

Sobre a taxonomia dos transtornos mentais¹

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing, 947 p., 97 libras, Maio de 2013, ISBN 978 0 89042 555 8

Ian Hacking

A nova edição do *DSM* substituiu o *DSM-IV*, que surgiu em 1994. O *DSM* é a obra de referência padrão – e padronizadora – publicada pela American Psychiatric Association [Associação Americana de Psiquiatria], mas cuja influência atinge todos os cantos e recônditos da psiquiatria, em qualquer lugar. Por isso, a publicação foi saudada por uma enxurrada de controvérsia, publicidade e hostilidade nos meios de comunicação, tanto nos tradicionais quanto nas mídias sociais. No geral, o debate diz respeito aos diagnósticos individuais e à forma como eles foram ou não modificados. Invocando o clichê pela primeira vez em minha vida: a maioria dos críticos se preocupou com as árvores (os tipos de transtorno reconhecidos pelo manual), mas poucos pensaram sobre a floresta. Gostaria de falar sobre o objeto como um todo – sobre a floresta – sem mencionar diagnósticos individuais, a não ser que precise de um exemplo.

Muitas preocupações já foram expressas publicamente. Em meados de maio, a Division of Clinical Psychology (Divisão de Psicologia Clínica) da British Psychology Society (Sociedade Bri-

¹ Publicado originalmente na *London Review of Books*, 8 de agosto de 2013, com o título: “Who needs the DSM?”. Tradução de Fernanda Diamant. Todos os direitos reservados.

tânica de Psicologia) divulgou um ataque violento ao Manual, manifestando seu ceticismo quanto ao próprio projeto de realizar diagnósticos padronizados, especialmente de esquizofrenia e de transtorno bipolar. No geral, a crítica se opõe ao modelo biomédico de doença mental, que exclui condições sociais e eventos ao longo da vida. Sob um prisma totalmente diferente, Allen Frances, editor chefe do *DSM-IV*, há anos vem fazendo críticas às modificações que levaram à elaboração *DSM-5*. Mais e mais tipos de comportamento estão agora sendo classificados como transtornos, abrindo vastos campos lucrativos para a indústria farmacêutica. Não discutirei nenhuma dessas questões, todas elas importantes, e tentarei, neste artigo, ser informativo e mesmo encorajador, até quase o final, quando apontarei uma falha fundamental na empreitada.

Quem precisa das 947 páginas do *DSM-5*? O que a maioria dos consumidores necessita é do aplicativo para celular chamado *DSM-5 Diagnostic Criteria* (critérios para diagnóstico do *DSM-5*). Uma pergunta mais interessante é quem precisa do *DSM-5*, afinal? Em primeiro lugar, as burocracias. Todas as pessoas nos EUA e no Canadá, esperando que seu seguro de saúde cubra ou pelo menos custeie parte do valor do tratamento de suas doenças mentais, precisa primeiro receber um diagnóstico que se enquadre no esquema e tenha um código numérico. Por exemplo, abrindo o livro ao acaso, encontro a entrada 308.3 para Transtorno de Estresse Agudo. A codificação é exigida pelos seguros privados norte-americanos e pelo Medicare. É exigida também pelos seguros de saúde universais oferecidos pelas províncias canadenses.

Existe ainda outro uso burocrático bem diferente. Por que este é um manual “estatístico”? Porque suas classificações podem ser usadas para estudar a predominância de diversos tipos de doença. Para tanto, é preciso uma classificação padronizada. Em certo sentido, o manual teve origem em 1844, quando a Associação Americana de Psiquiatria, no ano de sua fundação, fez uma classificação estatística dos pacientes em manicômios. Ela

foi logo incorporada ao censo realizado a cada dez anos nos EUA. Durante a Primeira Guerra Mundial, a classificação foi usada para avaliar recrutas do exército, talvez a primeira vez em que se destinou a fins de diagnóstico.

Embora o manual seja norte-americano, ele é muito utilizado em outros lugares (no Brasil inclusive), ainda que a International Classification of Diseases, ICD, (Classificação Internacional de Doenças), concebida sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, seja normalmente considerada o manual oficial, se é que isso existe. O *DSM-5* informa o código do ICD quando há coincidência, e existe um projeto que pretende harmonizar os dois compêndios. Para um estadunidense, no entanto, receber um código do *DSM* determina se o seguro de saúde pagará pelo tratamento, e que tipo de tratamento será oferecido. (O *DSM* em si não inclui recomendações de tratamento.) Um diagnóstico pode também exercer outros efeitos mais sutis na maneira como o paciente entende a si mesmo, como ele se sente e como ele se comporta. Particularmente hoje em dia, quando os pacientes que recebem um diagnóstico tendem a procurar informações online. Na Internet eles encontram uma espécie de estereótipo de como deveriam sentir e agir. Quem digitar Transtorno de Estresse Agudo no Google encontrará cerca de 400 mil resultados (busca feita em inglês, “Acute Stress Disorder”).

O *DSM* se apresenta como um manual para clínicos. A intenção é que seja neutro, válido para escolas de psiquiatria, psicologia, psicanálise e assim por diante, que competem entre si. O *Webster* define um *clínico* como “alguém qualificado ou engajado na prática clínica da medicina, da psiquiatria ou da psicologia, distinto daquele especializado em técnicas de laboratório ou pesquisa nas mesmas áreas”. A maioria das principais revistas de psiquiatria em língua inglesa exige que os artigos científicos que tratam de doenças mentais as caracterizem usando o *DSM*. Isso passou relativamente despercebido, talvez encarado até como algo bom, porque ajuda a esclarecer conceitos. Daí que tenha

caído como uma bomba quando, uma semana antes da publicação do *DSM-5*, Thomas Insel, chefe do US National Institute for Mental Health, NIMH (Instituto Nacional para Saúde Mental dos EUA) – principal financiador de pesquisas na área –, anunciou que o órgão iria abandonar o *DSM* porque a publicação tratava apenas de sintomas. Ele queria ciência; queria pesquisa genética e neurológica, e acreditava que, como em qualquer outro campo da medicina, tais recursos deveriam ser usados para definir a identidade de uma doença.

Seguiu-se uma onda de indignação, um lobo no meio do rebanho. Mas o lobo não estava nem aí para os carneiros (diagnóstico preparatório para o tratamento); estava atrás de porcos – as bases neurológicas ou bioquímicas da doença mental. Se tomarmos o *Webster* literalmente, o *DSM* é – conforme insiste – para clínicos, enquanto um sistema de classificação mais etiológico pode ser requerido para pesquisa. Para aqueles de nós que duvidam do modelo médico NIMH para todos os tipos de loucura, sem dúvida existe motivo para preocupação, ainda que não haja contradição de princípio entre um manual para clínicos e outras diretrizes para pesquisa. Eu não nego haja uma tensão, mas os dois podem coexistir bastante bem.

Além disso, o *DSM* é um trabalho em desenvolvimento. Algumas semanas depois da publicação do *DSM-III*, em 1980, as pessoas já discutiam como deveria ser o *DSM-IV*. Depois do *DSM-III* veio o *DSM-III-R* (R de “revisado”), em 1987; o *DSM-IV*, em 1994; o *DSM-IV-TR* (TR de “revisão de texto”), em 2000; e agora o *DSM-5*. Alguns sugerem que jamais existirá o “*DSM-6*”, com base na ideia de que o empreendimento inteiro é em si mesmo autodestrutivo. Que não se conte com isso. Ao contrário, mais provável é que o manual fique mais sintonizado com as causas neurológicas na medida em que elas conquistem cada vez mais espaço na psiquiatria. O *DSM* é uma criatura viva e orgânica, mantida por uma miríade de abelhas operárias. No final do livro há uma lista de cerca de mil pessoas, quase todas com qualificação

médica, que atuaram como um “grupo de consultores”, levando a cabo os “Experimentos do DSM-5 em Centros Clínicos Acadêmicos” etc. Muitos milhares de estudantes, técnicos, secretários e assim por diante também devem ter se envolvido. É um projeto profundamente entrincheirado, totalmente apoiado pela imensa Associação Psiquiátrica Americana, com seus 36 mil membros. O DSM e as publicações a ele associadas são também tidos como bastante lucrativos – ao redor de 5 milhões de dólares ao ano, de acordo com o *New York Times*.

O primeiro DSM (1952) e seu substituto, o DSM-II (1968), foram fortemente influenciados pela psicanálise então dominante nos Estados Unidos. Mas o DSM-III marcou um novo começo em 1980. Isso aconteceu por duas razões notáveis, além do declínio da terapia psicodinâmica. A primeira foi a descoberta de uma droga genuinamente eficaz para controlar mania. O australiano John Cade descobriu que o lítio era realmente eficiente, e depois de muito ceticismo (e muitas overdoses involuntárias), o Federal Drug Administration (Agência Federal de Medicamentos, hoje Food and Drug Administration) aprovou seu uso em 1970; em 1974 ele foi aprovado para tratar transtornos maníaco-depressivos. Antes disso, não existiam tratamentos químicos eficientes para nenhuma doença mental, mas agora havia algo que funcionava. Portanto, critérios comportamentais claros passaram a ser necessários para identificar quem poderia se beneficiar do lítio. A segunda razão foi um estudo comparativo feito em 1972, em Nova York e Londres, de diagnósticos de esquizofrenia. Foi um duro golpe. O diagnóstico de esquizofrenia era duas vezes mais frequente em Nova York do que em Londres. Havia concordância quanto aos sintomas, mas não quanto ao diagnóstico final. O critério “operacional” teve de ser ajustado. Como não se conheciam as causas da maioria das doenças mentais – ou melhor, como havia muitas teorias incompatíveis sobre as causas – era preciso basear-se nas síndromes, em padrões observáveis de sintomas, um comportamento, em resumo, algo que pudesse produzir um consenso. Essa

abordagem é muitas vezes chamada de krepeliana, em referência ao grande psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin dividiu as psicoses graves no que ele chamava de “dementia praecox” e “depressão maníaca”. A primeira foi novamente descrita por Eugen Bleuler por volta de 1910 e rebatizada esquizofrenia. A última, um dia chamada *folie circulaire*, é hoje conhecida como transtorno bipolar, de forma a excluir a depressão e a mania unipolares. O primeiro a insistir na distinção parece ter sido o psiquiatra alemão-oriental Karl Leonhard, em sua nosologia sistemática de 1957.

Ei-las aqui no *DSM-5*, Esquizofrenia 295.90 – agora com a adição de numerosos subtipos – e Transtorno Bipolar I e Transtorno Bipolar II 296.89, esse último descrito em algum lugar como “Bipolar lite” (‘lite’ como a cerveja sem álcool ou a Coca-Cola Light). Mas existem muitos outros códigos no capítulo “O Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos”, e no seguinte, “Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados”. Esses códigos são nossos meios atuais de descrever e organizar muito do que um dia foi chamado apenas de loucura ou insanidade. (A maioria dos diagnósticos no *DSM* atualmente se baseia em algum tipo de disfunção, mas eu jamais falaria em insanidade em relação a eles.) Se eu começasse a tentar explicar as novas categorias sob esquizofrenia, me perderia na floresta. De fato, ao ler esses capítulos, me senti incapaz de enxergar a árvore – a esquizofrenia – por causa de todos os galhos que aparecem.

A fim de sugerir os efeitos globais desse manual americano, examinarei um transtorno específico. Em *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry* (2005) (Razão Farmacêutica: Conhecimento e Valor na Psiquiatria Global), Andrew Lakoff escreve sobre empresas farmacêuticas caçadoras de genes que anseiam por amostras de saliva e de sangue que permitam associar doenças com DNA, descobrir uma maneira de detectar o mal através de marcadores de DNA e então encontrar uma nova droga que atenuie os sintomas. Os transtornos mentais

precisam ser identificáveis pelos critérios do *DSM* porque os EUA são o maior mercado de medicamentos do mundo. Em parte para evitar comitês de ética, em parte para manter uma rede global disponível, os caçadores de genes muitas vezes vão para regiões mais pobres. Em um caso, uma empresa farmacêutica francesa queria obter DNA de pacientes bipolares. Havia um hospital psiquiátrico com poucos recursos na Argentina, que adotava práticas psicanalíticas. Transtorno bipolar é krepeliano, não freudiano, portanto o hospital não tinha pacientes diagnosticados como bipolares. A empresa farmacêutica fez uma oferta que o hospital não podia recusar. Os pacientes foram então reclassificados segundo os padrões do *DSM*; os médicos repensaram os sintomas, e os pacientes os experimentaram de novas maneiras. Funcionam assim os mecanismos do imperialismo cultural.

*

Temos hoje muito mais conhecimentos do que há 40 anos, mas ainda não entendemos essas formas clássicas de loucura. Temos o lítio para transtorno bipolar, em que o principal problema é muitas vezes que o paciente “para de tomar os remédios”. Existem inúmeros coquetéis de drogas que aliviam diferentes tipos de esquizofrenia. Os critérios definidores da esquizofrenia vêm mudando incessantemente desde Bleuler, embora venham se estabilizando nas sucessivas edições do *DSM*. Bleuler não deu muita atenção para delírios e alucinações. Posteriormente, ouvir vozes (alucinações auditivas) tornou-se às vezes crucial para o diagnóstico. Isso deixou de ter importância. Muitas pessoas ouvem vozes, e muitas delas querem se tratar. No Reino Unido existe a Hearing Voices Network (rede para quem ouve vozes); o World Hearing Voices Congress (congresso mundial para quem ouve vozes) acontece no final deste ano em Melbourne. É um exemplo de pacientes tentando ter controle sobre suas dificuldades. No caso do autismo, com que estou mais familiarizado, existem

movimentos de orgulho e de neurodiversidade, que o veem como uma variação do que é típico neurologicamente, e não como um transtorno.

Uma das razões pelas quais os manuais são tão difíceis de ler é que os critérios assumem a forma de cardápios. Para exemplificar de forma aleatória, Transtorno de Estresse Agudo tem dois critérios primários, A e B. Em A o paciente tem de ter sofrido algo horrível, “de uma (ou mais) das seguintes maneiras” – escolha uma ou mais das quatro indicadas. Em B lemos “Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas em qualquer uma das cinco categorias de...” e segue uma lista de 14 sintomas divididos em cinco grupos. E esse é um dos cardápios mais simples do livro.

Essa organização do tipo cardápio sempre foi utilizada pelo *DSM*. O *DSM-5* reconhece duas dificuldades, experimentada por qualquer um que tenha tentado usar as edições anteriores: NOS e comorbidade. NOS é a sigla para “Not Otherwise Specified” (não especificado de outro modo). A expressão é sensatamente utilizada quando alguém não tem um bom histórico, como em um pronto atendimento. Mas no contexto do *DSM* havia um problema. Um item começa com um transtorno genérico, passa por várias espécies e subespécies, e finalmente chega ao NOS. Assim, no *DSM-IV*, gênero: “Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”. Oito espécies: e. g. Esquizofrenia. Cinco subespécies: ex. Tipo Catatônico (295.20). Depois das primeiras sete espécies e suas subespécies, chegamos na oitava: Transtorno Psicótico, NOS (298.9). Uns 32 transtornos genéricos acabam com espécies NOS, em que pacientes são considerados sob o título genérico mas não sob qualquer dos títulos específicos.

O que acontece? A verdade talvez seja que a maioria dos psiquiatras e outros clínicos não se incomoda com o código do *DSM* até que precise preencher a papelada. Pensam em termos de protótipos, não definições. Têm uma visão geral do que é uma pessoa esquizofrênica, com várias versões de diferentes graus de especificidade. Um clínico experiente comumente reconhece

um esquizofrênico sem precisar de muita discussão ou contato. Em alguns casos a espécie de esquizofrenia é evidente – catatônicos ficam fora do ar, imóveis, retraídos, insensíveis a toda espécie de estímulo. Mas muitas vezes o esquizofrênico não se encaixa bem em nenhuma das subespécies, impondo aos burocratas a necessidade de mais um NOS.

O *DSM-5* se esforça ao máximo para eliminar o NOS, mas com frequência termina em confusão. Agora temos “O Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos”, com uma estrutura bem diferente da do *DSM-IV*. Agora há a espécie “Catatonia”, com duas subespécies, “Catatonia Associada com Outra Doença Mental (Catatonia Specifier)” (298.89), e “Transtorno Catatônico devido a Outro Problema Médico” (293.89). A entrada genérica se encerra com “Catatonia Não-Especificada”, sem código. Esta se aplica quando não é possível encontrar a condição subjacente ou quando “nem todos os critérios são satisfeitos”, ou simplesmente quando falta informação. Então lemos “nota sobre a codificação: primeiro informe 781.89... seguido de 293.89 Catatonia Não-Específica”, que soa muito como o NOS. E 781.89 não aparece na lista numérica de códigos no final do livro.

A seguir temos a comorbidade, que significa que um paciente pode satisfazer vários diagnósticos. Certamente alguém pode ter esclerose múltipla e pegar pneumonia. Hipertensão muitas vezes acompanha o câncer. Mas aqui estamos preocupados com diagnósticos sobrepostos tão sistematicamente a ponto de não ficar claro que faz sentido falar de uma doença principal. No decorrer do livro, muitos dos diagnósticos incluem um parágrafo intitulado “comorbidade”. Segue aqui o texto para Transtorno Bipolar I:

Transtornos mentais concomitantes são comuns, e os mais frequentes são os relativos a ansiedade (e. g. síndrome do pânico, transtorno de ansiedade social, fobias específicas), ocorrendo em aproximadamente três quartos dos indivíduos; TDAH (Transtorno de *Deficit* de Atenção por Hiperatividade); qualquer transtorno de controle de impulsividade e de

conduta (e. g. transtorno explosivo intermitente, transtorno do desafio antagônico); e transtornos relativos a abuso de substâncias (e. g. alcoolismo) ocorrem em mais de metade dos indivíduos com transtorno Bipolar I.

Isso mostra que a classificação de doenças mentais não é de modo algum como a classificação de animais, plantas ou minerais. Mencionei gêneros, espécies e subespécies. Esse tipo de hierarquia foi fixado desde que um jovem sueco chegou em Amsterdam, em 1735, trazendo consigo o primeiro esboço de um “sistema da natureza”, em que os três reinos – plantas, animais, minerais – eram organizados por ordens, classes, gêneros e espécies. O sistema funcionou mal para os minerais, mas até hoje utilizamos o sistema taxonômico de Lineu para a classificação dos seres vivos. Seu êxito foi imediato, e ao longo do século seguinte tentou-se classificar de acordo com esse esquema tudo que era encontrado na natureza – incluindo os elementos químicos. Foi apenas quando Darwin disse que “toda a verdadeira classificação é genealógica” que as pessoas se deram conta de que o sistema de Lineu só funciona quando o que está sendo classificado aparece na natureza conforme uma descendência. (É claro que organizamos as coisas, especialmente as pessoas, em hierarquias, o tempo todo, veja-se o exército; refiro-me aqui, porém, ao que encontramos na natureza.)

A primeira tentativa de constituir um manual médico de diagnóstico foi feita por um amigo e contemporâneo de Lineu, com o intimidador nome de François Boissier de Sauvages de Lacroix, um médico e botânico de Montpellier. Em 1793, Sauvages publicou *Nosologia Methodica*, declarando explicitamente já no título que a obra era modelada na classificação das plantas. Ele apontava dez classes de doenças, das quais a oitava era a loucura. Cada classe era dividida primeiro em gêneros, depois em espécies, produzindo 2.400 tipos de males.

Desde então, surgiram muitos sistemas para classificar doenças mentais, mas todos me parecem baseados no modelo botâni-

co, e essa é a sua falha fatal. Outros tipos de doenças são como as plantas, e podem ser singularmente caracterizadas, como Kraepelin tentou fazer, por um padrão distinto de sintomas quando a causa ainda não é conhecida. A sigla NOS não é utilizada no resto da medicina, onde não se verifica com frequência comorbidade sistemática. Talvez, ao fim e ao cabo, o *DSM* seja visto um dia como uma *reductio ad absurdum* do projeto botânico no campo da insanidade. Se digo isso, não é por acreditar que a maior parte da psiquiatria venha algum dia a ser reduzida à neurociência, à bioquímica ou à genética. Não tenho uma posição a respeito. O NIMH (Instituto Nacional para Saúde Mental dos EUA) disse que deixaria de usar o *DSM* porque este não tem valor. Na verdade, há um grande empenho, no *DSM-5*, para assegurar que seu conteúdo está de acordo com os critérios que se entende como válidos. (*VER NOTA) Pouco importa para meu argumento. Minhas afirmações se baseiam antes na lógica que na medicina. O sonho de Sauvages de classificar as doenças mentais pelo modelo da botânica foi tão equivocado quanto o plano de classificar os elementos químicos pelo modelo da botânica. Os elementos químicos têm uma organização cuja profundidade impressiona – a tabela periódica –, mas ela é muito diferente da organização das plantas, que emerge em última instância da descendência. As tabelas de elementos baseadas em Lineu (houve muitas) não representavam a natureza.

O *DSM* não é uma representação da natureza ou da realidade das variedades de doenças mentais, e essa crítica é muito mais radical do que a alegação de Insel de que o livro carece de “valor”. O que afirmo é que ele se baseia numa compreensão equivocada da natureza das coisas. Continua sendo um livro muito útil para outros propósitos. É essencial que algo assim exista para cumprir as necessidades burocráticas ligada ao pagamento de tratamentos e à avaliação de prioridades. No que se refere a outros propósitos, porém, as mudanças realizadas do *DSM-IV* para o *DSM-5* não estiveram à altura do trabalho prodigioso, das reuniões de comitês, e

do debate feroz e às vezes amargo que as envolveram. Não tenho ideia do custo da revisão, mas não ajudou muito os clínicos, e não trouxe grandes mudanças para a burocracia. Buscar por uma versão correta, revisão após revisão, perpetua a ideia consagrada de que, com nosso conhecimento atual, as variedades reconhecíveis de doenças mentais devem se enquadrar ordenadamente em blocos precisos, à maneira de plantas ou animais.

[*] Um comitê externo foi estabelecido para adjudicar as mudanças propostas para o *DSM-IV* e a validade delas. Um relato dos procedimentos adotados se encontra em “A History of the *DSM-5* Scientific Review Committee” (Uma História do Comitê de Revisão Científica do *DSM-5*), redigido por seu presidente, Kenneth S. Kendler, a ser publicado em breve na revista *Psychological Medicine*.