


Estudio Teórico

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

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

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

Mariana Martins Fernandes¹ Beatriz de Souza Silva² Rogério de Andrade Barros³ ¹Centro Universitário FG - UNIFG (Guanambi). Bahia, Brasil. mariana.mfernandes22@gmail.com²Autora correspondiente. Universidade Federal de São João del-Rei (São João del-Rei), Centro Universitário FG - UNIFG (Guanambi). Minas Gerais, Bahia, Brasil. beatriz.psic@gmail.com³Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana). Bahia, Brasil. rabarros1@uefs.br

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.

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 elemental 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.

Presentado 24/09/2021, Admitido 25/05/2022, Publicado 26/07/22

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

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

ISSN: 2317-3394

Editora responsable: Mônica Daltró

Cómo citar este artículo: Fernandes, M. M., Silva, B. S., & Barros, R. A. La (dis)función del diagnóstico: una lectura psicoanalítica sobre el DSM. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 1, e4136. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.e4136>



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.

Introducción

Las comprensiones sobre la locura varían según el discurso hegemónico de cada época. Así, como afirma Miller (1999), para establecer una cierta racionalización de un fenómeno en el campo de la salud mental, es fundamental comprender su vínculo inseparable con el orden público. En esa dirección, como propone [Canguilhem](#) (1943/1995), la división de lo normal y de lo patológico no puede hacerse sin considerar la lógica discursiva de una época en su peculiar manera de dar un tratamiento simbólico a estos fenómenos que se presentan como enigmáticos.

Especialmente a partir del surgimiento de la ciencia moderna, la locura se convierte en un objeto de conocimiento médico sobre el que se pretende organizar, clasificar y medicalizar ([Laia](#) & Aguiar, 2020). Desde la sinrazón que surge de la equívoca articulación entre ideas, a partir de un sustrato hereditario, hasta la comprensión de que la locura proviene del mal funcionamiento del cerebro, es posible identificar, en el discurso médico-psiquiátrico, intentos de diluir la locura, dándole una base biológica a lo normal y a lo patológico, sin considerar el discurso del sujeto ([Barreto](#) & Iannini, 2020).

La etimología de la palabra diagnosticar se relaciona con discernir, distinguir, decidir, llegar a una conclusión. Con esto se entiende que, como dice [Sagna](#) (2011), “quien es capaz de reconocer un síntoma, entre otros signos, es capaz de juzgar de qué se trata y puede tomar una buena decisión” (p. 112). La medicina moderna, a partir del siglo XVII, sitúa el diagnóstico en un lugar central, creando una forma de hacer ciencia basada en el sistema de clasificación. Parte del supuesto de que es necesario eliminar la singularidad del paciente para que sea posible acercarse a una objetividad pura, a un universal que sea capaz de definir la enfermedad.

La ciencia incluso pone en duda la figura del médico, situando su subjetividad como fuente de error. El campo de la psiquiatría se reduce gradualmente por el requisito de la clasificación. Desde este punto de vista, el diagnóstico se trabaja a la luz de la descripción fenomenológica y la supresión inmediata de los síntomas, por lo que las clasificaciones crecen exponencialmente con cada nueva revisión, acompañadas de soluciones farmacológicas ([Angell](#), 2011). Se advierte que, siguiendo la lógica de agrupar las manifestaciones sintomatológicas de los sujetos a las clasificaciones, la psiquiatría no se interesa por el sujeto que allí habla para separarlo de su sufrimiento psíquico. Así, se multiplican las nominaciones en detrimento del sujeto ([Gonçalves](#) & Martins, 2019).

Hay una delgada línea entre usar el diagnóstico como coordenada para conducir el tratamiento y nombrar al sujeto e insertarlo en un grupo clasificatorio, ocurriendo forclusión de la subjetividad. Aunque el diagnóstico es querido por el psicoanálisis, Freud y Lacan no crearon categorías diagnósticas. Por el contrario, utilizaron las pocas categorías heredadas de la psiquiatría clásica, no siendo pensadas desde la descripción de fenómenos, sino evidenciadas desde la posición subjetiva del sujeto en su relación con la angustia y con el síntoma que lo nombra ([Capanema](#), 2020). Apoyado en sus fundamentos, el psicoanálisis propone pensar el síntoma como una manifestación estructural, una respuesta particular que revela toda una dinámica psíquica para regular la irrupción del goce, pero que, por obra de la censura, llega como un mensaje codificado ([Rodrigues](#), 2000). No se trata, pues, de renunciar al diagnóstico, sino de elevarlo a un valor enigmático.

El recorrido realizado en esta investigación se inicia con la presentación del campo de la psicopatología, sus inicios e ideas que anclaron el surgimiento de esta disciplina, destacándose el intento de atribuir causas únicamente orgánicas a las afecciones psíquicas. En secuencia, se explora la historia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), las proposiciones que hubo en su origen así como todo el proceso de alteración y ampliación de clasificaciones. El DSM, que hasta su segunda edición se basó en la teoría freudiana, a partir de la tercera edición se aleja de la preocupación por la etiología debido a la apuesta por fármacos que mostraban la promesa de hacer correcciones químicas. A partir de esta edición, el DSM pasó a prescindir de cualquier referencia ontológica, siendo el único requisito la concordancia en el plano descriptivo ([Dunker, 2014](#)).

La discusión continúa en el siguiente tema, considerando la forma en que se sustenta el DSM, dado que asume que es posible mantener una postura ateórica al hablar de psicopatología y enfermedad mental, y prescindiendo de las manifestaciones subjetivas a favor del fenómeno observable. Finalmente, se presenta la discusión sobre la posición del psicoanálisis en relación al diagnóstico y la psiquiatría. Todo este curso se realiza con el objetivo de intentar la (dis)función del diagnóstico.

Breve historia de la psicopatología

Si los primeros registros de lo que hoy se entiende como práctica médica se originaron en Hipócrates alrededor del siglo V, en la clínica psiquiátrica, en cambio, este lugar lo ocupa Philippe Pinel a mediados del siglo XVIII ([Barreto & Iannini, 2020](#)). El padre de la clínica psiquiátrica, al proponer el llamado tratamiento moral, influyó en un movimiento filantrópico a favor de un trato más humanizado para los llamados alienados. Hasta ese momento no existía una propuesta médica sistemática sobre la locura, entendida luego como una enfermedad mental. En esta dirección, Pinel fue pionero al establecer que los dementes estaban afectados por una enfermedad mental resultante de disfunciones psíquicas y, por tanto, debían ser escuchados y tratados con respeto por la medicina ([Pacheco, 2003](#)).

La psiquiatría nació en 1793, cuando Pinel liberó a los locos del Hospital Bicêtre de París. A partir de ese acto, la locura deja de ser considerada una enfermedad del cerebro para ser concebida como una enfermedad de las facultades mentales - un desequilibrio, un desarreglo -, abriendo así espacio para su tratamiento ([Ferreira & Veras, 2017](#)). Tomando en cuenta las notas de Pinel, otros estudiosos se han dedicado a comprender la enfermedad mental. Un ejemplo es Jean-Étienne Esquirol, quien fue alumno de Pinel y siguió sus pasos al propagar la idea de que la enfermedad mental tenía su origen en causas físicas y morales. Esquirol, sin embargo, va más allá de su maestro al proponer un uso sistemático de la observación, lo que le permitió pensar en una nosografía sistematizada, en la que se presentaba un análisis detallado de las enfermedades mentales ([Sternick, Greco, & Borges, 2019](#)).

Por lo tanto, el gran hito marcado por Pinel y Esquirol se basa en la propuesta de, desde la observación clínica sistemática y humanizada, delimitar las categorías psicopatológicas. También es importante resaltar que las inquietudes de estos autores surgieron en un momento en que la medicina se esforzaba por alejarse de los preceptos de la filosofía, la psicología y la religión, pues trataba de demarcar sus fundamentos en base a criterios objetivos y, por lo tanto, no podía sufrir interferencias de datos subjetivos ([Pacheco, 2003](#)).

En la escuela alemana, cobraron protagonismo nombres como Wilhelm Griesinger (1817-1868) y Emil Kraepelin (1856-1926). Griesinger se hizo conocido como el primer de los organicistas. A pesar de defender la idea de que las enfermedades mentales provenían de trastornos en el cerebro, el autor enfatizó la importancia de un conocimiento detallado de la personalidad del paciente como forma de conocer la enfermedad ([Ferreira & Veras, 2017](#)). A su vez, Kraepelin presentó, en 1883, en su Compendio de Psiquiatría, diferentes clasificaciones de la locura, proponiendo nuevas categorías nosográficas. Ambos seguían una tendencia hacia la anatomía patológica y defendían la existencia de un sustrato biológico para la enfermedad mental ([Sternick et al., 2019](#)).

Sin embargo, después de un siglo y medio de investigaciones detalladas, en el cambio del siglo XIX al XX, la psiquiatría clásica comenzó a decaer, ya que se produjo un cierto agotamiento de las posibilidades descriptivas del método clínico. El saber ya constituido permitió una acomodación que hizo que el discurso del paciente perdiera el lugar de producción de saber y su valor se redujera a la descripción de síntomas y a la verificación de saberes ya establecidos por el médico (Ferreira & Veras, 2017).

En contraste con este movimiento, en 1913, la psicopatología fue definida como disciplina científica por Karl Jaspers. Su propuesta era que los pacientes debían ser observados mediante un método descriptivo y fenomenológico. La psicopatología, entonces, pretendía trabajar con los fenómenos vividos y presenciados por los pacientes, a diferencia de la psiquiatría, que utilizaba el modelo explicativo-causal en el estudio de tales enfermedades. La propuesta de Jaspers unifica el conocimiento explicativo-causal y el conocimiento histórico comprensivo de las ciencias humanas. Por tanto, para este autor, la psicopatología sería una ciencia autónoma e independiente de la psiquiatría (Sternick et al., 2019).

Podemos entender la psicopatología como un campo en el que se interponen diferentes discursos y cuya hegemonía varía en cada momento histórico (Baumgart, 2006). Entre ellos, destacamos los discursos médico-psiquiátrico, psicológico y psicoanalítico, añadiendo también los discursos jurídico y social (Scisleski, et al., 2008).

Desde esta perspectiva, admitimos que tanto la historicidad de esta ciencia autónoma como la comprensión misma del proceso de manifestación de la enfermedad mental cambian siguiendo el curso de las transformaciones técnico-científicas y del orden social (Foucault, 1954/2000, 1961/2007, 1963/2011), que establece normas de conducta a realizar en cada temporada. Así, engendranse prácticas en el campo de la salud mental, permitiéndonos tener un amplio debate sobre el tema de la psicopatología.

La organización del campo científico de la psicopatología como disciplina autónoma, separada de la psiquiatría y la psicología, así como de los discursos religiosos y sociales, es concomitante con

el surgimiento del psicoanálisis (Alvarez et al., 2004). Incluso podemos decir que, en ese momento, a partir de la clínica, especialmente de las experiencias de los alienistas, buscamos construir conocimientos que promovieran una comprensión sobre la dicha locura, encontrando una lógica discursiva que orientara la práctica con los alienados.

En este breve recorrido presentado sobre la historia de la psicopatología, es posible percibir que hubo un cierto esfuerzo por parte de los precursores de la psiquiatría por atribuir causas únicamente orgánicas a los trastornos mentales, sin embargo, en la época contemporánea, el escenario no es diferente. Frente a este intento de circunscribir toda forma de sufrimiento psíquico como una disfunción neuronal, nos encontramos ante la psicopatologización – o mejor dicho, la psiquiatrización – de los procesos psíquicos. En esto, los manuales de diagnóstico jugaron un papel fundamental.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

La primera versión del DSM surgió como un intento de recopilar información estadística para desarrollar una clasificación de los trastornos mentales en los Estados Unidos. En 1880, un censo distinguió las siguientes categorías: manía, melancolía, monomanía, parálisis, demencia y alcoholismo. Con base en estas categorías, el psiquiatra suizo Adolf Meyer, presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), junto con la Comisión Nacional de Higiene Mental, desarrollaron como guía el llamado “Manual Estadístico para el Uso de Instituciones para Dementes” para los hospitales de ese país (Dunker, 2014).

En los años 1900 a 1950, con la introducción de los conceptos de personalidad, estructura y psicodinámica, el psicoanálisis comenzó a influenciar en algunos de los fundamentos de la clasificación norteamericana. La primera edición del DSM, publicada en su versión final en 1952, se puede dividir en dos grupos: el primero hace referencia a la ansiedad y la depresión sin perder el vínculo con la realidad; y el segundo grupo está marcado por la pérdida de la realidad, con presencia de delirios y alucinaciones.

En esta versión, las clasificaciones no reflejaban una separación clara entre lo normal y lo patológico, y la intención del trabajo era principalmente establecer un consenso terminológico entre los clínicos ([Dunker, 2014](#)).

En 1968, con la publicación del DSM-II, hubo una ampliación de las clasificaciones utilizadas por el Ejército de manera que esta versión ahora contiene 182 perturbaciones. Todavía fuertemente marcadas por las concepciones de Meyer, sus categorías tienen su origen en la psicodinámica, indicando la oposición entre psicosis y neurosis. Los síntomas neuróticos en este período se definieron como alteraciones en los comportamientos, sentimientos o ideas que manifestaban una defensa contra la angustia ([Dunker, 2014](#)).

Hasta la segunda edición, el DSM permaneció anclado en el modelo freudiano. Sin embargo, el descubrimiento de las drogas psicoactivas en la década de 1950 hizo surgir la idea de que los trastornos mentales estaban, en realidad, asociados a desequilibrios químicos en el cerebro, lo que permitió que la psiquiatría comenzara a construir un supuesto conocimiento psicopatológico biológico, relegándolo al plano secundario la historia de vida de los pacientes ([Sternick et al., 2019](#)).

Cuando se descubrió que las drogas psicoactivas afectaban los niveles de neurotransmisores, surgió la teoría de que la causa de la enfermedad mental es una anomalía en la concentración cerebral de estas sustancias químicas, que se contrarresta con la medicación adecuada. Por ejemplo, dado que algunos antidepresivos aumentan los niveles del neurotransmisor llamado serotonina, se ha argumentado que la depresión es causada por una escasez de serotonina. Sin embargo, estos medicamentos no se habían desarrollado para tratar enfermedades mentales. Se derivaron de fármacos destinados a combatir infecciones y se descubrió por accidente que alteraban el estado mental ([Angell, 2011](#)).

El primer fármaco descubierto fue la clorpromazina, en 1954, que rápidamente se utilizó ampliamente en los hospitales psiquiátricos para calmar a los pacientes psicóticos, especialmente a los que padecían de esquizofrenia. Al año siguiente, apareció el meprobamato, vendido para tratar la ansiedad

en pacientes ambulatorios. En 1957, la iproniazida entró en el mercado como un “energizante psíquico” para tratar la depresión ([Angell, 2011, p. 46](#)). De esta manera, en el corto espacio de tres años, se dispuso de medicamentos para tratar lo que en ese momento se consideraban los tres principales trastornos mentales: ansiedad, psicosis y depresión. En este escenario, la industria farmacéutica se dio cuenta de su potencial millonario y avanzó con la investigación y la difusión selectiva y sesgada de sus resultados ([Sternick et al., 2019](#)).

Así, con la clínica psiquiátrica cada vez menos preocupada por la etiología de los trastornos psicológicos y con medicamentos efectivos disponibles para hacer correcciones biológicas, la psiquiatría se aleja progresivamente del psicoanálisis y sus preceptos conceptuales y clínicos. Este resultado se confirma con la publicación final, en 1980, del DSM-III, que presenta una nueva forma de nosografía de la enfermedad mental. En esta nueva edición, hubo un completo abandono de las influencias de la psicodinámica y el psicoanálisis a favor de un nuevo método de clasificación multiaxial. Se introdujeron nuevas categorías de trastornos (un total de 265 diagnósticos) a partir de una nueva propuesta de clasificación teórica y operativa de los principales síndromes psiquiátricos ([Sternick et al., 2019](#)).

La transición del DSM-II al DSM-III tuvo lugar en un contexto que fue producto de varios factores, entre ellos: política profesional dentro de la comunidad de salud mental; participación más grande del gobierno en la investigación y formulación de políticas de salud mental; la creciente presión sobre los psiquiatras por parte de las aseguradoras de salud para demostrar la eficacia de sus prácticas; y, sobre todo, la necesidad de las empresas farmacéuticas de tratar enfermedades específicas ([Rodrigues et al., 2019](#)). Ante tal escenario, contrario a las dos primeras versiones, el DSM-III presenta una propuesta completamente diferente, alejándose de la preocupación por la etiología debido a la apuesta por fármacos que mostraban la promesa de realizar correcciones químicas y presentar resultados rápidos. Los diagnósticos pasaron a ser considerados como instrumentos convencionales, prescindiendo de cualquier referencia ontológica. El único requisito sería la concordancia en el plano descriptivo ([Dunker, 2014](#)).

La motivación para la tercera edición del DSM se basó en el intento de presentar una nomenclatura que fuera consistente con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud. En esta versión, uno de los principales objetivos fue la categorización en lenguaje descriptivo en detrimento de las consideraciones etiológicas. El objetivo declarado de sus creadores fue crear una base común y accesible para estandarizar y validar diagnósticos psiquiátricos dentro y fuera de los Estados Unidos ([Dunker, 2014](#)).

Publicado en 1994, la cuarta edición del DSM presenta una extensa lista de 297 trastornos en sus 886 páginas. Como novedad en esta versión se encuentra el criterio de significancia clínica para casi la mitad de los trastornos, que tiene como objetivo evaluar si el síntoma presenta malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas ([Dunker, 2014](#)). En 2013, se publicó la quinta edición del DSM que contiene más de 300 categorías de trastornos mentales y recibió críticas en todo el mundo. Ni siquiera el psiquiatra Allen Frances, coordinador de la versión anterior del Manual, aceptó participar en su elaboración, advirtiendo que no todos los síntomas y problemas de la vida deben ser tratados como un trastorno mental, y un diagnóstico mal hecho puede ser sumamente dañino al individuo ([Rodrigues et al., 2019](#)).

A diferencia de las enfermedades tratadas por la mayoría de las otras ramas de la medicina, no existen signos ni pruebas objetivas para las enfermedades mentales, y los límites entre lo normal y lo patológico suelen ser borrosos. Esto permite ampliar las fronteras diagnósticas o incluso crear nuevos diagnósticos de una forma que sería imposible, por ejemplo, en un campo como la cardiología ([Angell, 2011](#)). Así, desde sus inicios, las calificaciones presentes en el DSM han crecido exponencialmente con cada nueva revisión.

Al adoptar una lógica universalizadora de los manuales, la psiquiatría se guía cada vez más por la perspectiva de la evidencia observable y la psicofarmacología; una psiquiatría que ya no se interesa por la historia de vida del paciente ni por los detalles del caso, pues se caracteriza por una reducción al fenómeno observable, restringiéndose a la categorización de los síntomas, lo que, en consecuencia, separa al sujeto de su sufrimiento psíquico.

Esta coyuntura lleva a [Barreto](#) e Iannini (2020) a afirmar que, en la época de los manuales de clasificación, también acompañamos el final de la clínica psiquiátrica. Si la práctica clínica se reduce a la fenomenología, despojada de toda interpretación, se borran los límites entre la psiquiatría y la propia neurología, fundamento último para justificar la locura. En esta perspectiva, los autores se cuestionan si, junto con la muerte de la clínica, no estamos, en un futuro cercano, llamando al final mismo de la psiquiatría.

Triple alianza: psiquiatría, DSM y medicación

La psiquiatría que precedió al DSM se caracterizó por la ausencia de acuerdo entre los autores, cada gran psiquiatra tenía su propia clasificación. El DSM se desarrolló con el objetivo de establecer un consenso terminológico entre los diversos profesionales médicos y no médicos que se dedicaban al campo de la salud mental. Este Manual, entonces, sería el ideal de un lenguaje único que pudiera reunir los síntomas y tratamientos psíquicos de todo el mundo. Este modo de organización produjo una expansión de las nomenclaturas, de modo que el proceso de categorización incluyó a todos los seres de manera ordenada. De esta forma, ninguna enfermedad escaparía a tener su categoría descrita en el código ([Rodrigues et al., 2019](#)).

Las clásicas entidades clínicas que fueron eliminadas del Manual desde su tercera versión son reemplazadas por la noción de trastorno o, más recientemente, por la idea de espectro que, aprovechando la falta de exámenes objetivos y la dificultad de delimitar fronteras en el campo de la psiquiatría, cumplen la función de expandirlos, de asegurar que no se queden sin diagnóstico – o sin medicación ([Angell, 2011](#)). En este sentido, la ampliación de las categorías sirve, en gran medida, para dar destino a nuevas opciones farmacológicas, de modo que, primero, se crean los fármacos, luego los trastornos o síndromes que les darán destino.

Hay que considerar cuestiones importantes que se pueden suscitar desde el DSM, como ¿cuál es el estado de la salud mental en Estados Unidos para que la APA se considere en condiciones de imponer

un manual que sirva de referencia para todo el mundo? Este país ocupa el puesto 37 en el ranking de efectividad del sistema de salud, incluso por detrás de Marruecos y Costa Rica ([Sauvagnat](#), 2012). Ahora bien, el DSM promueve los síntomas para luego proponer el tratamiento indicado. En este punto, el síntoma gana valor de mercado, lo que lo hace especialmente esencial para la lógica capitalista de la atención médica norteamericana.

El método DSM, guiado por la evaluación y los protocolos, establece diagnósticos y tratamientos sin tener en cuenta los aspectos subjetivos de la persona que los padece y busca el alivio de su malestar. Esta conducta conduce a la reducción del sufrimiento psíquico a desequilibrios, alteraciones y perturbaciones neuroquímicas en el funcionamiento cerebral, ya que el síntoma es tratado como un problema en los neurotransmisores, que debe ser erradicado – generalmente con la ayuda de una medicación ([Gonçalves](#) & Martins, 2019).

El Manual parte del supuesto de que la probabilidad es la herramienta por excelencia del conocimiento científico y que es posible mantener una postura ateórica cuando se habla de psicopatología y enfermedad mental. El término psicopatología es de gran complejidad, pues evoca una disciplina que se ocupa de la naturaleza de la enfermedad mental, sus causas, los cambios estructurales y funcionales ligados a ella y sus formas de manifestación. En un sentido muy genérico, la psicopatología puede ser considerada como un conjunto de conocimientos sobre los matices que envuelven la enfermedad mental del ser humano ([Dunker](#), 2014). Así, no se puede decir que el DSM sea un manual de psicopatología, sino de establecimientos de investigación. Aborda la psicopatología ante el problema al que se enfrenta, pero se aleja del método que asume ([Calazans](#) et al., 2019).

Los diferentes síntomas de un sujeto se articulan en una narrativa de sufrimiento. Se enredan con las historias de vida de las personas, sus amores, decepciones, carreras y cambios. En el DSM-V, los trastornos de personalidad comprenden formas subclínicas de sufrimiento, en las que es difícil decir dónde comienza el síntoma y dónde termina el yo. Así, al excluir relaciones entre síntomas y funcionamiento psíquico, el profesional se encarga de realizar

valoraciones sobre la personalidad del paciente. La medicación, entonces, la mayoría de las veces, asume el rol de unificador de la historia de vida, los síntomas y la personalidad del individuo ([Dunker](#), 2014).

Una vez eliminado el sujeto de su enfermedad, lo que queda es organizar los síntomas en un sistema para indicar qué medicación será la más adecuada. Si bien puede haber casos en los que la medicación sea relevante, su uso indiscriminado es sumamente dañino. Al intentar silenciar el síntoma, la droga anula el sujeto. Al silenciarlo, dificulta la movilización de sus recursos para el trabajo psíquico ([Myssior](#) & Machado, 2019).

Se sabe que el tratamiento psiquiátrico consiste en una serie de cuidados que combinan medicación, psicoterapia y seguimiento. Sin embargo, el pensamiento mecanicista presente en el DSM relega estas otras posibilidades a un segundo plano, vendiendo la idea de que las pastillas por sí solas podrían resolver los profundos callejones sin salida de la condición humana. El psiquiatra entonces deja de acompañar a la persona para intentar restaurar la parte que no funciona ([Cavalheiro](#) & Calça, 2019).

El DSM se basa en signos en el sentido de un signo dotado de significado. Así, en semiología médica, la fiebre puede ser un signo de infección. La racionalidad médica, entonces, no sólo cambia el concepto de síntoma por el de signo (que debe tener un significado para el médico), sino que inicia una apreciación estadística de estas manifestaciones, haciendo de la psiquiatría una clínica de la mirada y del diagnóstico un instrumento cognitivo, con el fin de reconocer un objeto o evento a través de sus características o signos evidentes. En esa lógica, el sujeto es suprimido por el saber médico, ya que el paciente sabe poco sobre el malestar que le afecta, eliminando así la dimensión del lenguaje ([Gonçalves](#) & Martins, 2019).

En la contemporaneidad, son los propios sujetos quienes demandan: “Dime lo que soy, dime lo que tengo” – quieren etiquetas, lo que, quizás, los tranquiliza frente al dolor de la existencia. La medicina, detrás de las categorías diagnósticas del DSM o la CIE, remite a una sintomatología de la mirada, de lo visible y observable. Esta sintomatología siempre es muy específica y la establece el médico. En psiquiatría se hace hablar al paciente, pero sólo para que, a

través de lo que dice, se puedan identificar los signos de la categoría a la que pertenece. En su discurso no buscamos los rasgos de un sujeto, sino los rasgos de su enfermedad. Se trata, por tanto, de un diagnóstico del Otro y en el que la palabra no es en absoluto un constituyente, sino simplemente un vehículo de signos (Soler, 2004/2018). Es contra esta tendencia de la psiquiatría biológica - que cosifica al paciente y explica los trastornos por predisposición neuronal o genética - que el psicoanálisis no sólo resiste, sino que insiste en dar voz al sujeto, transformando la historia de una enfermedad en la historia de un paciente (Ferreira & Veras, 2017).

Diagnóstico en psicoanálisis: la incompatibilidad con la psiquiatría

Desde la "Psicopatología de la vida cotidiana" (Freud, 1901/1969b), pasando por la "Interpretación de los sueños" (Freud, 1900/1969a), hasta el caso Schreber (Freud, 1912/1996a), encontramos en Freud una gran problematización, basado en procesos psíquicos, en lo que sería considerado normal y patológico, tangible a los efectos de la cultura sobre los sujetos (Freud, 1930/1969c). Como desarrollos en la interfaz entre los discursos psicoanalítico y psiquiátrico en el campo de la psicopatología, hemos verificado la consolidación de las más variadas terapias, que van desde la psiquiatría dinámica (Bettarello, 1998) hasta la consolidación de las comunidades terapéuticas como posibles vías de reinserción social (Álvarez et al., 2004).

El discurso psicoanalítico sobre el aparato psíquico y su propia comprensión de los síntomas psicóticos nos hacen ver, más allá de la segregación que interpone una barrera entre lo normal y lo patológico, ya sea sobre la estructura neurótica o psicótica, que el vínculo con la realidad es siempre deformado (Freud, 1924/1996b). En esta perspectiva, no existe una fórmula estándar que permita establecer criterios psíquicos que orienten una distinción clara.

Actualmente, estamos asistiendo a un enorme cambio en el discurso sobre la salud mental, lo que se traduce en cambios en las prácticas con sujetos que tienen trastornos mentales, reformulando el campo de la psicopatología en sí. Los manuales médico-psiquiátricos, como el ICD 10, (Clasificación estadística e internacional de enfermedades y

problemas relacionados con la salud, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en 1993) y el DSM V (American Psychological Association, 2014), sirven como catálogos diagnósticos, que, al mismo tiempo que organizan las señales de los trastornos mentales en escala global, reducen también al médico a un desempeño semiotécnico (Dalgalarrodo, 2008) vaciado tanto de la historicidad de la enfermedad mental como de las grandes construcciones teóricas que esclarecen dinámicamente el inicio y el mantenimiento de los síntomas.

Hoy podemos señalar que, frente a la conjunción de los discursos capitalista y científico (Briole, 2013), la construcción diagnóstica utiliza la observación fenoménica de los síntomas, que serán, luego descritos, asociados a un tratamiento farmacológico específico, como un operador que permita la diferenciación de los síntomas, mientras tanto, considerando los efectos de la globalización y las formas generalistas de orientar los diagnósticos, encontradas en los grandes manuales médico-psiquiátricos, diagnósticos ready-made (Laurent, 2012) y síntomas ready-made (Miller, 1998), que no son más que nombres universalizadores, que sirven a un gran número de personas, que empiezan a solucionar su malestar a través de las patologías de identificación: soy drogadicta, soy anoréxica, soy bipolar (Santiago, 1998).

La disputa de nuevos diagnósticos y la problematización, en el campo de la psicopatología, sobre los efectos de esta nueva lógica discursiva hegemónica sepulta la subjetividad sintomática, que pasa a cristalizar en un diagnóstico universal, alienando a los seres del habla de encontrar nombres singulares para escudriñar la real apuesta en su sufrimiento. Los protocolos médico-psiquiátricos, en este sentido, cumplen la función de no querer saber nada sobre la causalidad de los síntomas (Briole, 2009), siendo la urgencia, la aceleración y la necesidad de satisfacción inmediata nombres que nos permiten decir algo sobre el síntoma urgente en nuestro período (Seldes, 2006).

Para la psicopatología médica, además de ser una categoría de conocimiento, el diagnóstico es también un instrumento de comunicación y predicción. Así, una categoría diagnóstica, además de ser descriptiva, implica una nomenclatura (Leite, 2001). Sin embargo, desde la perspectiva psicoanalítica, un nombre es una

de las cosas más difíciles de tratar para el sujeto, ya que, a lo largo de su vida, intentará corresponderle. Para el psicoanálisis, todo nombrar viene del Otro, siendo algo con lo que el sujeto tendrá que lidiar a lo largo de la vida. De esta forma, tendrás dos opciones: aprisionarse en el nombre que ha recibido o adueñarse de un lugar y convertirlo en “su nombre” ([Vianna](#), 2019, p. 42).

El uso de nomenclaturas diagnósticas por parte de la población como etiquetas estancas del malestar contemporáneo, así como el uso excesivo de psicofármacos para hacer desaparecer dicho sufrimiento, interfieren en el proceso de construcción de subjetividades. En la clínica, esta situación resulta en una suerte de “desimplificación” del sujeto, que pasa a buscar en los diagnósticos un saber que hable por él y, en consecuencia, una fórmula que minimice su malestar ([Teodoro](#), 2019).

Lacan no cambió las categorías descriptivas de la psiquiatría clásica, pero trató de construir las estructuras que conducirían a estos diferentes tipos de síntomas. Tales estructuras se evidencian a partir de la defensa que cada sujeto presenta frente a la angustia. Así, el diagnóstico diferencial (neurosis, psicosis y perversión) se basa en la diferencia de los efectos producidos por el tipo de defensa de cada una de estas estructuras ([Leite](#), 2001).

Se entiende, por lo tanto, que, con respecto a la praxis psicoanalítica, el diagnóstico revela una posición subjetiva del sujeto en relación con el Otro. Apoyada en sus fundamentos, entiende el síntoma como una manifestación estructural, una forma de respuesta única para cada persona ([Figueiredo](#) & Machado, 2000). En psicoanálisis, lo que el propio sujeto considera síntoma es síntoma. Si no reconoce algún rasgo como síntoma, éste permanecerá inerte, lo que significa que el mismo síntoma, definido en la clínica psiquiátrica, puede o no convertirse en síntoma analítico ([Soler](#), 2004/2018). Los catálogos, como el DSM, numerados según los trastornos, no tienen en cuenta el tema, ya que no proporcionan una evaluación exhaustiva de los problemas psicológicos ni consideran la comprensión de los síntomas y mecanismos clínicos de cada patología.

El síntoma es el resultado de un elaborado trabajo psíquico, que aparece ante el malestar que afecta al sujeto y, en ocasiones, tiene la función esencial de sustentar la estructura del aparato psíquico ([Myssior](#) & Machado, 2019).

Los psicoanalistas reciben las mismas quejas que los psicoterapeutas y psiquiatras, suscitadas por los síntomas y sufrimientos que produce el malestar. Sin embargo, el trabajo del analista sigue la dirección de llevar al analizando a transformar la queja en demanda de análisis. Al transformar el síntoma en enigma, el sujeto se dirige al analista, teniendo en cuenta la transferencia al sujeto supuesto saber para interrogar: ¿qué significa ese síntoma? El psicoanálisis no es una terapia como cualquier otra. Es una exploración del inconsciente, principalmente a través del habla. Explora las marcas, palabras y deseos que circulan en el inconsciente: este es su aspecto epistémico. El caso es que, al mismo tiempo, obtiene cambios en los síntomas: esto es lo que se llama terapia ([Soler](#), 2004/2018).

Para el psicoanálisis, lo que importa es el sujeto que sufre y soporta los efectos de ese sufrimiento, sufre por su estructura subjetiva. Un análisis, entonces, busca hacer que el sujeto diga, él mismo, su historia y sus sufrimientos a un interlocutor. Lo que concierne, por tanto, a una clínica de dicho – es el propio paciente quien viene a exponer en voz alta su caso ([Kyrillos Neto](#) et al., 2011). No se trata, sin embargo, sólo de traer a la conciencia el sentido oculto del síntoma, permitiendo al sujeto reapropiarse del contenido reprimido. El psicoanálisis parte de la hipótesis de que la etiología del sufrimiento está relacionada con la falla de inscripción psíquica del evento traumático – en la forma en que fue elaborado por el sujeto, y no con el trauma mismo ([Calazans](#) et al., 2019). En este sentido, el síntoma posible del tratamiento en psicoanálisis está constituido por el discurso y los dichos de cada sujeto. Al hacerlo, el analista busca el punto real, es decir, ese punto donde se escapa el sentido, punto enigmático para el sujeto y que, por lo tanto, aporta algo imposible de sostener. Así que dar al sujeto la oportunidad de hablar es permitirle alejarse de lo insoportable para empezar a hablar ([Ferreira](#) & Veras, 2017).

Consideraciones finales

Las manifestaciones psíquicas del malestar en la época contemporánea llevan la impronta de la demanda social de supresión inmediata. Tal sufrimiento es combatido con drogas que promueven la forclusión del sujeto, atribuyéndole al singular un estatus de anormalidad. Ante ello, se crean reglas de procedimiento a partir de parámetros que no toman en cuenta la particularidad de cada uno, denominando como desorden toda manifestación que vaya en contra del orden operacionalmente establecido.

Obviamente, no se puede negar el importante papel de las drogas en la historia de la salud mental. Sin ellos, la Reforma Psiquiátrica y el tratamiento en libertad enfrentarían enormes limitaciones prácticas. Sin embargo, la cuestión a discutir es: ¿qué lugar le corresponde al sujeto cuando su discurso se reduce sumariamente a una síntesis fenomenológica descriptiva? Y, sin embargo, ¿cómo se tratan los casos en los que el síntoma es precisamente la solución que encuentra el sujeto para afrontar su sufrimiento?

Ante ello, es necesario dar un paso atrás en la propuesta directiva de eliminar a toda costa las manifestaciones sintomáticas del sujeto, para que sea posible analizar lo que allí se inscribe. Para ello, el discurso del sujeto es fundamental para que el síntoma muestre a qué vino y pruebe su función significativa - lo que se convierte en un desafío, considerando que la urgencia creada por el discurso capitalista de respuestas rápidas y demandando una objetividad que no necesariamente contempla el carácter subjetivo de las operaciones psíquicas.

El psicoanálisis se presenta, por lo tanto, como una salida para que el sujeto, frente a las exigencias de la contemporaneidad, la supremacía de la lógica de las drogas, las causalidades externas y los manuales diagnósticos con la intención de suprimir las manifestaciones subjetivas, encuentre espacios para construir conocimiento sobre su síntoma, desde su singularidad. No se trata, sin embargo, de provocar una disputa ideológica con la psiquiatría. Al contrario: el psicoanálisis conservó la función diagnóstica sin dejar de remitirse a la psiquiatría clásica, manteniendo la relevancia y singularidad del

discurso de cada sujeto tanto a nivel del enunciado como a nivel de enunciación. De esta forma, parece fundamental pensar en algunas posibilidades de vínculos entre psiquiatras y psicoanalistas para que ambos, cada uno a su manera, puedan apoyarse y (re)inventarse en las vivencias y experiencias con la psicopatología de la vida cotidiana.

Contribuciones de los autores

Fernandes MM y Silva BS participaron en el diseño, investigación, análisis y redacción. Barros RA participó en la redacción, análisis y revisión.

Conflictos de interés

No se declararon conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) por ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en un consejo asesor, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Referencias

- Alvarez, J. M., Esteban, R., & Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Editorial Síntesis.
- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V* [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-V] (5a ed.). Artmed.
- Angell, M. (2011). A epidemia de doença mental [La epidemia de enfermedades mentales]. *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 [Introducción a la psicopatología lacaniana]. In A. Teixeira, & H. Caldas (Orgs.), *Psicopatologia Lacaniana I: semiologia* (pp. 35–55). Autêntica.
- Baumgart, A. (2006). *Lecciones Introductorias de Psicopatologia* (2a ed.). Eudeba.
- Bettarello, S. V. (1998). *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria* [Perspectivas psicodinámicas en psiquiatria]. Lemos Editorial.

- Briole, G. (2009). La palavra, más allá de la protocolización. *Colofon – Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas de la Orientación Lacaniana*, 29, 32-35.
- Briole, G. (2013). Um real para o século XXI [Un real para el siglo 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 [Consideraciones sobre el DSM-IV: su lugar en la historia de la psicopatología y los límites del concepto 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* [Lo normal y lo patológico]. Forense Universitária. (Texto originalmente publicado em 1943).
- Capanema, C. A. (2020). A fobia como manifestação da angústia [La fobia como manifestación de la angustia]. 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 [La salud mental, entre la ética y la economía]. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp. 99-112). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-07>
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* [Psicopatología y semiología de los trastornos mentales] (2a ed.). Artmed.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM [Problemas entre el psicoanálisis y el 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? [Entrevista psicopatológica: ¿qué cambia entre la psiquiatría y el psicoanálisis?]. 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 [El diagnóstico en psicoanálisis: del fenómeno a la estructura]. *Ágora*, 3(2), 65-86. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982000000200004>
- Foucault, M. (2000). *Doença mental e psicologia* [Enfermedad mental y psicología]. Tempo Brasileiro. (Texto originalmente publicado em 1954).
- Foucault, M. (2007). *História da loucura na idade clássica* [Historia de la locura en la época clásica]. Perspectiva. (Texto originalmente publicado em 1961).
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica* [El nacimiento de la clínica] (7a ed.). Forense Universitária. (Texto originalmente publicado em 1963).
- Freud, S. (1996a). *O caso de Schreber* [El caso de Schreber] (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vol. 12). Imago. (Texto originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (1996b). *A perda da realidade na neurose e na psicose* [La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis] (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; Vol. 19). Imago. (Texto originalmente publicado em 1924).
- Freud, S. (1969a). *A interpretação dos sonhos* [La interpretación de los sueños] (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vols. 4 e 5). Imago. (Texto originalmente publicado em 1900).
- Freud, S. (1969b). *A psicopatologia da vida cotidiana* [La psicopatología de la vida cotidiana] (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vol. 6). Imago. (Texto originalmente publicado em 1901).
- Freud, S. (1969c). *O mal-estar na civilização* [El malestar de la civilización] (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1930).
- Gonçalves, G. A., & Martins, A. (2019). *A Falha Epistemo-Somática do DSM-V* [El fracaso epistemo-somático del 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 [DSM y el psicoanálisis: una discusión de diagnóstico]. *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 [Enigma, objetivación y dilución de la locura]. In A. Teixeira, & H. Caldas (Orgs.), *Psicopatologia Lacaniana I: semiologia* (pp. 13-35). Autêntica.

- Laurent, E. (2012). O tratamento das escolhas forças da pulsão [El tratamiento de las fuerzas de elección del impulso]. *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 lacanianiana [Diagnóstico, psicopatología y psicoanálisis de orientación lacanianiana]. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 4, 29–40. <https://doi.org/10.1590/1415-47142001002004>
- Miller, J.-A. (1998). O sintoma como aparelho [El síntoma como aparato]. In Fundação do Campo Freudiano (Org.), *O sintoma charlatão* (pp. 140–145). Zahar.
- Miller, J.-A. (1999). Saúde Mental e a ordem pública [Salud mental y orden público]. *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 [¿Qué será de la actividad infantil? Notas sobre la hiperactividad]. 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* [Clasificación CID 10 de los trastornos mentales y del comportamiento]. Artes Médicas.
- Pacheco, M. V. P. C. (2003). Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea [Esquirol y el surgimiento de la psiquiatria contemporânea]. *Revista Latinoamericana de Psicopatología 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 [El único que no cabe en el 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 [El diagnóstico de la depresión]. *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 [El padre ya no nos sorprende]. *Opção Lacanianiana*, 21, 24–27.
- Sauvagnat, F. (2012) Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea [Consideraciones críticas acerca de la clasificación DSM y sus implicaciones para diagnóstico contemporâneo]. *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 [El hospital psiquiátrico en un circuito: las trayectorias de los jóvenes y la hospitalización psiquiátrica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 342–352. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013>
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In G. Belaga (Org.), *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital* (pp. 31–43). Gramma.
- Soler, C. (2018). *A querela dos diagnósticos* [La pelea por el diagnóstico]. 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 [Del vínculo a la vergüenza: psiquiatría, psicopatología y psicoanálisis]. 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 [DSM-5: Una marca(dolor) de la mordaza del pathos en la contemporaneidade]. 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 [¿Nombrar y clasificar tratan el tema? Diferentes formas de abordar el autismo en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM]. In A. Simões, & G. Gonçalves (Orgs.), *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos* (pp.35–47). Blucher. <https://doi.org/10.5151/9788580393873-03>