, ou Transtorno Bipolar 11, quando o Episódio Depressivo Maior é o tipo mais recente de episódio de humor, ou quando estas características predominam durante os 2 anos mais recentes de Transtorno Distímico; se o Episódio Depressivo Maior não for atual, aplica-se caso as características predominem durante um período de 2 semanas).

A. Reatividade do humor (i. é, o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais)

B. Duas (ou mais) das seguintes características:

- (1) ganho de peso ou aumento do apetite significativos
- (2) hipersonia
- (3) paralisia" de chumbo" (i. é, sensações de peso, de ter chumbo nos braços ou nas pernas)
- (4) padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo

C. Não são satisfeitos os critérios para Com Características Melancólicas ou Com Características Catatônicas durante o mesmo episódio.

Especificador Com Início no Pós-Parto

Especificar se:

Com Início no Pós-Parto: (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, ou a um Transtorno Psicótico Breve).

O início do episódio ocorre dentro de 4 semanas do período pós-parto.

Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes

Os especificadores que descrevem o curso de episódios recorrentes incluem Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre os Episódios), Padrão Sazonal e Ciclagem Rápida. Esses especificadores não podem ser codificados. A Tabela 2 indica os especificadores de curso que se aplicam a cada Transtorno do Humor.

Especificadores de Curso longitudinal

Especificar se (pode ser aplicado a Transtorno Depressivo Maior Recorrente ou Transtorno Bipolar I ou II)

Com Recuperação Completa Entre os Episódios: se a remissão completa é alcançada entre os dois episódios de humor mais recentes. **Sem Recuperação Completa Entre os Episódios:** se a remissão completa não é alcançada entre os dois episódios de humor mais recentes.

Especificador Com Padrão Sazonal

Especificar se:

Com Padrão Sazonal: (pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II ou

Transtorno Depressivo Maior, Recorrente).

A.Há uma relação temporal regular entre o início dos Episódios Depressivos Maiores no Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II ou Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, e uma determinada estação do ano (p. ex., aparecimento regular do Episódio Depressivo Maior no outono ou no inverno).

Nota: Não incluir os casos nos quais existe um óbvio efeito de estressores psicossociais relacionados à estação (p. ex., estar regularmente desempregado a cada inverno).

B.Remissões completas (ou uma mudança de depressão para mania ou hipomania) também ocorrem em uma época característica do ano (p. ex., a depressão desaparece na primavera).

C.Nos últimos 2 anos, ocorreram dois Episódios Depressivos Maiores, demonstrando as relações temporais sazonais definidas nos Critérios A e B, e nenhum Episódio Depressivo Maior não-sazonal ocorreu durante o mesmo período.

D. Os episódios Depressivos Maiores Sazonais (como recém-descritos) superam substancialmente em número os Episódios Depressivos Maiores não-sazonais que podem ter ocorrido durante a vida do indivíduo.

Especificador Com Ciclagem Rápida

Especificar se:

Com Ciclagem Rápida: (pode ser aplicado ao Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II).

Nos últimos 12 meses, no mínimo quatro episódios de perturbação do humor que satisfazem os critérios para Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco.

Nota: Os episódios são demarcados por uma remissão parcial ou completa com duração mínima de 2 meses, ou por uma guinada para um episódio de polaridade oposta (p. ex., de Episódio Depressivo Maior para Episódio Maníaco).