

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEPRESSÃO NO SÉCULO XX: UMA ANÁLISE DA CLASSIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO NAS DIFERENTES EDIÇÕES DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (DSMs) E POSSÍVEIS REPERCUSSÕES DESTAS MUDANÇAS NA VISÃO DE MUNDO MODERNA

SILVANA A. T. FERREIRA

RESUMO

Partindo do pressuposto de que as produções do campo médico, de uma forma geral, e da psiquiatria, especificamente, se difundem para o público leigo e produzem visões de mundo e modos de entender o sujeito, este artigo pretende fazer um relato breve da história da evolução das classificações psiquiátricas ao longo do século XX, estudando o caso do conceito e classificação de depressão a partir da análise das edições I, II, III, III-R, IV e IV-R dos Manuais Estatísticos e Diagnósticos dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSMs). Ainda, a partir do acima exposto, discute as possíveis repercussões que estas mudanças produziram na dinâmica de forças dentro do campo psiquiátrico em si e, através da sua divulgação para o público leigo, na concepção que as pessoas em geral têm de si, de suas vicissitudes, do sofrimento psíquico e do que devem fazer para resolvê-los.

PALAVRAS-CHAVE: *Depressão; Classificação em psiquiatria; DSM.*

INTRODUÇÃO

Fim da manhã. Acaba o segundo tempo de aula da disciplina de Psiquiatria

do curso de Medicina do qual sou professora. Barulho de cadeiras, conversa e risos, e este alarido me soa agradável como sempre, fazendo com que eu me sinta mais jovem do que sou de fato e parte daquele grupo esperançoso de pessoas recém-saídas da adolescência. Alguns alunos se aproximam pedindo orientação de estudo; outros querem verificar se eu lhes dei presença na pauta durante a chamada. Eu os atendo enquanto desligo o datashow, recolho minhas coisas e me preparo para deixar o ambiente. Invariavelmente, restam três ou quatro no fundo da sala de aula. Esperam a confusão se desfazer para me procurar: “Professora, posso falar com você?” “Professora, tem alguns minutos?” Algumas vezes sento com eles em roda e conversamos juntos; em outras, a demanda é conversar individualmente. Queixam-se, em grande parte das vezes, de depressão. Depressão, neste contexto, na maioria das vezes, é um relato de como se sentem mal após término de namoro, risco de reprovação em disciplinas, saudades de casa e outras coisas assim. Eventualmente, pode incluir tristeza, desânimo, dificuldades de aprender e levantar da cama pela manhã. Este tipo de demanda é quase rotineira, nem me chama mais a atenção. O que surpreende é que, com raras exceções, ninguém se pergunta

do porquê de estar se sentindo deste modo: por que estou insatisfeito? Será que escolhi o curso certo? Amo meu namorado? Qual o sentido da vida? O que ocorre é diferente: grande parte de meus alunos faz uso de antidepressivos e quer tirar dúvidas a este respeito. A dose está certa? Devo trocar? É assim mesmo o efeito colateral? Não surge demanda de psicoterapia; alguns, às vezes, verbalizam alguma curiosidade a respeito de psicanálise, mas não é o mais frequente, e, geralmente, se acompanha de comentários do tipo “muito caro”, “muito demorado”, “não tenho tempo”. A regra é medicação. Antidepressivos, ansiolíticos e metilfenidato, são estas providências que meus alunos tomam para lidar com seus problemas, principalmente o primeiro. Fora isso, chopadas e Redbull para rebater. Que história é esta? Há, no máximo, duas décadas, o panorama era diferente: o paradigma para o manejo do sofrimento causado pelas vicissitudes da vida diária costumava ser o conhecimento de si, o trabalho das próprias dificuldades no setting constituído pelas psicoterapias/psicanálise. O que mudou? Quando e de que forma este modelo foi substituído por um modelo intervencionista exclusivo através de psicofármacos neste mesmo sofrimento? Certamente, o que mudou não foi a capacidade do ser humano de sofrer no decorrer da sua existência. Foi a forma de lidar com o sofrimento.

Fora as implicações que tal constatação produz no que diz respeito ao ensino médico e à dinâmica dos cursos de medicina e que tem recebido crescente atenção no campo, utilizo esta experiência para introduzir a discussão aqui proposta^{1,2}.

Trocando em miúdos, pretendo, através da exposição das mudanças ocorridas na classificação psiquiátrica ao longo do século XX, tentar explicar porque meus alunos não falam mais de si, mas sim de suas receitas e dos remédios que tomam.

A PSIQUIATRIA ENTRE O FÍSICO E O MORAL

A psiquiatria é saber ao qual corresponde uma prática e uma tecnologia de cuidado que tem se ocupado, desde seu surgimento, da apreensão, enunciação e solução das perturbações mentais das quais padece o ser humano, dividindo-se, ao longo de sua história, entre dois polos explicativos: o físico e o moral³. Entre as teorias e práticas desenvolvidas dentro do campo e representações a ele associadas, encontramos uma alternância e convivência daquelas que privilegiam os aspectos físico-orgânicos dos fenômenos e de outras que vão enfatizar as explicações de ordem moral dos fenômenos. Esta disputa dentro do campo quanto às possíveis formas de compreensão destas perturbações reflete a tensão constitutiva no modo moderno de se representar a pessoa – o Indivíduo – em suas diferentes formas de atualização⁴. O surgimento da psiquiatria – sua teoria e suas práticas – paradigmaticamente, expressa e reifica a dualidade interna e inerente à própria concepção de indivíduo.

Inaugurada pelo alienismo no fim do século XVIII, a medicina psiquiátrica, diferentemente de suas “companheiras”, surge distanciada do campo da anátomo-patologia e à revelia de sua legitimação. Baseia-se em discurso moral que dá conta da causalidade das doenças mentais e dirige seu interesse ao que está expresso, isto é, aos afetos e comportamentos, em oposição à ideia de lesão, interna. Não podendo legitimar-se como o resto do saber médico, o alienismo buscou sua positividade não na possibilidade de desvendar os mecanismos de doença, mas sim na capacidade de cura ou controle do que é expresso na doença mental (alteração de comportamento). A loucura alienada é vista, em seu corpo teórico, como fruto da exacerbação das paixões associada a uma incongruên-

cia da vontade em contê-las. Desta forma, aproxima-se da vida normal – paixão e vontade fazem parte desta – porém, é vivência anormalmente intensa advinda de ocorrências cotidianas e inter-relações sociais patogênicas. Ao aproximar o que é da loucura do que é da vivência normal, propõe uma possibilidade de cura para a alienação, o tratamento moral e “recupera” a possibilidade do alienado ser visto como um indivíduo^{5,6,7}.

No entanto, a busca de lesões no cérebro ou disfunções físicas responsáveis pelas doenças mentais é tão antiga quanto Hipócrates e sua descrição de melancolia baseada na teoria dos humores^{8,9}. Neste sentido, surge na França, na segunda metade do século XIX, a teoria da degenerescência, de orientação lamarckista, que afirmava ser a doença mental resultado de degeneração do sistema nervoso, causada, por sua vez, por comportamentos inadequados de gerações anteriores. Teria, portanto, uma causa física e seria hereditária. Na passagem do século XIX para o XX, surgem teorias localizacionistas na psiquiatria alemã, representadas pela figura de Emil Kraepelin. Esta mudança no campo relacionou-se não só às dificuldades do alienismo e do tratamento moral em corresponderem às expectativas, como também ao fortalecimento do paradigma fisicalista dentro do campo da medicina. Para Kraepelin: 1) os transtornos mentais deveriam ser compreendidos em analogia às doenças físicas, ou seja, causas específicas para síndromes específicas; 2) a classificação dos transtornos mentais deveria se ater à observação cuidadosa dos fenômenos visíveis, só assim seria possível se identificar agrupamentos de sintomas com curso e evoluções previsíveis; e 3) a pesquisa empírica iria, eventualmente, revelar as origens orgânicas/bioquímicas dos transtornos mentais, sendo as classificações os primeiros passos deste processo^{10,11}.

Até pelo menos os anos 30 do século XX, essas teorias fisicalistas, deterministas e hereditaristas obtiveram grande sucesso junto aos médicos e cientistas da época, fundamentando políticas eugênicas em vários países do Ocidente. Após a Segunda Guerra Mundial, entretanto, foi possível acompanhar o desenvolvimento de duas correntes teóricas da psiquiatria identificadas com o que chamamos de suas “vertentes morais”. A primeira delas foi a psicanálise, a qual difundiu-se pelo mundo ocidental, em especial Europa e EUA ao longo das primeiras três décadas do século XX, a partir da publicação de *A Interpretação dos Sonhos* de Sigmund Freud em 1899. A segunda foi o movimento interno à psiquiatria que veio a ser genericamente chamado de antipsiquiatria e representado pela “psiquiatria democrática” italiana de Franco Basaglia, cuja intenção final consistia na reinserção do louco na sociedade que o havia excluído¹². Em ambos os casos, desaparece a concepção de doença mental como fato biológico exclusivo. Em substituição à ideia de diferença (ancorada na biologia), estas vertentes morais da psiquiatria utilizaram o conceito de alteridade: todos são iguais em valor (indivíduos), mas diferentes em sua subjetividade (dimensão intrapessoal singular).

Neste mesmo período em que se assistia uma “psicanalização” da psiquiatria, ocorria, em paralelo, a revolução psicofarmacológica que conviveu com o discurso e a ideologia psicanalíticos e com a ideologia antipsiquiátrica. Apenas com a contenção química atingida com o uso dos antipsicóticos, foi possível se controlar os comportamentos desviantes e “abrir as portas dos hospícios”⁷.

Essa convivência amigável entre as vertentes morais da psiquiatria e sua vertente biológica representada pela psicofarmacologia não dura muito. Na década de setenta, vai ser deflagrado o processo de

mudança do paradigma psicanalítico pelo paradigma biológico no interior do campo psiquiátrico. Esta mudança será coroada pela “revolução terminológica” do DSM-III, publicado em 1980.

A REVOLUÇÃO CLASSIFICATÓRIA NO CAMPO DA PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX E SUAS CONSEQUÊNCIAS: OS DSMs

Vamos examinar essa mudança de paradigma através da exploração da mudança radical na dinâmica classificatória na psiquiatria ocorrida em 1980 com a publicação da terceira versão do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association*) o DSM-III. Se a ênfase às explicações morais (entre elas, a psicanálise) se manteve estável até a segunda metade da década de setenta, a partir daí fica flagrante uma retomada do fisicalismo pela psiquiatria americana. Este movimento foi chamado de neokraepelinianismo e representou o retorno a um modelo que enfatizava a atividade classificatória categorial e opõe-se ao ponto de vista dimensional da

psicanálise.

Em função da alta prevalência de transtornos mentais impulsionada pelas demências, no ano de 1989, o Congresso Americano deliberou que a década de 90 fosse a “década do cérebro” e, de fato, este período foi marcado por maciços investimentos financeiros no desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas (como psicofármacos e neuroimagem) e no campo da pesquisa (genética, neuroquímica).

Ao longo deste processo, o aumento do número de quadros classificados como categorias diagnósticas (Tab.1) correspondeu a um aumento do número de quadros passíveis de serem tratados através da administração de psicofármacos. Neste contexto, uma determinada concepção acerca do sujeito ganhou força e poder de convencimento, onde o cérebro em sua fisicalidade adquiriu papel central nas representações sobre o fenômeno humano e o adoecer, e padrões de comportamento, anteriormente considerados desviantes ou socialmente problemáticos, passaram a ser reconhecidos como categorias diagnósticas e codificados como perturbação mental. Este fato foi chamado de “expansionismo neuroexplicativo”¹³. Estes comportamentos – biologicamente determinados – eram

Tabela 1. Número de categorias diagnósticas nas diferentes edições dos DSMs.

Versão	Ano	Nº Total de Diagnósticos	Nº Total de Páginas
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	886

FONTE: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, I-IV (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994). (Mayes & Horwitz, 2005).

passíveis de intervenção apenas através da prescrição de medicamentos.

Após décadas de convívio, e mesmo de predomínio da psicanálise, o campo psiquiátrico foi invadido por outra lógica: a problemática mental saiu da esfera da autorreflexão e passou a ser compreendida, exclusivamente, como a necessidade de medicação eficiente no controle de suas manifestações.

Esta passagem da hegemonia dos conceitos psicanalíticos – e socioculturais – para uma hegemonia de conceitos fisicalistas pode ser acompanhada através da análise de ocorrências internas ao campo psiquiátrico e que vão acontecer, em especial, a partir do início da década de oitenta (ainda que tenham se iniciado na década anterior), a saber: as alterações na nosologia psiquiátrica – mudanças terminológicas na classificação dos transtornos psiquiátricos nas diferentes edições do DSM¹⁴.

AS ALTERAÇÕES NA NOSOLOGIA PSQUIÁTRICA - OS DSMS: O DSM-I^A

Um interesse renovado pela abordagem ambulatorial dos transtornos mentais a partir da Segunda Guerra Mundial originou a publicação, em 1952, de nova classificação americana mais adequada à prática extra-asilar, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, primeira edição (o DSM-I). Foi desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde.

Este manual – o DSM-I – foi profundamente marcado pela psicanálise e pelas ideias de Adolf Meyer, psiquiatra de

grande destaque na psiquiatria americana da época. Foi sistema classificatório baseado em uma compreensão biopsicossocial da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente. Meyer enfatizava uma “concepção globalista do ser humano e de suas capacidades de adaptação” e opunha-se à concepção kraepeliniana das “doenças mentais – entidades”. Defendia que os transtornos mentais eram modos de reação desadaptativos a situações diversas. Em contraste à abordagem descritiva de Kraepelin, a concepção “reativa ou ambiental” de Meyer gerava a ideia de um gradiente de transtornos mentais que se alongava de um extremo – a saúde mental – até o outro – a doença mental grave¹⁵.

O DSM-II^B

A segunda edição do manual, o DSM-II, foi publicada em 1968, em paralelo à CID-08, apesar de já haver intenção de serem compatíveis. Nesta edição do manual, o paradigma psicanalítico de compreender as perturbações mentais se tornou ainda mais evidente. Apesar de nesta edição ter sido abandonada a noção dos transtornos mentais como reação aos eventos de vida, há flagrante continuidade entre a primeira e a segunda edição do DSM, visto que ambas utilizam a psicanálise como referencial para compreensão e tratamento dos transtornos mentais, além de ressaltarem a natureza simbólica dos sintomas.

Ainda que os DSM-I e II configurassem classificações americanas feitas para a psiquiatria americana, o apelo por uma classificação internacional nunca deixou de existir no campo psiquiátrico como um todo.

A. Diagnostic and Statistic Manual, first edition. American Psychiatric Association, 1952. www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf.

B. Diagnostic and Statistic Manual, second edition. American Psychiatric Association, 1968. www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf.

O DSM-III E EDIÇÕES SUBSEQUENTES^C

Um estudo colaborativo transnacional sobre processo diagnóstico em esquizofrenia vinha sendo desenvolvido com a coordenação da OMS na década de setenta. Este estudo, chamado de Estudo Piloto Internacional sobre a Esquizofrenia, revelou que este transtorno era diagnosticado mais comumente nos EUA e União Soviética do que no resto do mundo¹⁶. Este estudo não teria tido tanto impacto se, na mesma época, não estivesse em jogo um novo conceito na terapêutica em psiquiatria. Até os anos cinquenta, a psiquiatria mantinha seu referencial psicológico purgando o campo dos transtornos biologicamente determinados e transferindo a responsabilidade por transtornos cuja etiologia orgânica/tratamento farmacológico eram descobertos: assim, os transtornos relacionados a alterações hormonais ou deficiências vitamínicas passaram aos cuidados dos endocrinologistas e clínicos gerais, os transtornos psiquiátricos secundários à sífilis passaram aos cuidados do infectologista e a epilepsia passou a ser objeto de atenção dos neurologistas, por exemplo.

Porém, a descoberta dos psicofármacos na década de cinquenta e a evidência de sua eficácia diferencial no tratamento dos transtornos psiquiátricos fez com que esta modalidade terapêutica (medicamentos) fosse incorporada ao campo, apesar das resistências¹¹. A promessa de descoberta de psicofármacos de última geração que pudessem oferecer tratamento medicamentoso específico para uma gama cada vez maior de transtornos psiquiátricos valorizou a preocupação com “diagnóstico correto” para cada caso e que cada caso fosse sempre – por todos os psiquia-

tras em todos os lugares – diagnosticado da mesma forma^{11,17}. A ausência de sistema classificatório e diagnóstico estruturado num campo psiquiátrico dominado pela psicanálise tornava este passo mais difícil e inviabilizava pesquisas no campo.

Outra preocupação da época (décadas de 60 e 70), além da confiabilidade e validade dos sistemas classificatórios, era a definição dos limites do que deveria ser considerado doença psiquiátrica^{12,17,18}. Em artigo, Bayer & Spitzer¹⁸ descrevem como a opinião pública e representantes de dentro do próprio campo psiquiátrico começaram a questionar o que chamavam da “cruzada psicanalítica”, onde os psiquiatras teriam colocado a seu cargo a “missão de mudar o mundo, a qual havia levado a profissão ao limite da extinção”. Sobre isto, Russo e Venâncio¹² discutiram que, com a difusão da psicanálise pelos países centrais do Ocidente, difundiu-se também um modo específico de se conceber o ser humano, as relações familiares e amorosas. A classificação “neurose” transformou-se em um “modo de ser” que, por sua vez, se articulava a um certo estilo de vida – “intelectualizado, levemente transgressor, contestador”. Ser neurótico, então, tornou-se fonte de status e o tratamento psicanalítico muito mais do que um tratamento: era uma forma de autoconhecimento e modo de distinção.

As primeiras iniciativas para a confecção da terceira revisão do manual foram tomadas em 1974, quando foi designada a Força-Tarefa para Nomenclatura que deveria iniciar os trabalhos na nova edição do DSM¹⁹. A terceira edição do manual (futuro DSM-III) foi preparada entre 1974 e 1979, e publicada em 1980. Sua publicação representou uma ruptura absoluta com a classificação que até então era

C.Diagnostic and Statistic Manual, third edition. American Psychiatric Association, 1980./ Diagnostic and Statistic Manual, third edition - revised. American Psychiatric Association, 1987./ Diagnostic and Statistic Manual, fourth edition. American Psychiatric Association, 1994.

utilizada, visto que rompeu com o ecletismo das classificações anteriores propondo não apenas uma nomenclatura única, mas, sobretudo, uma única lógica classificatória; e, além disso, representou uma ruptura com a classificação psicanalítica^{12,13,14,20}.

Comparando-se as três primeiras versões do manual, verifica-se diferença marcante no que diz respeito ao modo como os sintomas são concebidos. Se no DSM I e II sintomas eram expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas poderia, em casos diferentes, estarem referidos a mecanismos diferentes. Não eram fornecidos critérios objetivos (e observáveis) para determinar as fronteiras entre as categorias diagnósticas. Para os autores da terceira versão, há, no entanto, necessariamente, uma fronteira clara e discernível entre o doente e o normal, e entre as diferentes doenças mentais, sendo necessário definir rigorosamente tais fronteiras.

O DSM III é um manual que se atribui a característica de ser a-teórico, e de possuir estrutura em que cada transtorno é identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricas, com alto grau de confiabilidade. A insistência sobre a objetividade das novas categorias e sobre o seu caráter descritivo originou-se na crítica recorrente ao modelo classificatório anterior, o qual se fundamentaria em critérios etiológicos – ou seja, em processos subjacentes, *inferidos* pelos clínicos, visto que não acessíveis à observação empírica e, nem tampouco, comprovados através de testes ou exames complementares, nos moldes das demais disciplinas do campo biomédico.

Na impossibilidade de conseguir legitimidade e pertencimento ao campo biomédico através dos mesmos mecanismos que as outras áreas, a psiquiatria agora justificava sua posição com recurso a dois pilares principais: 1) a possibilidade de identificar cada transtorno através de critérios pré-definidos, mensuráveis e acessíveis à observação empírica e 2) a possibilidade de confirmação de teorias sobre a patogênese dos transtornos mentais a partir da possibilidade de verificação e testagem fornecida pela nova classificação. O DSM-III baseava-se em critérios operacionais, não relacionados a qualquer referência teórica em particular.

O DSM-III é considerado a primeira nosologia psiquiátrica padronizada amplamente utilizada nos EUA¹⁷. Em sua estrutura, é um inventário de mais de duzentos transtornos psiquiátricos^d, onde cada transtorno é definido por uma lista de características que são necessárias para o diagnóstico¹¹. A racionalidade subjacente ao DSM-III é, fundamentalmente, classificatória e pró-diagnóstica. O DSM-III sugere^e – por sua estrutura objetiva – que categorias diferentes referem-se a entidades de fato diferentes e não apenas a diferenças quantitativas de uma mesma entidade, forma alternativa de se compreender os processos psicopatológicos. Sua estrutura é categorial e dificulta conexões entre suas muitas classes diagnósticas^f. Esta perspectiva contradiz a teoria de que os transtornos mentais podem ser abordados de forma processual (ou dimensional, isto é, compreendidos como alterações quantitativas do funcionamento mental normal), modelo psicopatológico de compreensão da psicanálise, por exemplo. A difusão e aceitação do DSM-III pela psiquiatria

d. Ver Tabela 1 para o número de categorias diagnósticas das edições subsequentes, sempre crescente.

e. Não há referência explícita ao modo de concepção de doença no texto do manual.

f. Diferentemente do conceito de inconsciente freudiano e a noção de reação de A. Meyer permitem o estabelecimento conexões entre os diferentes processos patológicos.

americana podem, então, ser consideradas o resultado da hegemonia do ponto de vista biomédico, pois o DSM-III implicou na classificação de *doenças* e não de *indivíduos doentes*. O adágio “sujeito em sofrimento psíquico” foi substituído por “paciente portador de transtorno mental”. Em decorrência disso, as doenças mentais passaram a ser concebidas como localizadas “fora dos sujeitos”^g. Segundo os defensores do DSM-III, este fato colaboraria para o fim do estigma que acompanha os doentes mentais que deixam de *ser* doentes passando a *ter* uma determinada doença. Além disso, aproxima a psiquiatria da biomedicina já que *ter* uma doença corresponde mais ao domínio do corpo do que ao domínio da mente^{21,22,23}.

Desde o DSM-III, observa-se uma relação de claro continuísmo entre este manual e suas subseqüentes revisões: não há alterações importantes na orientação, estrutura ou formato geral nas edições subseqüentes do referido manual^h. As mudanças referem-se, basicamente, à inclusão ou exclusão de novos diagnósticos ou revisão das definições e/ou critérios utilizados para sua caracterização. A necessidade de delimitar fronteiras claras entre os diferentes transtornos levou a uma superespecificação das categorias diagnósticas. Assim é que um dos resultados mais impressionantes da nova classificação foi o aumento exponencial do número de categorias diagnósticas (Tab.1). A classe diagnóstica Transtornos Mentais Orgânicos é extinta no DSM-IV, pois ela implicaria, incorretamente, segundo seus autores, que os outros transtornos do manual não teriam base orgânica^{11,12,14,23}.

A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO DENTRO DAS EDIÇÕES DO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS (DSMS)

Na primeira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (1952), chama a atenção a presença universal da categoria reação (que implica a noção da participação obrigatória de fatores ambientais na gênese dos transtornos mentais) e da utilização de termos oriundos da psicanálise, sugerindo uma posição teórica dentro do campo (em oposição à pretensa posição a-teórica do DSM-III e edições subseqüentes). Depressão pode ser classificada no DSM-I em três categorias diagnósticas pertencentes a duas classes do sistema classificatório (Tab. 2).

No DSM-II observa-se que, apesar da saída do termo reação do corpo principal da classificação (permanece apenas de forma acessória, se mantém o referencial ao saber psicanalítico e o comprometimento a uma posição teórica dentro de cinco categorias diagnósticas, em duas classes do sistema classificatório (Tab.3).

A partir do DSM-III, com poucas variações até o atual DSM-IV-R (exemplificado, o DSM-IV), a presença de sintomatologia depressiva inclui-se em nove categorias diagnósticas de apenas uma classe do sistema classificatório, no capítulo dos Transtornos do Humor, os quais estão relacionados à etiologia ancorada numa estrutura cerebral disfuncional, de origem ainda não desvendada (Tab.4)^{24,25,26}.

Esta visão exclui dicotomias antigamente utilizadas, a saber: neurótica X psicótica; endógena X exógena ou reativa,

g. Estas alterações, na concepção das doenças, vai se dar, é claro, tanto dentro do campo como no saber leigo.

h. Motivo pelo qual colocamos ênfase na análise do DSM-III, apesar de já existirem edições subseqüentes (DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-R).

Tabela 2. Categorias diagnósticas onde pode se incluir o diagnóstico de depressão no DSM-I (1952).

TRANSTORNOS DE ORIGEM PSICOGÊNCIA OU SEM CAUSA CLÍNICA CLARAMENTE DEFINIDA OU LESÃO ESTRUTURAL DO CÉREBRO
 TRANSTORNOS PSICÓTICOS
 — X TRANSTORNOS DE ORIGEM PSICOGÊNCIA OU SEM CAUSA TANGÍVEL E CLARAMENTE DEFINIDA OU ALTERAÇÃO ESTRUTURAL
 000-x12 **Reação maníaco-depressiva, tipo depressivo** (301.1)
 000-x14 **Reação depressiva psicótica** (309.0) *
 TRANSTORNOS PSICONEURÓTICOS
 — X TRANSTORNOS DE ORIGEM PSICOGÊNCIA OU SEM CAUSA TANGÍVEL E CLARAMENTE DEFINIDA OU ALTERAÇÃO ESTRUTURAL
 000-x06 **Reação depressiva**(314)

FONTE: Diagnostic and Statistic Manual, first edition. American Psychiatric Association, 1952. www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf.

Tabela 3. Categorias diagnósticas onde se pode incluir o diagnóstico de depressão no DSM-II (1968).

III. PSICOSE NÃO ATRIBUÍDA A CONDIÇÕES FÍSICAS LISTADAS ACIMA (295-298)

296 Transtornos Afetivos maiores
 .0 melancolia involutiva
 .2 doença maníaco-depressiva, tipo depresivo)
 .34 doença maníaco-depressiva, tipo circular, deprimido

298 Outras psicoses
 .0 Reação psicótica depressiva((psicose depressiva reativa)

IV. NEUROSES (300)
 300 Neuroses
 .4 neurose depressiva

FONTE: Diagnostic and Statistic Manual, second edition. American Psychiatric Association, 1968. www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf

Tabela 4. Categorias diagnósticas onde se pode incluir o diagnóstico de depressão no DSM-IV (1994).

TRANSTORNOS DO HUMOR
Episódio Depressivo Maior (único)
Transtornos Depressivos
F32.x - 296.xx Transtorno Depressivo Maior
F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico
F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação
Transtornos Bipolares F30.
x/F31.x - 296.xx Transtorno Bipolar I, fase depressiva
F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II, fase depressiva
F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico
F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral], tipo depressivo
F06.xx - 293.84 Transtorno do Humor Induzido por Substância, tipo depressivo

FONTE:Diagnostic and Statistic Manual, fourth edition. American Psychiatric Association, 1994.

as quais introduziam a questão da singularidade e alteridade no campo do diagnóstico psiquiátrico. Observa-se que inclusive a categoria distímia encontra-se listada neste capítulo. Transtorno Distímico inclui os quadros leves, de longa duração, que, anteriormente, se enquadravam no campo das depressões neuróticas ou personalidade depressiva e objeto de atuação da psicanálise. Com esta modificação, este diagnóstico passa a ser identificado com a classe maior dos Transtornos do Humor e passível de sofrer intervenção também e/ou exclusivamente por via farmacológica¹⁴. Assim, sob a radical ruptura terminológica que caracterizou a evolução do modo de se classificar/diagnosticar a depressão, pode-se acompanhar um processo de distanciamento também radical de certa teoria sobre os transtornos mentais, teoria esta que apontava para processos *mentais* (ou *psicológicos*) subjacentes aos transtornos. O pressuposto empiricista implicado na posição “a-teórica” (e, por isso “obje-

tiva”) que se assume a partir do DSM-III, implicou, de fato, na adoção de uma visão fisicalista da depressão e da perturbação mental de uma forma geral. É assim que o surgimento e difusão do sistema classificatório proposto pelo DSM-III e edições subsequentes correspondem à paulatina ascensão do fisicalismo da chamada psiquiatria biológica (em detrimento da chamada psiquiatria dinâmica psicanalítica) como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial, cada vez mais biomédico^{21,26,27}.

CONCLUSÃO

A atual predominância da vertente biomédica/fisicalista no campo psiquiátrico está presente, também, na forma de sua divulgação ao público leigo, o que pode ser quase que diariamente constatado através do teor do que é publicado em jornais e revistas nacionais e internacionais^{28,29}.

Considerando que a difusão dos saberes de uma forma geral para o público leigo, e do saber médico, especial e especificamenteⁱ, interage com os sistemas simbólicos e relaciona-se com as concepções e visões de mundo da atualidade^{30,31}, pode-se supor que as modificações no campo psiquiátrico e sua divulgação produziram alterações na forma como os sujeitos tomam conhecimento de si e como lidam com seus problemas, sofrimento e sintomas. O entendimento dos transtornos mentais e sua evolução como construções culturais que organizam e dão significado à experiência de sofrimento psíquico e que se referem aos sistemas mais amplos de significação da sociedade se contrapõe à concepção interna do campo médico-psiquiátrico^j de que o fenômeno de adoecimento psíquico (ou físico) é universal, atemporal e acultural²⁹. Esta ideia costuma ser partilhada por agentes de ambas as vertentes do campo psiquiátrico (psicanálise, de um lado, psiquiatria fisicalista do outro), ainda que a classificação de transtornos através de suas manifestações externas e comportamentais (característica da psiquiatria biomédica) – sinais e sintomas – promova esta abordagem.

Ainda que ambas – psicanálise e psiquiatria biomédica – sejam responsáveis pela formulação e promoção de determinados estilos de vida, a primeira se aproxima mais do que se denomina experiência de vida personalizada. Esta afirmação pode ser ilustrada pela comparação dos projetos de felicidade implícitos em cada uma das duas. Na teoria psicanalítica, este se relaciona a um processo trabalhoso – a busca do autoconhecimento –, referido ao próprio indivíduo. A felicidade aí se aproxima da ideia de singularidade e autoconhecimento, além da possibilidade de construção de si^{32,33}. Já na psiquiatria

biomédica, alavancada pela evolução da dinâmica classificatória, o processo se dá de outra forma: a rigor, não se pode nem caracterizá-lo como um projeto. Neste caso, radicaliza-se a influência dos efeitos padronizadores do mercado, mais favorecendo a construção de uma identidade via consumo que via reflexão. Esta afirmativa cristaliza-se na categoria das “pílulas da felicidade” utilizada fartamente para os antidepressivos, e de como o bem-estar vai estar relacionado à possibilidade de acesso às novas drogas que cada vez possuem mais indicações de uso. Em relação ao cuidado médico-sanitário, o indivíduo da atualidade deixou de ser paciente para se tornar consumidor ativo das novidades lançadas no mercado farmacêutico sendo que sua identidade passou a ser construída através do consumo de bens e serviços (e saberes e práticas, consequentemente)^{25,28}.

A concepção de pessoa agenciada pela psiquiatria biomédica é ilustrada pela Fig. 1: o ser desamparado, dependente e incapaz, produzido pela depressão pode ser tratado e, assim, revertido em seu oposto, através do uso de medicamentos. Apesar da impotência que, aparentemente, acompanha a representação de um indivíduo sujeito ao evento fortuito da doença que deve ser tratada quimicamente, este é também dono de si. O medicamento é um bem de consumo que pode ser gerenciado por quem dele precisa. Neste sentido, a pessoa da psiquiatria biomédica padece menos de incertezas e tende a viver sob maior influência do mercado como fonte de estilos de vida.

A este respeito, consideramos que o projeto da psiquiatria biomédica encontra-se bastante identificado com estas características, visto que é adequado e serve a esta “concepção comportamental” do indivíduo e conforma-se com a caracteri-

i. Por ser, em nossa cultura, o discurso identificado como legítimo para tratar das coisas do corpo, saúde, doença e representações afins.

j. Esta concepção também está presente no saber comum.

zação do indivíduo como um consumidor – de medicamentos ou estilos de vida –, ou por que não?, de estilos de vida produzidos por medicamentos (lembremos das pílulas da felicidade!).

Sendo assim, aqueles meus alunos, que me procuram ao fim da aula o fazem por estarem identificados com a visão de mundo apresentada. É um mundo onde ficar triste, comer demais, fazer uso de cigarros ou drogas, ter dificuldades de concentração são consideradas mazelas físicas, localizadas no corpo e originadas nos genes. Dentro deste contexto, alegrar-se, emagrecer, parar de fumar, aprender mais facilmente, tudo isso pode ser atingido sem esforço pessoal, sem demandar “força de vontade”, reflexão ou outras categorias antiquadas, visto que, atualmente, foram substituídas por antidepressivos, cirurgia bariátrica, bupropiona, metilfenidato e outros.

Figura 1. Concepção da pessoa agenciada pela psiquiatria biomédica.



FONTE: Revista Veja, capa, 31/03/1999.

REFERÊNCIAS

1. Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. J. bras. Psiquiatr. 2010; 59(1).
2. Aguiar SM, Vieira APGF, Vieira KMF, Aguiar SM, Nóbrega, JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J. Bras. Psiquiatr. 2009; 58(1).
3. Venâncio AT. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à “nova psiquiatria”. Physis – Revista de Saúde Coletiva. 1993; 3(2).
4. Dumont L. O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco; 1993.
5. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1991.
6. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1991.
7. Swain G, Gauchet M. Dialogue avec l’insensé. Paris: Gallimar; 1994.
8. Bercherie P. Os Fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.; 1989.
9. Córdas TA. Depressão: da bile negra aos neurotransmissores, uma introdução histórica. São Paulo: Lemos; 2002.
10. Serpa Jr. OD. Mal-estar na natureza. Estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá; 1998.
11. Young A. The Harmony of Illusions: inventing posttraumatic stress disorder. New Jersey, USA: Princeton University Press; 1995.
12. Russo J, Venâncio A.T. Humanos demasiadamente orgânicos: um estudo comparativo de diferentes versões de um manual psiquiátrico. Comunicação apresentada na V Reunião de Antropologia do Mercosul. Florianópolis: 2003. Mimeo.
13. Serpa Jr. OD. Mente, cérebro e perturbação mental: a natureza da loucura ou a loucura na natureza? In: Cadernos do IPUB vol. VI, nº. 18: Antropologia e História dos Saberes Psicológicos. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.
14. Henning M. Neuroquímica da vida cotidiana. In: Cadernos do IPUB vol. VI, nº.18: Antropologia e História dos Saberes Psicológicos. Rio de Janeiro:UFRJ, 2000.
15. Morel P. Dicionário biográfico Psi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
16. Sartorius N. et al. Long term follow-up of schizophrenia in 16 countries: a description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1996;

- 31:249-57.
17. Healy D. The anti-depressant era. Massachussets USA: Harvard University Press; 2000.
18. Bayer R, Spitzer R L. Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. Archives of General Psychiatry. 1985 Feb; 42(2).
19. Spitzer RL. An outsider-insider's views about revising the DSMs. J. Abnorm Psychol. 1991 Aug; 100(3):294-6.
20. Russo J, Venâncio AT, Ferreira SAT. A Revolução do DSM-III ou como as velhas neuroses se transformaram em novos transtornos. Comunicação apresentado na IV Reunião de Antropologia do Mercosul. Curitiba: 2001. Mimeo.
21. Gaines AD. From DSM-I to DSM-III-R; voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. psychiatric classification. Social Science and Medicine. 1992; 35(1): 3-24.
22. Kirk S, Kutchins H. Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York, USA: The Free Press; 1997.
23. Kirk S, Kutchins H. The Selling of DSM: the rhetoric of Science in Psychiatry. New York, USA: Aldine de Gruyter; 1992.
24. Mayes R, Horwitz A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. Journal of the History of Behavioural Sciences. 2005; 41(3):249-67.
25. Henriques R. A Medicalização da psiquiatria: uma reflexão crítica sobre a revolução nosológica do DSM-III. [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2003.
26. Robins LN, Helzer JE. Diagnosis and clinical assessment: the current state of psychiatric diagnosis. Annual Review of Psychology. 1986; 37: 409-39..
27. Feighner JD. et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry. 1972;26(57-63).
28. Ferreira S. Psiquiatria, Mídia e Pessoa. [tese de Doutorado]. Rio de Janeiro : Instituto de Medicina Social da UERJ; 2004.
29. Abranczyk J. Temas médicos e meios de comunicação in Melo JM, Epstein I, Sanches C, Barbosa S (Org.) Mídia e Saúde. São Paulo: Adanantina; 2001.
30. Fleck L. Genesis and Development of a Scientific Fact. Chicago: The University of Chicago Press; 1981.
31. Hernáez AM. What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000.
32. Roudinesco E. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
33. Russo J, Henning M. O sujeito da "Psiquiatria Biológica" e a concepção moderna de pessoa. Antropolítica. 1999 1o. sem.; 6:39-55.

ABSTRACT

Assuming that medical knowledge in general, and psychiatry, as a medical specialty, diffuse to the lay public and produce world views and ways of understanding the human being, this article intends to give a brief history of evolution of psychiatric classifications throughout the twentieth century, studying the case of depression - its concept and classification - from the analysis of the I, II, III-R, IV and IV-R editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Association of American Psychiatric (DSM). Still, from the above, discusses the possible effects that these changes produced in the dynamic forces within the psychiatric field itself and, through its dissemination to the lay public, in the way that people generally understand themselves, their vicissitudes, psychological distress and what they should do to solve them.

KEYWORDS: Depression; Psychiatric classification; DSM.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.