

SUMÁRIO

<i>Prefácio</i>	7
<i>Apresentação</i>	11
1. O conceito de depressão.....	15
2. A anatomia da tristeza normal.....	41
3. Tristeza com e sem motivo – A depressão da Antiguidade ao século XIX.....	70
4. A depressão no século XX.....	91
5. A depressão no <i>DSM-IV</i>	126
6. A importação da patologia para a comunidade.....	147
7. A tristeza vigiada.....	170
8. O <i>DSM</i> e as pesquisas biológicas sobre depressão.....	194
9. O crescimento dos tratamentos com antidepressivos.....	209
10. O fracasso das ciências sociais em distinguir tristeza de transtorno depressivo.....	226
11. Conclusão.....	245
<i>Notas</i>	260
<i>Referências bibliográficas</i>	269

PREFÁCIO

O livro que você está prestes a ler é um brilhante esforço de pesquisa e análise de dois de nossos mais importantes pensadores sobre o diagnóstico psiquiátrico e a natureza dos transtornos mentais. *A tristeza perdida*, de Allan Horwitz e Jerome Wakefield, representa o mais convincente e conclusivo desafio surgido até hoje, no interior da própria psiquiatria, à revolução diagnóstica que teve início nessa área há quase trinta anos. Os autores começam defendendo a existência de uma compreensão intuitiva universal de que ser humano significa reagir naturalmente com sentimentos de tristeza aos acontecimentos negativos da vida. Ao contrário, quando os sintomas de tristeza (por exemplo, melancolia, dificuldade para dormir, falta de concentração, redução do apetite) não têm causa aparente ou são absolutamente desproporcionais a ela, a compreensão intuitiva é de que algo está errado, indicando a presença de um transtorno depressivo. Assim, Horwitz e Wakefield argumentam de maneira persuasiva, como a tese central deste livro, que a psiquiatria contemporânea confunde tristeza normal com transtorno mental depressivo porque ignora a relação entre os sintomas e o contexto em que eles aparecem. O diagnóstico psiquiátrico de depressão maior baseia-se na suposição de que os sintomas, isoladamente, indicam a existência de um transtorno; essa suposição faz que as reações normais aos agentes estressores sejam equivocadamente caracterizadas como sintomas de transtorno depressivo. Os autores demonstram que essa confusão tem implicações significativas não só para a psiquiatria e seus pacientes, como também para a sociedade como um todo.

A tese do livro é de especial interesse para mim, pois fui o líder da força-tarefa da Associação Americana de Psiquiatria que, em 1980, criou o *DSM-III* (isto é, a terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais], a lista oficial de transtornos mentais reconhecidos e dos critérios pelos quais eles são diagnosticados, de acordo com a Associação). Essa foi a primeira edição do *Manual* a oferecer critérios sintomáticos explícitos para o diagnóstico de cada transtorno mental. O *DSM*, agora na quarta edição, é considerado por muitos uma revolução na psiquiatria. Serve para definir como os pesquisadores

coletam amostras, que casos serão cobertos pelos planos de saúde, que casos os tribunais e os organismos sociais tratam como enfermidades, e como os próprios indivíduos interpretam suas experiências emocionais. A padronização do diagnóstico psiquiátrico proposta pelo *DSM*, usando regras explícitas para fazer um diagnóstico, foi de extrema importância para a explosão de pesquisa e conhecimento na área de saúde mental. Permitiu que clínicos e pesquisadores com diferentes perspectivas teóricas – e, portanto, diferentes linguagens – comuniquem-se uns com os outros. Também levantou dúvidas sobre o status científico da psiquiatria, como a acuidade de seus diagnósticos.

Mas o próprio sucesso do *DSM* e de seus critérios descritivos num nível prático permitiu à psiquiatria ignorar algumas questões conceituais básicas que têm estado à espreita desde o início da elaboração do *Manual*, especialmente como distinguir um transtorno do sofrimento normal. Este livro chama a atenção para esses problemas conceituais.

Meu envolvimento num debate anterior – sobre se a homossexualidade deveria ser excluída do *DSM-II*, em 1973 – permitiu que eu me aprofundasse sobre a questão de como definir transtorno mental. Formulei as definições de transtorno mental nas introduções do *DSM-III*, do *DSM-III-R* (a terceira edição revisada do *DSM*) e do *DSM-IV*, que tenta explicar as razões pelas quais certos casos foram incluídos e outros excluídos do *Manual*. Desde então, o Dr. Wakefield tem criticado meus esforços, e estou quase convencido de que seus argumentos são válidos. Sua análise do conceito de transtorno mental como “disfunção prejudicial”, de uma ótica evolutiva, levanta questões sutis e matizadas sobre transtornos mentais que desafiam nosso pensamento, independentemente de como nos posicionamos diante delas. É, sem dúvida, a análise mais mencionada e provocativa do conceito de transtorno mental na atualidade, ao mesmo tempo defendendo o conceito como legítimo e apresentando uma crítica aos atuais padrões de diagnóstico, considerados demasiado amplos. Além disso, Horwitz e Wakefield apontam que o *DSM* não é consistente nem mesmo ao aplicar sua própria definição de transtorno mental aos conjuntos de critérios diagnósticos para transtornos específicos. Embora a definição de transtorno mental do *DSM*, assim como a abordagem de disfunção prejudicial, especifique claramente que um transtorno envolve uma disfunção no indivíduo e não é uma reação esperada a um estressor, isso raramente foi levado em consideração na formulação dos conjuntos de critérios diagnósticos do *DSM*. Em outras palavras, seus critérios especificam os sintomas que devem estar presentes para justificar determinado diagnóstico, mas ignoram qualquer referência ao contexto em que esses sintomas aparecem. Ao fazê-lo, permitem que reações normais a estressores sejam caracterizadas como sintomas de um transtorno.

Muitas críticas ao *DSM* vêm de “fora”, pois suspeitam da própria noção de transtorno mental e, por isso, rejeitam a ideia de um manual de diagnóstico psiquiátrico, considerando-o uma medicalização indevida de problemas sociais. Horwitz e Wakefield, ao contrário, reconhecem as contribuições do *DSM* e aceitam sua pressuposição de que há transtornos mentais genuínos num sentido estritamente médico. Ironicamente, é por levar a sério a reivindicação do *DSM* de ser um manual de transtornos mentais (e, portanto, estar dentro do escopo da medicina) que os autores são capazes de apresentar uma crítica devastadora da forma pela qual o *DSM* operacionaliza o diagnóstico da depressão (e, por conseguinte, também outras categorias de diagnóstico) sem levar em conta o contexto. Uma vez que sua análise está ancorada nos próprios pressupostos da psiquiatria, aqueles que estão hoje construindo o *DSM-V* (com publicação prevista para 2011) dificilmente poderão ignorá-la.

Horwitz e Wakefield traçam a história do diagnóstico da depressão, de Hipócrates até hoje, e mostram com um estudo impressionante e persuasivo até que ponto sua visão – e não a abordagem do *DSM* em que os sintomas podem, por si sós, indicar um transtorno – reflete-se na tradição histórica da medicina e da psiquiatria, incluindo até mesmo o trabalho de Emil Kraepelin, o psiquiatra frequentemente considerado a inspiração para o *DSM-III*. Deve-se notar que, quando os critérios para o diagnóstico de depressão foram originalmente desenvolvidos, a intenção era aplicá-los a amostras de pesquisa nas quais supostamente havia um número razoável de pacientes com transtorno mental. Os autores argumentam que, quando aqueles mesmos critérios de diagnóstico, que não contêm nenhuma referência ao contexto, são usados em estudos epidemiológicos de comunidades e na detecção da população geral, um grande número de pessoas que estão tendo reações humanas normais a vários estressores são erroneamente diagnosticadas como padecendo de um transtorno. Os pesquisadores que realizaram os principais estudos epidemiológicos nas duas últimas décadas ignoraram totalmente esse problema. O resultado tem sido taxas de prevalência semioficiais que muitos consideram inacreditáveis.

A análise que os autores fazem do transtorno em si não determina exatamente onde deve ser traçada a linha entre disfunção e normalidade e sugere que a fronteira é pouco nítida. Tenho de admitir que eu estaria inclinado a traçar essa linha incluindo mais casos sob o rótulo de “transtorno mental” do que eles. Francamente, permaneço cauteloso sobre a possibilidade de incorporar o contexto aos critérios de diagnóstico e sobre a imprecisão e os falsos-negativos que podem resultar dessa medida. Mas isso ainda tem de ser experimentado de maneira séria. Este livro colocará a questão em pauta na psiquiatria, tornando-a um dos principais tópicos a ser considerados nas futuras revisões que produzirão o *DSM-V*. Como quer que o problema venha a ser solucionado, graças a este livro ele terá de ser debatido; já não se pode ignorá-lo.

Com sua lógica implacável, o livro de Horwitz e Wakefield força-nos a confrontar pontos básicos centrais à psiquiatria. Fez que eu repensasse minha posição e pensasse na melhor forma de lidar com as preocupações dos autores. Determinará discussões e pesquisas futuras sobre depressão e será um guia indispensável àqueles que estão repensando os critérios de diagnóstico da psiquiatria na preparação do *DSM-V*. Seria interessante olhar para os últimos cem anos e ver se o contexto é tão importante para os critérios de diagnóstico como os autores acreditam que seja ou se a abordagem mais estrita, com base nos sintomas, pode, de alguma maneira, reerguer-se de sua crítica. Mas, de uma forma ou de outra, a psiquiatria se apoiará em fundamentos lógicos mais firmes em consequência dessa crítica, e este livro será o divisor de águas no desenvolvimento conceitual da área.

ROBERT L. SPITZER

Doutor em Medicina e professor de Psiquiatria do
Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York

APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto de um raro esforço cooperativo. A ordem dos autores é alfabética; ambos somos total e igualmente responsáveis pelo conteúdo intelectual de todo o livro, que resultou de um incansável e estimulante processo mútuo de feedback, aperfeiçoamento e debate em todas as etapas. Nossa coautoria, no entanto, ocorreu por casualidade. Cada um de nós planejava, isoladamente, livros sobre depressão com a mesma mensagem. Quando descobrimos isso durante uma conversa, decidimos unir forças. Entretanto, as formas pelas quais cada um de nós chegou à ideia original de escrever um livro como este foram bem diferentes.

Jerome Wakefield, tendo escrito extensamente sobre o conceito de transtorno mental, foi convidado a publicar um artigo num periódico especializado criticando o ataque feito pelo psicólogo Neil Jacobson, de uma perspectiva comportamental, ao modelo médico de depressão. O mote do artigo era o seguinte: nem aqueles que acreditam na abordagem da depressão como transtorno, expressa no *DSM*, nem aqueles que, como Jacobson, negam que a depressão seja um transtorno patológico estão corretos. Em vez disso, eles, sem escutar uns aos outros, falam sobre casos diferentes. Wakefield pretendia argumentar que, em vez de tentar decidir entre esses pontos de vista rivais, a psiquiatria deveria traçar uma distinção entre aqueles que de fato padeciam de um transtorno e aqueles com uma reação normal a infortúnios que haviam sido classificados erroneamente pelo *DSM*.

Após a morte prematura de Jacobson, o periódico decidiu não prosseguir com a publicação do artigo, visto que o psicólogo não poderia respondê-lo. Nesse meio-tempo, Wakefield percebeu que o tema era muito mais amplo do que havia concebido a princípio e que uma análise ponderada da depressão e da tristeza – tanto em suas manifestações normais quanto patológicas – daria um livro. A questão pareceu urgente porque, se os profissionais de saúde mental estavam falando sobre ela sem ouvir uns aos outros em vez de reconhecer sua complexidade, eles inevitavelmente estariam falando, também, sem ouvir alguns de seus pacientes. Esperamos que este livro encoraje verdadeiramente essas distintas facções a dialogar entre si e a perceber as diferenças entre aqueles que estão deprimidos e aqueles que padecem de tristeza normal.

Allan Horwitz havia acabado de concluir um livro sobre o novo paradigma da “psiquiatria diagnóstica” introduzido pelo *DSM-III* em 1980. Naquela época, o *DSM* tinha se expandido para diversas centenas de diagnósticos, e a depressão se tornou o diagnóstico emblemático da psiquiatria contemporânea. O estudo cuidadoso dessa doença em particular prometia, assim, iluminar questões mais amplas com as quais a área deparava. O trabalho de Horwitz na sociologia do estresse o havia convencido de que muitos dos problemas que os sociólogos estudavam eram similares aos que a psiquiatria classificava como Depressão Maior, e também de que aquelas não eram reações patológicas, mas sim reações humanas normais a circunstâncias sociais estressantes. Assim como Wakefield, ele estava convencido de que havia estados de saúde depressivos que eram verdadeiramente patológicos. Um livro sobre depressão lhe parecia uma forma de examinar os sucessos e as limitações do novo paradigma da psiquiatria e, ao mesmo tempo, de identificar problemas conceituais na sociologia da medicina, tudo através da lente de uma análise detalhada dessa única categoria diagnóstica central.

Parecia, também, que unir forças com Wakefield poderia ajudar a navegar entre a Cila do construtivismo social e a Caríbdis* do essencialismo biológico e produzir uma análise capaz de distinguir a normalidade do transtorno com base em fatores biológicos e, ao mesmo tempo, sustentar o importante papel dos fatores sociais ao fazer essa distinção. Esperamos que o resultado de nossa colaboração seja um livro que de fato consiga retomar um caminho equilibrado entre o biológico e o social e entre sofrimento normal e transtorno mental.

Todos os livros são produto não só de autores mas também do ambiente em que são escritos. Tivemos a grande sorte de escrever esta obra em circunstâncias excelentes. Para Horwitz, o Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research [Instituto de Pesquisa de Saúde, Políticas de Saúde e Envelhecimento] e o Departamento de Sociologia da Universidade Rutgers proporcionaram estímulo intelectual, colegas extraordinários e condições de trabalho ideais. Em particular, David Mechanic, o diretor do Instituto, tem sido uma constante fonte de inspiração, sabedoria e encorajamento. Deborah Carr, Gerald Grob, Ellen Idler, Sarah Rosenfield e Eviatar Zerubavel, além de amigos especiais, foram leitores atentos. Para Wakefield, essas ideias também germinaram no Instituto de Pesquisa de Saúde da Universidade de Rutgers, mas foram desenvolvidas para publicação na Escola de Serviço Social da Universidade de Nova York, onde trabalha atualmente. A escola e sua diretora, Suzanne England, e o estímulo dos novos colegas, assim como a incrível atividade intelectual da Universidade de Nova York, sob a liderança de John Sexton e David McLaughlin, ofereceram apoio, oportunidade e ins-

* Cila e Caríbdis: monstros marinhos presentes na mitologia grega. [N. E.]

piração excepcionais. Também somos gratos a Peter Conrad, Randolph Nesse, Sharon Schwartz e Robert Spitzer por seus comentários sobre capítulos específicos.

Num mundo ideal, todos os autores teriam editores com o extraordinário talento e a capacidade crítica de Marion Osmun, da Oxford University Press. Tivemos muitíssima sorte de tê-la como editora; tanto o livro como nós fomos enormemente beneficiados por seu apoio e sabedoria.

Finalmente, agradecemos, acima de tudo, a nossas famílias. A esposa de Wakefield, Lisa, forneceu não só apoio constante como também um ouvido atento e instigador; os filhos, Joshua e Zachary, permitiram uma alegre fuga do trabalho; os pais, Helen e Ted Sherman, sempre promoveram um ambiente acolhedor e amoroso. O pai de Horwitz, que morreu logo depois que o livro foi concluído, foi durante toda a vida um modelo de criatividade e êxito científicos; as filhas, Rebecca, Jessica e Stephanie, proporcionaram momentos de distração bem-vindos durante a preparação deste livro.

1 O CONCEITO DE DEPRESSÃO

O poeta W. H. Auden notadamente considerou o período após a Segunda Guerra Mundial a “era da ansiedade”.¹ Para Auden, a intensa ansiedade daquela época era uma reação humana normal a circunstâncias atípicas, como a devastação do bem-estar moderno, os horrores dos campos de concentração, o desenvolvimento de armas nucleares e as tensões da Guerra Fria entre os Estados Unidos e a União Soviética. Se Auden estivesse vivo, ele poderia concluir que a era que compreende a virada do século XXI é a “era da depressão”.² Haveria, entretanto, uma diferença crucial entre as duas caracterizações: enquanto a era da ansiedade era vista como uma reação natural a circunstâncias sociais que exigiam soluções coletivas e políticas, a nossa é vista como uma era de tristeza anormal – um tempo de transtorno psiquiátrico depressivo que requer tratamento profissional.

Considere-se Willy Loman, o protagonista de *A morte do caixeiro-viajante*, a clássica peça teatral de Arthur Miller, provavelmente o personagem fictício mais representativo da vida americana nas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial.³ Aos 60 anos, apesar de sua crença fervorosa no sonho americano de que o trabalho duro levará ao sucesso, Willy Loman nunca fez grandes conquistas. Terrivelmente endividado, percebe que sua saúde está definhando, mal é capaz de continuar trabalhando como caixeiro-viajante e os filhos o desprezam. Quando finalmente é demitido, Willy é forçado a admitir a si mesmo que é um fracasso. Ele se mata num acidente de carro na esperança de conseguir da companhia de seguros algum dinheiro para a família. A enorme popularidade de *A morte do caixeiro-viajante* na ocasião de sua estreia na Broadway, em 1949, provinha do fato de que Willy Loman personificava o estereótipo da vida americana, que abraçava o objetivo de obter grande riqueza mas acabava destruído por ela.

A morte do caixeiro-viajante teve uma recepção muito diferente na ocasião de sua reestrea cinquenta anos mais tarde.⁴ De acordo com um artigo do *The New York Times* intitulado “Get that man some Prozac” [“Deem Prozac àquele cara”], o diretor da nova versão enviou o roteiro a dois psiquiatras, que diagnosticaram em Loman um transtor-

no depressivo.⁵ O autor da peça, Arthur Miller, discordou dessa caracterização, protestando: “Willy Loman não é depressivo... Ele é oprimido pela vida. Há razões sociais para ele estar onde está”. A conclusão dos psiquiatras é um exemplo de nossa época assim como Loman era um exemplo da dele. O que nossa cultura um dia viu como reação a esperanças e aspirações frustradas é hoje considerado doença psiquiátrica. A transformação de Willy Loman de vítima social em psiquiátrica representa uma mudança fundamental na forma como vemos a tristeza.

A onipresença da depressão

A predominância do transtorno depressivo é uma tendência social significativa, que se manifesta de várias maneiras:

Quantidade de casos de depressão na comunidade. Muitos pesquisadores afirmam que uma parte substancial e cada vez maior da população sofre de transtorno depressivo. Estimativas de estudos epidemiológicos indicam que o Transtorno Depressivo Maior atinge cerca de 10% dos adultos nos Estados Unidos a cada ano e aproximadamente um quinto da população em algum momento da vida.⁶ Entre as mulheres, as taxas são ainda mais altas: cerca de duas vezes aquelas encontradas entre os homens.⁷ Dependendo da definição empregada, a depressão pode chegar a afligir metade dos membros de alguns grupos, como meninas adolescentes e idosos.⁸ Além disso, esses números parecem estar crescendo constantemente. Durante as últimas décadas, cada leva de nascimento sucessiva tem constituído mais casos de transtorno depressivo que os apresentados pelas gerações anteriores.⁹ Embora o mais provável seja que essas taxas crescentes, em vez de refletir um aumento de fato, são consequência da forma como as pesquisas medem a doença¹⁰, há uma percepção generalizada de que o transtorno depressivo está crescendo a um ritmo alarmante.

Número de pacientes em tratamento de depressão. Nos últimos anos, houve uma explosão no número de pacientes tratados com diagnóstico de depressão nos Estados Unidos. A maioria das pessoas deprimidas é tratada em ambulatórios, onde o tratamento da depressão cresceu 300% entre 1987 e 1997.¹¹ Em 1997, 40% de todos os pacientes de psicoterapia, o dobro do percentual da década anterior, tinham diagnóstico de transtorno do humor, a categoria mais geral que compreende principalmente a depressão.¹² O percentual total da população em tratamento de depressão em um ano em particular cresceu de 2,1% no início dos anos 1980 para 3,7% no início dos anos 2000, um aumento de 76% em apenas vinte anos.¹³ Alguns grupos experimentaram um aumento muito maior; por exemplo, somente no período entre 1992 e 1998, o diagnóstico de idosos com depressão cresceu 107%.¹⁴

Prescrição de medicamentos antidepressivos. Embora a medicação tenha sido um tratamento comum para os problemas da vida desde os anos 1950, seu uso cresceu assombrosamente nos anos recentes. Os antidepressivos – como Prozac, Paxil, Zoloft e Efexor – estão hoje entre os mais vendidos entre todos os medicamentos que necessitam de prescrição médica.¹⁵ O uso entre adultos praticamente triplicou de 1988 a 2000.¹⁶ Sabe-se que 10% das mulheres e 4% dos homens usam essas drogas atualmente.¹⁷ Durante os anos 1990, os gastos com antidepressivos cresceram 600% nos Estados Unidos e, no ano 2000, excediam US\$ 7 bilhões anualmente.¹⁸

Estimativas do custo social da depressão. Acredita-se que a depressão seja a origem de enormes custos sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), principal entidade internacional que lida com saúde, em 2020 a depressão terá se tornado a segunda maior causa de incapacidade* no mundo, ficando atrás apenas das doenças cardíacas. A OMS estima que a depressão já é a principal causa de incapacidade em pessoas entre 15 e 44 anos.¹⁹ Nos Estados Unidos, os economistas calculam que a depressão é responsável por um custo de US\$ 43 bilhões por ano.²⁰

Publicações científicas sobre depressão. Pesquisas sobre depressão se tornaram um campo importante.²¹ Em 1966, 703 artigos contendo no título a palavra “depressão” foram publicados em periódicos médicos. Em 1980, ano em que a Associação Americana de Psiquiatria (APA, sigla em inglês) lançou a terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III)* com novas definições de transtorno depressivo, 2.754 artigos sobre depressão foram publicados. Esse número aumentou regularmente durante os quinze anos seguintes, e então explodiu em meados de 1990. Em 2005, havia 8.677 artigos sobre depressão publicados, mais de doze vezes o número em 1966. O número de artigos sobre depressão é hoje muito maior que sobre qualquer outro diagnóstico psiquiátrico e cresceu muito mais rapidamente que a publicação de pesquisas psiquiátricas em geral.

Atenção da mídia à depressão. A depressão se tornou assunto de grande interesse. Programas de TV populares, best-sellers e importantes artigos em revistas americanas retratam com frequência essa enfermidade. Muitas memórias sobre experiências pessoais de depressão, incluindo *Visível escuridão*, de William Styron, *Uma mente inquieta*, de Kay Jamison, *Nação Prozac*, de Elizabeth Wurtzel, e *O demônio do meio-dia*, de Andrew Solomon, entraram para a lista dos mais vendidos. Uma olhada nos novos títulos das seções de psicologia nas livrarias revela uma enxurrada de livros sobre como prevenir ou lidar com os tipos mais variados de depressão. A aclamada série de TV *Os Sopranos*

* “Incapacidade”, no texto, corresponde ao termo “incapacitação”, no sentido de perda de capacidade de desempenho das funções habituais do cotidiano. [N. R. T.]