

Estudo Teórico


A (dis)função do diagnóstico: uma leitura psicanalítica sobre o DSM

The (dys)function of diagnosis: a psychoanalytic reading about the DSM

La (dis)función del diagnóstico: una lectura psicoanalítica sobre el DSM

Mariana Martins Fernandes¹ 

Beatriz de Souza Silva² 

Rogério de Andrade Barros³ 

¹Centro Universitário FG - UNIFG (Guanambi). Bahia, Brasil. mariana.mfernandes22@gmail.com

²Autora para correspondência. Universidade Federal de São João del-Rei (São João del-Rei), Centro Universitário FG - UNIFG (Guanambi). Minas Gerais, Bahia, Brasil. beatriz.psic@gmail.com

³Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana). Bahia, Brasil. rabarros1@uefs.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: Partindo da interrogação sobre a função do diagnóstico, reconstrói-se um panorama histórico sobre o diagnóstico para a psiquiatria e os (des)enlaces com a psicanálise. **OBJETIVO:** Examinar os compromissos e as diferenças do diagnóstico para os diferentes campos. **METODOLOGIA:** O presente artigo teve como orientação de pesquisa o que [Canguilhem](#) (1975) define como trabalho de conceito. A partir de uma epistemologia específica, essa posição baseia-se no princípio de que é preciso partir de uma articulação conceitual para se falar de um fenômeno. Assim, foi realizado um percurso exploratório sobre o diagnóstico para o campo da psiquiatria e da psicanálise. **RESULTADOS:** A eliminação do aspecto subjetivo como critério elementar para realizar a avaliação diagnóstica a partir da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) demarca uma ruptura irreparável com a psicanálise, uma vez que nega aquilo que lhe é mais caro. Se o objeto da psiquiatria é o fenômeno observável, a psicanálise se volta para a escuta das ranhuras, ponto opaco em que a nomeação generalista não dá conta de apaziguar a angústia. Isso não requer a negação dos sintomas observáveis, tendo em vista que é possível se servir deles sem, no entanto, reduzir a escuta clínica à mera classificação fenomenológica. **CONCLUSÃO:** A aposta na singularidade da construção sintomática é o que permite a emergência da subjetividade, negligenciada na universalização diagnóstica contemporânea.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Diagnóstico. Psicopatologia. DSM.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Starting from the question about the function of the diagnosis, a historical panorama about the diagnosis for psychiatry and the (dis)links with psychoanalysis is reconstructed. **OBJECTIVE:** Examine the commitments and the differences for the different fields. **METHODS:** This article had as research orientation what [Canguilhem](#) (1975) defines as concept work. Based on a specific epistemology, this position is based on the principle that it is necessary from a conceptual articulation to talk about a phenomenon. Thus, an exploratory path on the diagnosis for the field of psychiatry and psychoanalysis was carried out. **RESULTS:** The elimination of the subjective aspect as an elementary criterion to carry out the diagnostic evaluation from the third version of the Diagnostic and Statistical of Mental Disorders Manual (DSM) marks an irreparable break with psychoanalysis since it denies what is most dear to it. If the object of psychiatry is the observable phenomenon, psychoanalysis turns to listen to the grooves, an opaque point in which the generalist appointment does not manage to alleviate the anguish. This does not require the denial of the observable symptoms, considering that it is possible to use them without, however, reducing clinical listening to a mere phenomenological classification. **CONCLUSION:** The bet on the singularity of the symptomatic construction is what allows the emergence of the subjectivity, neglected in the contemporary diagnostic universalization.

KEYWORDS: Psychoanalysis. Diagnosis. Psychopathology. DSM.

Submetido 24/09/2021, Aceito 25/05/2022, Publicado 26/07/22

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2022;11:e4136

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.e4136>

ISSN: 2317-3394

Editora responsável: Mônica Daltró

Como citar este artigo: Fernandes, M. M., Silva, B. S., & Barros, R.

A. A (dis)função do diagnóstico: uma leitura psicanalítica sobre o DSM. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1, e4136. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.e4136>



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: Partiendo del interrogatorio sobre la función del diagnóstico, el artículo reconstruye un panorama histórico sobre el diagnóstico para la psiquiatría, así como las vinculaciones y desvinculaciones con el psicoanálisis. **OBJETIVO:** Examinar los compromisos y diferencias para los diferentes campos. **METODOLOGÍA:** Este artículo tuvo como orientación de investigación lo que [Canguilhem](#) (1975) define como trabajo conceptual. A partir de una epistemología específica, esta posición se fundamenta en el principio de que es necesario partir de una articulación conceptual para hablar de un fenómeno. Así, se realizó un recorrido exploratorio sobre el diagnóstico para el campo de la psiquiatría y el psicoanálisis. **RESULTADOS:** La eliminación del aspecto subjetivo como criterio elemental para realizar la evaluación diagnóstica de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) marca una ruptura irreparable con el psicoanálisis, ya que niega lo más importante para él. Si el objeto de la psiquiatría es el fenómeno observable, el psicoanálisis vuelve a escuchar los surcos, el punto opaco en el que la nominación generalista no consigue aliviar la angustia. Esto no requiere la negación de los síntomas observables, considerando que es posible utilizarlos sin, sin embargo, reducir la escucha clínica a una mera clasificación fenomenológica. **CONCLUSÃO:** La apuesta por la singularidad de la construcción sintomática es lo que permite la emergencia de la subjetividad, desatendida en la universalización diagnóstica contemporánea.

PALABRAS CLAVE: Psicoanálisis. Diagnóstico. Psicopatología. DSM.

Introdução

As compreensões sobre a loucura variam de acordo com o discurso hegemônico de cada tempo. Desse modo, como afirma [Miller](#) (1999), para que se estabeleça certa racionalização de um fenômeno no campo da saúde mental, é indispensável que se entenda seu vínculo indissociável com a ordem pública. Nessa direção, tal qual propõe [Canguilhem](#) (1943/1995), repartir o normal e o patológico não se faz sem que se considere a lógica discursiva de uma época no seu modo peculiar de dar um tratamento simbólico a esses fenômenos que se apresentam enigmáticos.

É especialmente a partir do surgimento da ciência moderna que a loucura se torna um objeto do conhecimento médico sobre a qual se pretende organizar, classificar e medicalizar ([Laia & Aguiar](#), 2020). Da desrazão advinda de articulação equívoca entre ideias, pautadas em um substrato hereditário, à compreensão de que a loucura decorre do mau funcionamento cerebral, é possível identificar, no discurso médico-psiquiátrico, tentativas de diluição da loucura, dando uma base biológica ao normal e patológico, sem que seja considerada a fala do sujeito ([Barreto & Iannini](#), 2020).

A etimologia da palavra diagnosticar está relacionada a discernir, distinguir, decidir, chegar a uma conclusão. Com isso, entende-se que, como diz [Sagna](#) (2011), “aquele que é capaz de reconhecer um sintoma, dentre outros sinais, é capaz de julgar do que se trata e pode tomar a boa decisão” (p. 112). A medicina moderna, a partir do século XVII, coloca o diagnóstico em um lugar central, criando um modo de fazer ciência baseada no sistema de classificação. Parte-se do pressuposto que é preciso eliminar o singular do paciente, para que seja possível a aproximação de uma objetividade pura, um universal que seja capaz de definir a doença.

A ciência coloca em dúvida até mesmo a figura do médico, situando sua subjetividade como fonte de erro. O campo da psiquiatria é, paulatinamente, reduzido pela exigência da classificação. Nessa ótica, trabalha-se com o diagnóstico à luz da descrição fenomenológica e supressão imediata dos sintomas, de modo que as classificações crescem em ritmo exponencial a cada nova revisão, sendo acompanhada de soluções medicamentosas ([Angell](#), 2011). Nota-se que, seguindo a lógica de agrupar as manifestações sintomatológicas dos sujeitos às classificações, a psiquiatria não se interessa pelo sujeito que ali fala, de forma a separá-lo do seu sofrimento psíquico. Assim, multiplicam-se as nomeações em detrimento do sujeito ([Gonçalves & Martins](#), 2019).

Há uma linha tênue entre se servir do diagnóstico como uma coordenada para conduzir o tratamento e nomear o sujeito e inseri-lo em um grupo classificatório forcluindo a subjetividade. Apesar de o diagnóstico ser caro à psicanálise, Freud e Lacan não criaram categorias diagnósticas. Ao contrário, serviram-se das poucas categorias herdadas da psiquiatria clássica, não sendo pensadas a partir da descrição de fenômenos, mas evidenciadas a partir da posição subjetiva do sujeito em sua relação com a angústia e com o sintoma que o nomeia ([Capanema](#), 2020). Amparada em seus fundamentos, a psicanálise propõe pensar o sintoma como uma manifestação estrutural, resposta particular que revela toda uma dinâmica psíquica para regular a irrupção do gozo, mas que, devido

ao trabalho de censura, chega como uma mensagem cifrada (Rodrigues, 2000). Assim, não se trata de uma renúncia ao diagnóstico, porém de elevá-lo a um valor de enigma.

O percurso realizado nesta pesquisa se inicia com a apresentação do campo da psicopatologia, seus primórdios e ideias que ancoravam o surgimento dessa disciplina, sendo notável a tentativa de atribuir causas unicamente orgânicas para as afecções psíquicas. Em sequência, é explorada a história do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), as proposições que estiveram na sua origem, bem como todo o processo de alteração e ampliação das classificações. O DSM, que até a sua segunda edição se fundamentava na teoria freudiana, a partir da terceira edição se afasta da preocupação com a etiologia em virtude da aposta nas drogas que exibiam a promessa de fazer correções químicas. A partir dessa edição, o DSM passou a dispensar qualquer referência ontológica, tendo como única exigência a concordância no plano descritivo (Dunker, 2014).

A discussão continua no tópico seguinte ponderando o caminho em que o DSM se ampara, tendo em vista que este parte do pressuposto de que é possível manter uma postura ateórica ao falar sobre psicopatologia e doença mental, e desconsiderando as manifestações subjetivas em prol do fenômeno observável. Por fim, apresenta-se a discussão a respeito da posição da psicanálise com relação ao diagnóstico e à psiquiatria. Todo este percurso é realizado com o objetivo de tencionar a (dis)função do diagnóstico.

Breve história da psicopatologia

Se os primeiros registros do que se entende hoje como se tratando de uma prática médica tem origem em Hipócrates por volta do século V, na clínica psiquiátrica, por outro lado, esse lugar é ocupado por Philippe Pinel em meados do século XVIII (Barreto & Iannini, 2020). O pai da clínica psiquiátrica, ao propor o intitulado tratamento moral, influenciou um movimento de cunho filantrópico em prol de um tratamento mais humanizado para os chamados alienados. Até aquele momento, não havia uma proposta médica sistematizada sobre a loucura, posteriormente compreendida como uma doença mental. Nessa

direção, Pinel foi pioneiro ao estabelecer que o alienado era acometido por uma doença mental oriunda de disfunções psíquicas e, portanto, deveria ser escutado e tratado respeitosamente pela medicina (Pacheco, 2003).

O nascimento da psiquiatria tem como marco o ano de 1793, quando Pinel libertou os loucos do Hospital Bicêtre em Paris. A partir desse ato, a loucura deixa de ser considerada uma doença do cérebro para ser concebida como doença das faculdades mentais – um desequilíbrio, desarranjo –, abrindo, assim, espaço para o seu tratamento (Ferreira & Veras, 2017). Levando em conta os apontamentos de Pinel, outros estudiosos se dedicaram a entender as doenças mentais. Um exemplo é Jean-Étienne Esquirol, que foi aluno de Pinel e seguiu seus passos ao propagar a ideia de que a doença mental teria origem em causas físicas e morais. Esquirol, no entanto, vai além do seu professor ao propor uma utilização sistemática da observação, o que lhe permitiu pensar em uma nosografia sistematizada, em que se apresentasse uma análise detalhada das doenças mentais (Sternick et al., 2019).

Portanto, o grande marco posto por Pinel e Esquirol se fundamenta na proposta de, a partir da observação clínica sistemática e humanizada, delimitar as categorias psicopatológicas. É importante ainda destacar que as preocupações desses autores se deram em um momento no qual a medicina se empenhava em se afastar dos preceitos da filosofia, da psicologia e da religião, pois tentava demarcar seus fundamentos baseados em critérios objetivos e, desse modo, não poderia sofrer interferências dos dados subjetivos (Pacheco, 2003).

Na escola alemã, nomes como Wilhelm Griesinger (1817-1868) e Emil Kraepelin (1856-1926) ganharam destaque. Griesinger ficou conhecido como o primeiro dos organicistas. Apesar de defender a ideia de que as doenças mentais advinham de afecções no cérebro, o autor enfatizava a importância do conhecimento minucioso da personalidade do paciente como forma de conhecer a doença (Ferreira & Veras, 2017). Por sua vez, Kraepelin apresentou, em 1883, em seu *Compêndio de Psiquiatria*, diferentes classificações para a loucura, propondo novas categorias nosográficas. Ambos acompanhavam uma tendência à anatomia patológica e defendiam a existência de um substrato biológico para a doença mental (Sternick et al., 2019).

Contudo, após um século e meio de investigações detalhadas, na virada do século XIX para o século XX, a psiquiatria clássica começa a entrar em declínio, já que se constata certo esgotamento das possibilidades descritivas do método clínico. O saber já constituído permitia uma acomodação que fez com que a fala do paciente perdesse o lugar de produção de saber e o seu valor fosse reduzido à descrição dos sintomas e à constatação de um saber já estabelecido pelo médico (Ferreira & Veras, 2017).

Em contrapartida a esse movimento, em 1913, a psicopatologia foi definida como disciplina científica por Karl Jaspers. A proposta deste era que os doentes deveriam ser observados a partir de um método descritivo e fenomenológico. A psicopatologia, então, visava trabalhar com os fenômenos vividos e presenciados pelos pacientes ao contrário da psiquiatria, que usava o modelo explicativo-causal no estudo de tais doenças. A proposta de Jaspers unifica o saber explicativo-causal e o saber histórico compreensivo das ciências humanas. Por isso, para esse autor, a psicopatologia seria uma ciência autônoma e independente da psiquiatria (Sternick et al., 2019).

Podemos compreender a psicopatologia como um campo em que se interpõem diversos discursos e cuja hegemonia varia a cada momento histórico (Baumgart, 2006). Dentre eles, destacamos os discursos médico-psiquiátricos, psicológicos, psicanalíticos, acrescentando ainda os discursos jurídicos e sociais (Scisleski et al., 2008).

Partindo dessa perspectiva, admitimos que tanto a historicidade dessa ciência autônoma como a própria compreensão da manifestação do processo de adoecimento mental se modificam seguindo o curso das transformações técnico-científicas e da ordem social (Foucault, 1954/2000, 1961/2007, 1963/2011), que estabelece normas de condutas a serem desempenhadas em cada época. Assim, engendram-se práticas no campo da saúde mental, permitindo-nos um amplo debate sobre o tema da psicopatologia.

A organização do campo científico da psicopatologia como uma disciplina autônoma, apartada da psiquiatria e da psicologia, como também dos discursos religiosos e sociais, é concomitante com o surgimento da psicanálise (Alvarez et al., 2004). Podemos mesmo dizer que, nesse momento, pautada na clínica,

especialmente nas vivências dos alienistas, buscava-se construir saberes que promovessem uma inteligência sobre a dita loucura, encontrando uma lógica discursiva que orientasse a prática com os alienados.

Nesse breve percurso apresentado sobre a história da psicopatologia, é possível perceber que havia certo esforço por parte dos percursores da psiquiatria em atribuir causas unicamente orgânicas para as afecções mentais, todavia, na contemporaneidade, o cenário não é diferente. De encontro a esta tentativa de circunscrever toda forma de sofrimento psíquico como uma disfunção neuronal, depara-se com a psicopatologização – ou melhor, a psiquiatrização – dos processos psíquicos. Nisso, os manuais diagnósticos tiveram um papel fundamental.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

A primeira versão do DSM surgiu como tentativa de recolher informação estatística para desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos. Em 1880, um censo distinguiu as seguintes categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência e alcoolismo. Tendo como base essas categorias, o psiquiatra suíço Adolf Meyer, presidente da Associação Psiquiátrica Americana (APA), juntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental, desenvolveu o chamado “Manual estatístico para o uso de instituições de Insanos” como sendo um guia para os hospitais daquele país (Dunker, 2014).

Nos anos de 1900 a 1950, com a introdução dos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica, a psicanálise passou a influenciar alguns fundamentos da classificação norte-americana. A primeira edição do DSM, lançada em sua versão final no ano de 1952, pode ser dividida em dois grupos: o primeiro se refere desde ao quadro ansioso até o depressivo sem perder o laço com a realidade; e o segundo grupo é marcado pela perda da realidade, com a presença dos delírios e as alucinações. Nessa versão, as classificações não refletiam uma clara separação entre o normal e o patológico, e a intenção da obra era, principalmente, estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos (Dunker, 2014).

Em 1968, com a publicação do DSM-II, houve uma ampliação das classificações utilizadas pelo Exército de modo que essa versão passou a conter 182 distúrbios. Ainda fortemente marcado pelas concepções de Meyer, suas categorias têm origem na psicodinâmica, indicando a oposição entre psicose e neurose. Os sintomas neuróticos nesse período eram definidos como perturbações dos comportamentos, sentimentos ou ideias que manifestavam uma defesa contra a angústia (Dunker, 2014).

Até a segunda edição, o DSM se manteve fundamentado no modelo freudiano. Entretanto, a descoberta das drogas psicoativas na década de 1950 fez surgir a ideia de que as perturbações mentais estariam, na verdade, associadas a desequilíbrios químicos no cérebro, permitindo, então, que a psiquiatria comesse a construir um suposto saber psicopatológico biológico, relegando para o plano secundário a história de vida dos pacientes (Sternick et al., 2019).

Quando se descobriu que as drogas psicoativas afetam os níveis de neurotransmissores, surgiu a teoria de que a causa da doença mental é uma anormalidade na concentração cerebral desses elementos químicos, a qual é combatida pelo medicamento apropriado. Por exemplo, tendo em vista que alguns antidepressivos aumentam os níveis do neurotransmissor chamado serotonina, defendeu-se que a depressão é causada pela escassez de serotonina. No entanto, essas drogas não haviam sido desenvolvidas para tratar doenças mentais. Elas foram derivadas de remédios destinados ao combate de infecções e se descobriu, por acaso, que alteravam o estado mental (Angell, 2011).

O primeiro medicamento descoberto foi a clorpromazina, em 1954, que, rapidamente, passou a ser muito usada em hospitais psiquiátricos para acalmar pacientes psicóticos, sobretudo aqueles com esquizofrenia. No ano seguinte, surgiu o meprobamato, vendido para tratar a ansiedade em pacientes ambulatoriais. Em 1957, o iproniazid entrou no mercado como um “energizador psíquico” para tratar a depressão (Angell, 2011, p. 46). Dessa maneira, no curto espaço de três anos, tornaram-se disponíveis medicamentos para tratar aquelas que, na época, eram consideradas as três principais perturbações mentais – ansiedade, psicose e depressão. Nesse cenário, a indústria farmacêutica percebeu o seu potencial milionário e avançou com pesquisas e divulgação seletiva e enviesada dos seus resultados (Sternick et al., 2019).

Assim, com a clínica psiquiátrica cada vez menos preocupada com a etiologia das perturbações psicológicas e dispendo de drogas eficazes para fazer correções biológicas, a psiquiatria se afasta, progressivamente, da psicanálise e seus preceitos conceituais e clínicos. Tal desenlace é confirmado com a publicação final, em 1980, do DSM-III, apresentando uma nova forma de nosografia das doenças mentais. Nessa nova edição, houve um completo abandono das influências da psicodinâmica e da psicanálise em prol de um novo método classificatório multiaxial. Novas categorias de desordens foram introduzidas (totalizando 265 diagnósticos) a partir de uma nova proposta de sistema classificatório ateuórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas (Sternick et al., 2019).

A passagem do DSM-II para o DSM-III se deu num contexto que foi produto de diversos fatores, incluindo: a política profissional dentro da comunidade de saúde mental; o aumento do envolvimento do governo em pesquisa e formulação de políticas de saúde mental; o crescimento da pressão sob psiquiatras das seguradoras de saúde para demonstrar a eficácia de suas práticas; e, sobretudo, a necessidade de empresas farmacêuticas para tratar doenças específicas (Rodrigues et al., 2019). Diante de tal cenário, na contramão das duas primeiras versões, o DSM-III apresenta uma proposta completamente diferente, afastando-se da preocupação com a etiologia em virtude da aposta nas drogas que exibiam a promessa de fazerem correções químicas e apresentarem resultados rápidos. Os diagnósticos passaram a ser considerados como instrumentos convencionais, dispensando qualquer referência ontológica. A única exigência seria a concordância no plano descritivo (Dunker, 2014).

A motivação para a terceira edição do DSM se pautava na tentativa de apresentar uma nomenclatura que fosse coerente com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde. Nessa versão, um dos principais objetivos era a categorização em uma linguagem descritiva em detrimento das considerações etiológicas. O objetivo declarado pelos seus idealizadores consistia em criar uma base comum e acessível para padronizar e validar os diagnósticos psiquiátricos dentro e fora dos Estados Unidos (Dunker, 2014).

Tríplice aliança: psiquiatria, DSM e medicação

Sendo publicada em 1994, a quarta edição do DSM apresenta uma lista extensa com 297 desordens ao longo de suas 886 páginas. A novidade nessa versão é o critério de significância clínica para quase a metade dos transtornos, que tem como objetivo avaliar se o sintoma apresenta sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas significativas (Dunker, 2014). Em 2013, a quinta edição do DSM foi lançada contendo mais de 300 categorias de transtornos mentais e recebeu críticas do mundo todo. Nem mesmo o médico psiquiatra Allen Frances, coordenador da versão anterior do Manual, aceitou participar da sua elaboração, alertando que nem todos os sintomas e problemas da vida precisam ser tratados como um transtorno mental, e um diagnóstico mal feito pode ser extremamente danoso ao indivíduo (Rodrigues et al., 2019).

Ao contrário das enfermidades tratadas pela maioria dos outros ramos da medicina, não há sinais ou exames objetivos para as doenças mentais, e as fronteiras entre o normal e o patológico são, muitas vezes, pouco claras. Isso torna possível expandir as fronteiras do diagnóstico ou até mesmo criar novas diagnoses de uma forma que seria impossível, por exemplo, em um campo como a cardiologia (Angell, 2011). Dessa maneira, desde o seu surgimento, as classificações do DSM cresceram em ritmo exponencial a cada nova revisão.

Ao adotar essa lógica universalizante dos manuais, a psiquiatria se orienta cada vez mais pela perspectiva das evidências passíveis de observação e da psicofarmacologia; uma psiquiatria que já não se interessa pela história de vida do paciente ou pelos detalhes do caso, visto que se caracteriza por uma redução ao fenômeno observável, restringindo-se à categorização dos sintomas, o que, conseqüentemente, separa o sujeito do seu sofrimento psíquico.

Tal conjuntura leva Barreto e Iannini (2020) a afirmarem que, no tempo dos manuais classificatórios, acompanhamos, também, o fim da clínica psiquiátrica. Se o fazer clínico se reduz à fenomenologia, despida de qualquer interpretação, apagam-se as fronteiras entre a psiquiatria e a própria neurologia, fundamento final para justificar a loucura. Nessa visada, os autores interrogam se, junto com a morte da clínica, não acenamos, em um futuro próximo, ao próprio fim da psiquiatria.

A psiquiatria que antecedeu o DSM tinha como característica a ausência de um acordo entre os autores – cada grande psiquiatra apresentava a sua própria classificação. Já o DSM se desenvolveu com o objetivo de estabelecer um consenso terminológico entre os vários profissionais médicos e não médicos que se dedicavam ao campo da saúde mental. Esse Manual, então, seria o ideal de uma língua única que pudesse agrupar os sintomas e tratamentos psíquicos do mundo todo. Esse modo de organização produziu uma expansão das nomenclaturas, a fim de que o processo de categorização incluísse todos os seres de forma ordenada. Dessa maneira, doença alguma escaparia de ter sua categoria descrita no código (Rodrigues et al., 2019).

As entidades clínicas clássicas que foram retiradas do Manual desde a sua terceira versão são substituídas pela noção de transtorno ou, mais recentemente, com a ideia de espectro que, valendo-se da falta de exames objetivos e da dificuldade de delimitação das fronteiras no campo da psiquiatria, cumprem a função de expandi-las, para garantir que não fiquem sem um diagnóstico – ou sem um medicamento (Angell, 2011). Nesse sentido, a ampliação das categorias serve, em grande medida, para dar destino às novas opções farmacológicas de forma que, primeiro, criam-se os medicamentos, depois os transtornos ou síndromes que lhes darão destino.

Há de se considerarem importantes questões que podem ser levantadas a partir do DSM, como qual o estado de saúde mental dos Estados Unidos para que a APA se considere em posição de impor um manual que sirva de referência para o mundo todo? Esse país ocupa o 37º lugar no ranking de eficácia do sistema de saúde, ficando atrás, inclusive, do Marrocos e da Costa Rica (Sauvagnat, 2012). Ora, o DSM promove sintomas para, em seguida, propor o tratamento indicado. Nesse ponto, o sintoma ganha valor de mercado – o que o torna especialmente imprescindível para a lógica capitalista da saúde norte-americana.

O método do DSM, pautado pela avaliação e protocolos, estabelece diagnósticos e tratamentos desconsiderando os aspectos subjetivos daquele que sofre e procura alívio para o seu mal-estar. Essa conduta ocasiona o reducionismo do sofrimento psíquico a

desequilíbrios, alterações e distúrbios neuroquímicos do funcionamento cerebral, uma vez que o sintoma passa a ser tratado como um problema nos neurotransmissores, que devem ser erradicados – geralmente, com a ajuda de um medicamento (Gonçalves & Martins, 2019).

O Manual se ampara no pressuposto de que a probabilidade é a ferramenta de excelência do conhecimento científico e de que é possível manter uma postura atórica ao falar sobre psicopatologia e doença mental. O termo psicopatologia é de grande complexidade, pois evoca uma disciplina que trata da natureza da doença mental, suas causas, mudanças estruturais e funcionais ligadas a ela e suas formas de manifestação. Em uma acepção bem genérica, a psicopatologia pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos acerca das nuances que envolvem o adoecimento mental do ser humano (Dunker, 2014). Dessa forma, não é possível afirmar que o DSM seja um manual propriamente dito de psicopatologia, mas de estabelecimentos de pesquisas. Ele se aproxima da psicopatologia diante do problema a que se coloca, mas se afasta diante do método que assume (Calazans et al., 2019).

Os diferentes sintomas de um sujeito se articulam em uma narrativa de sofrimento. Eles se embaralham com a história de vida das pessoas, seus amores, decepções, carreiras e mudanças. No DSM-V, são os transtornos de personalidade que compreendem as formas subclínicas de sofrimento, nas quais fica difícil dizer onde começa o sintoma e onde termina o eu. Assim, ao excluir relações entre sintomas e funcionamentos psíquicos, o profissional fica desincumbido de fazer apreciações sobre a personalidade do paciente. A medicação, então, grande parte das vezes, assume o papel de unificar a história de vida, sintomas e personalidade do indivíduo (Dunker, 2014).

Uma vez eliminado o sujeito de sua doença, o que resta é organizar os sintomas num sistema para indicar qual medicamento será mais adequado. Embora possa haver casos em que a medicação seja pertinente, seu uso indiscriminado é extremamente danoso. Ao tentar calar o sintoma, a droga tira o sujeito de campo. Ao silenciá-lo, dificulta a mobilização de seus recursos para o trabalho psíquico (Myssior & Machado, 2019).

Sabe-se que o tratamento psiquiátrico consiste em uma série de cuidados que articulam medicamento, psicoterapia e acompanhamento. Contudo, o pensamento mecanicista presente no DSM relega essas outras possibilidades para segundo plano, vendendo a ideia de que as pílulas, por si só, poderiam solucionar os impasses profundos da condição humana. O psiquiatra deixa, então, de acompanhar a pessoa para tentar restaurar a peça que não funciona (Cavalheiro & Calça, 2019).

O DSM se baseia em signos no sentido de um sinal provido de significado. Assim, na semiologia médica, uma febre pode ser um sinal de infecção. A racionalidade médica, então, não só muda o conceito de sintoma para signo (que deve ter um significado para o médico), como dá início a uma apreciação estatística dessas manifestações, fazendo da psiquiatria uma clínica do olhar e do diagnóstico, um instrumento cognitivo, com finalidade de reconhecer um objeto ou acontecimento através de suas características ou signos evidentes. Nessa lógica, o sujeito é suprimido pelo saber médico, uma vez que o paciente pouco sabe dizer sobre o mal-estar que o acomete, eliminando assim a dimensão da linguagem (Gonçalves & Martins, 2019).

Na contemporaneidade, são os próprios sujeitos que demandam: “Diga-me o que sou, diga-me o que tenho” – eles querem etiquetas, o que, talvez, os tranquilize diante da dor da existência. A medicina, por trás das categorias diagnósticas do DSM ou do CID, se refere a uma sintomatologia do olhar, daquilo que é visível e observável. Essa sintomatologia é sempre muito específica e é estabelecida pelo médico. Na psiquiatria, faz-se o paciente falar, mas apenas para que, por meio do que ele diz, possa se identificar os signos da categoria à qual pertence. Em sua fala, procura-se não os traços de um sujeito, mas os traços de sua doença. Portanto, trata-se de um diagnóstico do Outro e no qual a fala não é, em absoluto, constituinte, mas simplesmente um veículo dos signos (Soler, 2004/2018). É na contramão desta tendência da psiquiatria biológica – que objetifica o paciente e explica os transtornos pela predisposição neuronal ou genética – que a psicanálise não apenas resiste, mas também insiste em dar palavra ao sujeito, transformando a história de uma enfermidade na história de um doente (Ferreira & Veras, 2017).

Diagnóstico em psicanálise: o desenlace com a psiquiatria

Da “Psicopatologia da vida cotidiana” (Freud, 1901/1969b), passando pela “Interpretação dos sonhos” (Freud, 1900/1969a), até chegar ao caso Schreber (Freud, 1912/1996a), encontramos em Freud uma grande problematização, fundamentada nos processos psíquicos, sobre o que seria tido como normal e patológico, tangíveis aos efeitos da cultura sobre os sujeitos (Freud, 1930/1969c). Como desdobramentos da interface entre os discursos psicanalíticos e psiquiátricos no campo da psicopatologia, verificamos a consolidação das mais variadas terapêuticas, que vão desde a psiquiatria dinâmica (Bettarello, 1998) até a consolidação de comunidades terapêuticas como vias possíveis de reinserção social (Alvarez et al., 2004).

O discurso psicanalítico sobre o aparelho psíquico e sua própria compreensão sobre os sintomas psicóticos fazem ver, mais além da segregação que interpõe uma barreira entre o normal e o patológico, seja sobre a estrutura neurótica ou psicótica, que o vínculo com a realidade é sempre deformado (Freud, 1924/1996b). Não há, nessa perspectiva, uma fórmula padrão que permita estabelecer critérios psíquicos que orientem uma distinção clara.

Atualmente, acompanhamos uma enorme mudança no discurso sobre a saúde mental, tendo por efeito alterações nas práticas com sujeitos que portam transtornos psíquicos, reformulando o próprio campo da psicopatologia. Os manuais médico-psiquiátricos, como é o caso do CID 10, (Classificação Estatística e Internacional de Doenças e problemas relacionados com saúde, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde em 1993) e do DSM V (American Psychological Association, 2014), servem como catalogações diagnósticas, que, ao mesmo tempo em que organizam os sinais de transtornos mentais em escala global, também reduzem o médico a uma atuação semiotécnica (Dalgalarrodo, 2008) esvaziada tanto da historicidade do padecimento mental como das grandes construções teóricas que esclarecem dinamicamente o advento e a manutenção sintomática.

Hoje, podemos apontar que, frente à conjunção dos discursos capitalista e científico (Briole, 2013), a construção diagnóstica usa a observação fenomênica dos sintomas, que será, após descrita, associada a um

tratamento medicamentoso específico, como operador que permite a diferenciação de quadros, Nesse interim, considerando ainda os efeitos da globalização e dos modos generalistas de pautar os diagnósticos, encontrados nos grandes manuais médico-psiquiátricos, ofertam-se diagnósticos prêt-à-porter (Laurent, 2012) e sintomas ready made (Miller, 1998), que não são mais que nomes universalizantes, os quais servem a uma grande quantidade de pessoas, que passam a solucionar o seu mal-estar através das patologias da identificação: sou toxicômano, sou anoréxico, sou bipolar (Santiago, 1998).

A querela dos novos diagnósticos e a problematização, no campo da psicopatologia, sobre os efeitos dessa nova lógica hegemônica discursiva soterra a subjetividade sintomática, que passa a se cristalizar em um diagnóstico universal, alheando os seres de fala de encontrar nomes singulares para esquadriñar o real em jogo do seu sofrimento. Nessa direção, os protocolos médico-psiquiátricos cumprem a função de nada quererem saber sobre a causalidade dos sintomas (Briole, 2009), sendo a urgência, a aceleração e a necessidade de satisfação imediata nomes que nos permitem dizer algo do sintoma urgente em nossa época (Seldes, 2006).

Para a psicopatologia médica, além de ser uma categoria de conhecimento, o diagnóstico é, também, um instrumento de comunicação e previsão. Assim, uma categoria diagnóstica, além de descritiva, implica uma nomenclatura (Leite, 2001). Porém, pela perspectiva psicanalítica, um nome é uma das coisas mais difíceis de o sujeito lidar, visto que, durante toda a sua vida, vai tentar corresponder a ele. Pela leitura da psicanálise, toda nomeação vem do Outro, sendo algo que o sujeito vai ter de dar conta ao longo da vida. Desse modo, terá duas opções: aprisionar-se no nome recebido ou apropriar-se de um lugar e fazer dele o “seu nome” (Vianna, 2019, p. 42).

O uso de nomenclaturas diagnósticas pela população como rótulos estanques do mal-estar contemporâneo, assim como o excesso do uso de psicofármacos com o intuito de fazer desaparecer tal sofrimento, interferem no processo de construção das subjetividades. Na clínica, tal situação resulta em uma espécie de desimplicação do sujeito, que passa a buscar nos diagnósticos um saber que fale por ele e, consequentemente, uma fórmula que minimize o seu mal-estar (Teodoro, 2019).

Lacan não mudou as categorias descritivas da psiquiatria clássica, mas tentou construir as estruturas que direcionariam para esses diversos tipos de sintomas. Tais estruturas são evidenciadas a partir da defesa que cada sujeito apresenta frente à angústia. Dessa forma, o diagnóstico diferencial (neurose, psicose e perversão) é feito em função da diferença dos efeitos produzidos pelo tipo de defesa próprio de cada uma dessas estruturas (Leite, 2001).

Entende-se, portanto, que, no que concerne à práxis psicanalítica, o diagnóstico revela uma posição subjetiva do sujeito frente ao Outro. Amparada em seus fundamentos, entende o sintoma como uma manifestação estrutural, um modo de resposta singular de cada pessoa (Figueiredo & Machado, 2000). Na psicanálise, é sintoma aquilo que o próprio sujeito considera como sendo. Se ele não reconhece algum traço como sintoma, este permanecerá inerte, o que faz com que um mesmo sintoma, definido na clínica psiquiátrica, possa ou não se tornar um sintoma analítico (Soler, 2004/2018). Catálogos, como o DSM, numerados segundo os distúrbios, não levam em conta o sujeito, já que não atendem a uma profunda avaliação dos problemas psíquicos nem consideram a compreensão dos sintomas e mecanismos clínicos de cada patologia. O sintoma é fruto de um trabalho psíquico elaborado, que aparece diante do mal-estar que acomete o sujeito e, por vezes, tem a função essencial de sustentar a estrutura do aparelho psíquico (Myssior & Machado, 2019).

Os psicanalistas recebem as mesmas queixas que os psicoterapeutas e psiquiatras, suscitadas pelos sintomas e sofrimentos que o mal-estar produz. Todavia, o trabalho do analista segue a direção de levar o analisando a transformar a queixa em demanda de análise. Ao transformar o sintoma em enigma, o sujeito se dirige ao analista – tendo em vista a transferência ao sujeito suposto saber para interrogar: o que esse sintoma quer dizer? A psicanálise não é uma terapia como as outras. Trata-se de uma exploração do inconsciente, principalmente por meio da fala. Ela explora as marcas, as palavras e os desejos que circulam no inconsciente: essa é a sua vertente epistêmica. Fato é que, ao mesmo tempo, ela obtém modificações nos sintomas: é isso que se chama de terapêutica (Soler, 2004/2018).

Para a psicanálise, interessa o sujeito que sofre e suporta os efeitos desse sofrimento – sofre devido à sua estrutura subjetiva. Uma análise, então, busca fazer o sujeito dizer, ele mesmo, acerca de sua história e seus sofrimentos a um interlocutor. O que diz respeito, dessa forma, a uma clínica do dito – é o próprio paciente que vem apresentar seu caso em voz alta (Kyrillos Neto et al., 2011). Não se trata, entretanto, de apenas trazer à consciência o sentido oculto do sintoma, possibilitando ao sujeito se reapropriar do conteúdo recalcado. A psicanálise atua a partir da hipótese de que a etiologia do sofrimento se relaciona à falha de inscrição psíquica do evento traumático – da maneira como foi elaborado pelo sujeito, e não ao trauma em si (Calazans et al., 2019). Nesse sentido, o sintoma possível de tratamento na psicanálise se constitui da fala e dos ditos de cada sujeito. Ao fazer isso, o analista busca o ponto de real, ou seja, aquele ponto em que escapa a significação, ponto enigmático para o sujeito e que, portanto, traz algo impossível de sustentar. Portanto, dar oportunidade à palavra do sujeito é possibilitar que ele se afaste daquilo que é insuportável para poder começar a falar (Ferreira & Veras, 2017).

Considerações finais

As manifestações psíquicas de mal-estar na contemporaneidade carregam a marca da exigência social de supressão imediata. Tal sofrimento é combatido com fármacos que forcluam o sujeito, atribuindo ao singular um estatuto de anormalidade. Em vista disso, são criadas regras de procedimentos a partir de parâmetros que não levam em conta a particularidade de cada um, nomeando de transtorno qualquer manifestação que vai na contramão da ordem operacionalmente estabelecida.

Obviamente, não se pode negar a importante função dos medicamentos na história da saúde mental. Sem eles, a Reforma Psiquiátrica e o tratamento em liberdade encontrariam enormes limitações de ordem prática. Porém, a questão a ser discutida é: qual o lugar que cabe ao sujeito quando seu discurso é sumariamente reduzido a uma síntese fenomenológica descritiva? E, ainda, como são tratados os casos em que o sintoma é justamente a solução encontrada pelo sujeito para lidar com seu sofrimento?

Diante disso, é preciso dar um passo atrás diante da proposta diretiva de eliminar as manifestações sintomáticas do sujeito a qualquer custo, para que seja possível analisar o que dele ali se inscreve. Para isso, a fala do sujeito é fundamental para que o sintoma mostre a que veio e dê provas de sua função significante – o que se torna um desafio, considerando a urgência criada pelo discurso capitalista de respostas rápidas e a demanda por uma objetividade que não necessariamente contempla o caráter subjetivo das operações psíquicas.

A psicanálise se apresenta, assim, como uma saída para que o sujeito, frente às demandas da contemporaneidade, da supremacia da lógica medicamentosa, de causalidades externas e de manuais diagnósticos com pretensões de suprimir as manifestações subjetivas, possa encontrar espaços para construir um saber sobre o seu sintoma a partir de sua singularidade. Não se trata, no entanto, de provocar uma disputa ideológica com a psiquiatria. Ao contrário: a psicanálise conservou a função diagnóstica sem deixar de se referir à psiquiatria clássica, mantendo a relevância e a singularidade da fala de cada sujeito tanto no nível do enunciado quanto no da enunciação. Dessa forma, parece ser primordial pensar algumas possibilidades de laços entre psiquiatras e psicanalistas para que ambos, cada um ao seu modo, possam suportar e se (re)inventar nas vivências e experiências com a psicopatologia da vida cotidiana.

Contribuições dos autores

Fernandes, M. M. e Silva, B. S. participaram da concepção, pesquisa, análise e redação. Barros, R. A. participou da escrita, análise e revisão.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

- Alvarez, J. M., Esteban, R., & Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica* [Fundamentos de psicologia psicanalítica]. Editorial Síntesis.
- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais – DSM-V* (5a ed.). Artmed.
- Angell, M. (2011). A epidemia de doença mental. *Revista Piauí*, 59, 45–49. <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/>
- Barreto, F. P., & Iannini, G. (2020). Introdução à psicopatologia lacaniana. In A. Teixeira, & H. Caldas (Orgs.), *Psicopatologia Lacaniana I: semiologia* (pp. 35–55). Autêntica.
- Baumgart, A. (2006). *Lecciones Introductorias de Psicopatología* [Lições introdutórias em Psicopatologia] (2a ed.). Eudeba.
- Bettarello, S. V. (1998). *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. Lemos Editorial.
- Briole, G. (2009). La palabra, más allá de la protocolización [A palavra, para além da protocolização]. *Colofon – Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas de la Orientación Lacaniana*, 29, 32–35.
- Briole, G. (2013). Um real para o século XXI. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 65, 3–7.
- Calazans, R., Laureano, P. S., & Kyrillos Neto, F. (2019). Considerações acerca do DSM-IV: Seu Lugar na História da Psicopatologia e os Limites do Conceito de Transtorno. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 65–80). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-05>
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Forense Universitária. (Texto originalmente publicado em 1943).
- Capanema, C. A. (2020). A fobia como manifestação da angústia. In A. Teixeira, & M. Rosa (Orgs.), *Psicopatologia Lacaniana II: nosologia* (pp. 119–139). Autêntica.
- Cavalheiro, A., & Calça, R. P. (2019). Saúde Mental, Entre a Ética e a Economia. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 99–112). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-07>
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2a ed.). Artmed.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79–107. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-58352014000200006

- Ferreira, C. M. R., & Veras, M. (2017). Entrevista Psicopatológica: o que muda entre a psiquiatria e a psicanálise? In A. Teixeira, & H. Caldas (Orgs.) *Psicopatologia Lacaniana* (pp. 55–72). Autêntica.
- Figueiredo, A. C., & Machado, O. M. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, 3(2), 65–86. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982000000200004>
- Foucault, M. (2000). *Doença mental e psicologia*. Tempo Brasileiro. (Texto originalmente publicado em 1954).
- Foucault, M. (2007). *História da loucura na idade clássica*. Perspectiva. (Texto originalmente publicado em 1961).
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica* (7a ed.). Forense Universitária. (Texto originalmente publicado em 1963).
- Freud, S. (1996a). *O caso de Schreber* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vol. 12). Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (1996b). *A perda da realidade na neurose e na psicose* (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; Vol. 19). Imago. (Originalmente publicado em 1924).
- Freud, S. (1969a). *A interpretação dos sonhos* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vols. 4 e 5). Imago. (Originalmente publicado em 1900).
- Freud, S. (1969b). *A psicopatologia da vida cotidiana* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vol. 6). Imago. (Originalmente publicado em 1901)
- Freud, S. (1969c). *O mal-estar na civilização* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vol. 21). Imago. (Originalmente publicado em 1930).
- Gonçalves, G. A., & Martins, A. (2019). A Falha Epistemo-Somática do DSM-V. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 81–98). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-06>
- Kyrillos Neto, F., Silva, C. F. L., Pederzoli, A. A., & Hernandez, M. L. A. (2011). DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. *Revista SPAGESP*, 12(2), 44–55. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200006
- Laia, S., & Aguiar, A. A. (2020). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In A. Teixeira, & H. Caldas (Orgs.), *Psicopatologia Lacaniana I: semiologia* (pp. 13–35). Autêntica.
- Laurent, E. (2012). O tratamento das escolhas forças da pulsão. *Responsabilidades*, 2(1), 21–31. <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/580/1/Responsabilidades-v2-n1.pdf>
- Leite, M. P. S. (2001). Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4, 29–40. <https://doi.org/10.1590/1415-47142001002004>
- Miller, J.-A. (1998). O sintoma como aparelho. In Fundação do Campo Freudiano (Org.), *O sintoma charlatão* (pp. 140–145). Zahar.
- Miller, J.-A. (1999). Saúde Mental e a ordem pública. *Curinga*, 13, 14–24. https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf
- Myssior, S. G., & Machado, Z. (2019). O Que Será da Atividade das Crianças? Notas Sobre a Hiperatividade. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 113–122). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-08>
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10*. Artes Médicas.
- Pacheco, M. V. P. C. (2003). Esquirolo e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 152–157. <https://doi.org/10.1590/1415-47142003002011>
- Rodrigues, C. F. M., Leite, C. A. O., & Gontijo, R. A. G. (2019). O Único não Cabe no Manual. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 123–134). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-09>
- Rodrigues, M. J. S. F. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1), 155–187. <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/108086>
- Sagna, C. D. (2011). Diagnóstico. In Associação Mundial de Psicanálise (Orgs.), *Scilicet: A ordem simbólica no século XXI*. Scriptum Livros.
- Santiago, J. (1998). O pai não nos surpreende mais. *Opção Lacaniana*, 21, 24–27.
- Sauvagnat, F. (2012) Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. *Analytica*, 1(1), 13–27. <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/231>
- Scisleski, A. C. C., Maraschin, C., & Silva, R. N. (2008). Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 342–352. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013>
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tempo [Urgência subjetiva, um novo ritmo]. In G. Belaga (Org.), *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital* (pp. 31–43). Gramma.

- Soler, C. (2018). *A querela dos diagnósticos*. Blucher. (Texto originalmente publicado em 2004)
- Sternick, M. V. C., Greco, M. B. P., & Borges, R. (2019). Do laço ao embaraço: Psiquiatria, Psicopatologia e Psicanálise. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 7–21). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-01>
- Teodoro, E. F. (2019). DSM-5: Um Marca(Dor) da Mordada do Pathos no Contemporâneo. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 135–144). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-10>
- Vianna, M. G. (2019). Nomear e Classificar Tratam o Sujeito? Diferentes modos de abordar o autismo no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp.35–47). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-03>