

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**LUCIANA REGINA PRADO GARCIA MARIANO**

**CLASSIFICANDO O SOFRIMENTO E MEDICALIZANDO**  
**FENÔMENOS: PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA FRENTE AO**  
**DSM**

**CAMPO GRANDE – MS**

**2016**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**LUCIANA REGINA PRADO GARCIA MARIANO**

**CLASSIFICANDO O SOFRIMENTO E MEDICALIZANDO**  
**FENÔMENOS: PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA FRENTE AO**  
**DSM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes.

**CAMPO GRANDE – MS**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

M333c Mariano, Luciana Regina Prado Garcia  
Classificando o sofrimento e medicalizando fenômenos: psicanálise e  
psiquiatria frente ao DSM / Luciana Regina Prado Garcia Mariano;  
orientação Anita Guazzelli Bernardes -- 2016.  
98 f.

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2016.

1.Psicanálise 2. Psiquiatria 3. Doença mental – Diagnóstico  
I. Bernardes, Anita Guazzelli II. Título

CDD – 616.89

## **LUCIANA REGINA PRADO GARCIA MARIANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), intitulada **Classificando o sofrimento e medicalizando fenômenos: psicanálise e psiquiatria frente ao DSM**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

### BANCA EXAMINADORA

---

Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes (UCDB)

---

Professor Dr. André Barciela Veras (UCDB)

---

Professor Dr. Rodrigo Lopes Miranda (UCDB)

---

Professora Dra. Betina Hillesheim (UNISC)

Campo Grande- MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

*Aos meus filhos Matheus e Maria Luisa.*

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais que me permitiram sonhar.*

*Ao meu irmão André que nunca admitiu que eu desistisse.*

*À minha família – Luciano, Matheus e Maria Luisa – que soube compreender os dias em que me furtei de sua companhia.*

*Ao meu amigo Fabiano, companheiro de viagens, jornadas e vida.*

*A todos os mestres que passaram pela minha vida estudantil, mas, sobretudo, à minha orientadora, Anita, que sabe o valor das insignificâncias.*

*À minha amiga Paula que entende a importância do vazio das palavras.*

*Enfim, a todos que de uma forma ou de outra fizeram parte da minha história, pois o trabalho que produzi resulta diretamente de tudo o que já vivi.*

## TRATADO GERAL DAS GRANDEZAS DO ÍNFIMO

*A poesia está guardada nas palavras — é tudo que  
eu sei.*

*Meu fado é o de não saber quase tudo.*

*Sobre o nada eu tenho profundidades.*

*Não tenho conexões com a realidade.*

*Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.*

*Para mim poderoso é aquele que descobre as*

*insignificâncias (do mundo e as nossas).*

*Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.*

*Fiquei emocionado.*

*Sou fraco para elogios.*

***Manoel de Barros***

## RESUMO

MARIANO, Luciana Regina Prado Garcia. *Classificando o sofrimento e medicalizando fenômenos: psicanálise e psiquiatria frente ao DSM*. 97f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2016.

A racionalidade instrumental, no que diz respeito ao diagnóstico na atualidade, merece especial atenção, principalmente pela necessidade de entender as formas de sofrimento que hoje se apresentam. Assim, esta pesquisa pretende oferecer um campo de análise sobre os pontos de articulação e afastamento entre a psicanálise e a psiquiatria tomando como princípio a necessidade de pensar criticamente sobre o diagnóstico. Para analisar as relações entre a psicanálise e a psiquiatria foi realizada uma análise da criação e desenvolvimento do DSM, bem como as relações existentes nos próprios manuais e de demais autores que em outros momentos ocuparam-se em analisar tais manuais. Ao mesmo tempo, buscaram-se as impressões da psicologia e da psicanálise sobre essas mudanças, principalmente no que diz respeito à forma de se conceber o diagnóstico e as categorias diagnósticas que foram aparecendo nas edições do DSM. Além disso, foi colocado em análise o lugar em que o sofrimento do sujeito foi deixado ao longo dessas mudanças, bem como os conceitos de estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão). Ficou claro que a proposta inicial do DSM era oferecer um manual útil para a prática clínica, de pesquisa e de ensino. Entretanto, aos poucos a objetividade e o levantamento de dados estatísticos foi levando a um engessamento da prática clínica e dos sintomas. Os manuais sinalizaram, desse modo, para uma tendência cada vez mais forte de tornar as formas de sintoma e de mal-estar como parte de um processo de mercantilização do sofrimento. Se inicialmente e durante o percurso existiram pontos de articulação entre a psiquiatria e a psicanálise, atualmente não é o que ocorre. A psicanálise posiciona-se contrária à muitos aspectos da razão diagnóstica do DSM e critica o empobrecimento do diagnóstico psiquiátrico atual que privilegia a descrição dos sintomas em detrimento da patologia.

**Palavras chave:** Psicanálise; DSM; Diagnóstico.

## ABSTRACT

MARIANO, Luciana Regina Prado Garcia. *Classifying suffering and medicalizing phenomenon: Psychoanalysis and Psychiatry face of the DSM*. 97f. Thesis (Master Degree) Dom Bosco Catholic University, Campo Grande, 2016.

Instrumental rationality, in regard to the diagnosis nowadays, deserves special attention, particularly by the need to understand the forms of suffering which presents today. Thus, this research aims to provide a field of analysis about the points of articulation and separation between Psychoanalysis and Psychiatry starting at the need to think critically about the diagnosis. To examine the relations between psychoanalysis and psychiatry was performed the historical analysis of the creation and development of DSM, those existing in the own manuals and in other authors that at other moments were occupied in discuss such manuals. At the same time, they sought the impressions of Psychology and Psychoanalysis about such developments, especially as regard to the ways to conceive the diagnosis and the diagnostic categories that were appearing at DSM's editions. In addition, had been placed under review the place where human suffering was left along those changes, as well as the concepts of clinical structures (neurosis, psychosis, perversion). It became clear that the initial proposal of DSM was to provide a useful guide for clinical practice, research and teaching. But gradually the objectivity and the gathering of statistical data were leading to immobilization of clinical practice and symptoms. The manual indicated, therefore, to an increasingly strong tendency on way of making the forms of symptoms and discomfort as part of a process of commodification of suffering. If initially and while the way there were points of articulation among Psychiatry and Psychoanalysis, currently it does not occur. Psychoanalysis opposed to many aspects of diagnostic reason from DSM and criticizes the impoverishment of current psychiatric diagnosis that favors the description of the symptoms rather than the pathology.

**Keywords:** Psychoanalysis; DSM; Diagnosis.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Grupamentos correspondentes as das antigas neuroses.....	74
<b>Quadro 2</b> – Lista de desvios/transtornos sexuais em três versões do Manual (II, III e IV).....	78
<b>Quadro 3</b> – Capítulos do DSM-IV-TR e do DSM-5.....	83

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 EPISTEMOLOGIA DA PSICANÁLISE .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Epistemologia, psicanálise e os DSMs .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 A psicanálise, seu estatuto de ciência e os DSMs .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 O campo psicanalítico, a psicopatologia e os DSMs.....</b>	<b>37</b>
<b>3 A REVOLUÇÃO TERMINOLÓGICA: CLASSIFICANDO O SOFRIMENTO.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Revolução terminológica.....</b>	<b>67</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>5 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>



Estudar as formas de sofrimento articulando contradições sociais e a clínica psicanalítica é possível? Ao que parece, entre os psicanalistas, trata-se de uma tendência, de uma necessidade, entender as patologias mentais no contexto da crítica da racionalidade instrumental e de aprofundamento do potencial renovador da psicanálise.

O que aqui se pretende com esta pesquisa é possibilitar, sob o ponto de vista da psicanálise<sup>1</sup> e com base nessa crítica à racionalidade instrumental, um campo de análise sobre os pontos de convergência e divergência, de articulação e afastamento entre a psicanálise e a psiquiatria quanto ao modo de pensar e abordar o diagnóstico. Isso se dá principalmente pela necessidade de a psicologia não deixar de abordar o comportamento e o sofrimento do sujeito com a devida cautela, reconhecendo sua importância no diagnóstico.

Importante destacar que a psicologia, e a psicanálise enquanto campo teórico da psicologia, atentam para essa necessidade já que podem utilizar-se dos diagnósticos psiquiátricos em sua práxis, ou seja, apropriam-se de critérios diagnósticos bem aceitos no campo médico. Para a psiquiatria, contudo, o comportamento e o sofrimento do sujeito ocupam lugar diferente do da psicologia e da psicanálise, não caracterizando assim um problema propriamente dito.

Portanto, a temática desta pesquisa é sobre a relação entre Psicanálise e Psiquiatria, focalizando para esse objetivo a reflexão sobre as abordagens diagnósticas dessas disciplinas. A partir dessa temática tem-se como problema de pesquisa: quais os pontos de articulação e afastamento da psicanálise com a psiquiatria para pensar o diagnóstico na atualidade?

---

<sup>1</sup> A abordagem psicanalítica adotada para análise do texto é a lacaniana tendo como base a releitura da clínica freudiana por Lacan.

O problema estabelecido, entretanto, não se situa no campo da crítica pura ao diagnóstico psiquiátrico. Ao contrário, leva em consideração as contribuições que a psicologia, e a psicanálise podem dar aos desafios enfrentados pela área médica, principalmente com a reforma psiquiátrica, no que diz respeito à uma ética da subjetividade e construção de uma clínica da singularidade, diminuindo os riscos que podem advir de uma prática clínica que trate os casos psiquiátricos como casos gerais. A experiência psicanalítica em meu cotidiano tem mostrado que existe uma considerável redução no uso de medicamentos e, inclusive, nos casos de internações, quando se oferece ao sujeito a oportunidade de falar e intervir sobre a história de sua doença. Em alguns casos, é possível identificar que, aliada à terapêutica medicamentosa, há espaços nos quais o sujeito pode elaborar significações para seu sofrimento. Talvez a principal dificuldade enfrentada pela psicologia e pela psicanálise nesse contexto seja ter de utilizar o diagnóstico psiquiátrico como ponto de partida para seu trabalho, em razão de um sujeito chegar à clínica já com um diagnóstico estabelecido por um médico ou pelo próprio paciente que busca uma classificação nos meios aos quais tem acesso.

A crítica à racionalidade instrumental se dá ao passo em que, como bem destaca Dunker (2014, p.78), “torna formas de sintoma e de mal-estar parte de um processo social de alienação e de mercantilização do sofrimento”. Nesse processo, o desenvolvimento de um sistema diagnóstico pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) sinalizou para um aspecto importante que tomou proporção cada vez maior, que diz respeito ao estabelecimento de formas de pensar que induzem um tipo de psicopatologia que não deveria ser pensado como hegemônico nem no âmbito da pesquisa, nem de financiamento em saúde mental ou de justificação clínica. É preciso que pensemos na (re)construção de uma

psicopatologia clínica não estatística que utiliza o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) como único critério diagnóstico para a clínica e para a saúde mental (DUNKER, 2014; MANIFESTO POR UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA NÃO ESTATÍSTICA, 2013).

De acordo com a APA (2002), o DSM se propõe a oferecer um manual útil para a prática clínica, de pesquisa e de ensino estando apoiado por uma base empírica, bem como servir para a “coleta e a comunicação acurada de estatísticas referentes à saúde pública” (p.21).

Aos poucos o Manual foi alcançando repercussão dentro e fora dos Estados Unidos da América (EUA) passando a ser empregado como referência internacional nos sistemas de saúde público e privado, bem como nos centros de pesquisa. Pelas proporções que seu uso tomou, ficou conhecido como a “Bíblia Americana de Saúde Mental” (KUTCHINS; KIRK, 1999). Contudo, cada revisão e nova edição foi levando o ensino da psicopatologia para novas direções em conjunto com o aumento de classificações diagnósticas e da crescente medicalização da vida e do sofrimento (MAYES; HORWITZ, 2005; POMMIER, 2011; GRINKER, 2010).

A psicanálise posicionava-se contrária à muitos aspectos da razão diagnóstica do DSM e, percebendo tal movimento, pesquisas foram desenvolvidas a fim de trazer à luz as tensões existentes entre ambas. Pereira [1998?] enfatiza a perda do objeto da psicopatologia no DSM e descreve as implicações de seu uso na psiquiatria. Já Figueiredo e Tenório (2002) apontam a diferença de diagnósticos produzidos pela psicanálise e pelo DSM, com base na análise de um caso atendido no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esta pesquisa, longe de querer esgotar o assunto em si, direciona-se para as mudanças que levaram a psicanálise e a psiquiatria se distanciarem no

que diz respeito ao entendimento do diagnóstico na atualidade, com principal destaque à forma segundo a qual o sofrimento e o sintoma passaram a ser abordados.

Para Kyrillos Neto *et al.* (2011), a tendência da psiquiatria de substituir as grandes categorias classificatórias – neurose, psicose, esquizofrenia – por descrições especificadas de fenômenos objetivos levou ao empobrecimento do diagnóstico psiquiátrico que passou a privilegiar a descrição dos sintomas em detrimento da patologia.

Ao olhar da psicanálise, não se trata de disputar ideologicamente espaço com a psiquiatria, mas de buscar a conservação da “função diagnóstica da psiquiatria sem deixar de se referir à psiquiatria clássica” (KYRILLOS NETO *et al.*, 2011, p.47), tratando com a devida importância a fala de cada sujeito “tanto no nível do enunciado quanto no da enunciação”. Os autores ainda fazem relevante observação: “o saber da psiquiatria clássica construída a partir do momento em que se começou a descrever, isolar e seriar os fenômenos que afetam o doente é a referência básica da prática do hospital psiquiátrico”.

Se utilizando o DSM podemos ter uma plethora de diagnósticos, ao utilizarmos a lógica psicanalítica, temos uma restrição dessa profusão de transtornos. Podemos dizer que a psicanálise se vale do princípio epistemológico da parcimônia ao adotar uma perspectiva estrutural em contraponto com a classificação de eventos do DSM (KYRILLOS NETO *et al.*, 2011). Sua proposta reúne os diversos sintomas por sua estrutura, pela posição do sujeito frente a eles e pela relação privilegiada escolhida pelo sujeito ao estabelecer sua relação com o Outro e sua falha constitutiva.

Conforme lembramos, o DSM-II tem sido considerado, pela classe médica, como uma profunda transformação da psiquiatria (WILSON, 1993). Propondo-se como um sistema classificatório ateórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, esse manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica, pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico experimental (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002).

A partir desse fato, os diagnósticos seriam considerados como instrumentos convencionais, dispensando qualquer referência ontológica, ou seja, a única exigência seria a concordância no plano descritivo sem levar em consideração, entretanto, a natureza do ser. Rompeu-se a tradição, em vigor desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental fazia-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica.

Figueiredo e Tenório (2002) lembram que o atual estado de classificação em psiquiatria nos leva, sem nem mesmo chegarmos a evocar as categorias de sujeito e estrutura, a um empobrecimento interno da própria lógica psiquiátrica. Empobrecimento que consiste em privilegiar a descrição dos sintomas e a síndrome em detrimento da categoria de doença. Para a psicanálise, nessa lógica de classificação diagnóstica o sujeito perde a condição de sofrer e dar sentido à esse sofrimento, por ser puramente classificado de maneira estanque.

Lembramos que o ponto de vista relacional é adotado pela psicologia e pela psicanálise. O psicanalista é comprometido com o trabalho da escuta. Lacan (1999) demonstra a importância da palavra para a intervenção clínica e condução do tratamento do paciente. Temos aí um ponto de balizamento no qual a psicanálise tende a criar seu passado.

Sendo assim, a importância dada à classificação diagnóstica e a implicação do sujeito e de seu sofrimento na constituição do ser, constituem um aspecto importante que leva a psicologia e a psicanálise a distanciarem-se da lógica diagnóstica dos Manuais mais recentes, o que, por sua vez, traz importantes consequências para a condução do tratamento, pois o diagnóstico decorre de uma definição prévia implícita ou explícita sobre a função de uma terapêutica, influenciando os alcances do tratamento.

Para a psicologia interessa o sujeito que sofre e suporta os efeitos desse sofrimento, que para a psicanálise sofre devido a sua estrutura subjetiva. Nessa perspectiva, trata-se de detectar o *pathos* que o sujeito se encontra para extrair a partir de sua peculiaridade a patologia que o afeta. Na psicanálise, todo o privilégio é dado ao sujeito enquanto determinado pela linguagem. Ou seja, é fazê-lo dizer ele mesmo acerca de sua história, seus sofrimentos a um interlocutor, numa situação singular, pois o sujeito é responsável pelo que conta. Estamos falando de uma clínica do dito. É o próprio paciente que vem apresentar seu caso em viva voz. Por isso toda a relevância é dada à singularidade de cada fala na entrevista que deixa de ter a ênfase no assinalamento dos sintomas para ser um encontro.

Diante de tantos vieses é preciso trilhar os caminhos permeados por uma perspectiva crítica sobre a produção das categorias que exprimem e definem o sofrimento mental. Nisso, é preciso assumir, que há uma espécie de política envolvida nos processos que tornam uma dada forma de sofrer mais visível e mais bem reconhecida em uma dada época do que em outras. Esses padrões normativos exprimem algo sobre o próprio movimento mais extenso das contradições que precisamos pensar em nossos modos de subjetivação.

Outra condição importante é extrair de cada modelo psicopatológico suas pressuposições antropológicas, seja no caso da diagnóstica psiquiátrica, seja também na psicanalítica. Isso indica que a proposta não é apenas a de criticar a psiquiatria à partir da psicanálise, mas examinar os fundamentos da associação clínica entre essas duas disciplinas. O que se espera é construir uma espécie de ponto de partida donde muitas discussões podem ser desdobradas.

Os procedimentos metodológicos adotados tiveram como ponto de partida o problema da pesquisa que diz respeito aos pontos de articulação e afastamento da psicanálise com a psiquiatria para pensar o diagnóstico na atualidade. À partir disso, buscou-se, com base no viés epistemológico, analisar o problema em questão contextualizando as revisões do DSM e as modificações, no que diz respeito ao diagnóstico, daí decorrentes. Posteriormente, todas as cinco versões deste Manual foram analisadas, dando ênfase às características e critérios diagnósticos, produzidas até hoje, e tomando como ponto de partida o problema de pesquisa estabelecido, buscou-se, apresentar as relações estabelecidas entre a psicanálise e a diagnóstica psiquiátrica considerando as transformações internas à psicanálise bem como o modo pela qual se deu sua recepção e disseminação extraindo dos modelos psicopatológicos suas pressuposições antropológicas tanto da psiquiatria quanto da psicanálise. Trata-se de uma tentativa de examinar as possibilidades de articulação entre essas duas disciplinas, tomando como ponto de partida a proliferação dos termos utilizados e das categorias diagnósticas a cada revisão do DSM.

Os dados coletados nessa análise dos Manuais foram organizados em tabelas, comparando-os de uma versão do DSM para a outra. As tabelas organizaram os diagnósticos em campos de relação, ou seja, selecionava-se um diagnóstico de uma versão e alinhava o mesmo diagnóstico da outra versão,

considerando as características modificadas/mantidas que apresentassem. A escolha dos diagnósticos se deu a partir da descrição dos conceitos psicanalíticos e categorias que inicialmente faziam parte do primeiro DSM, ou seja, foram elucidados e comparados os principais aspectos que sofreram modificação nas revisões do manual e que tiveram influência na forma como psicanálise e diagnóstico psiquiátrico se articularam ao longo do tempo, conforme discutido nos capítulos anteriores. A partir dessas comparações nas tabelas, se partiu para a análise desse material.

Para alcançar os objetivos propostos, no primeiro capítulo é realizada uma retomada sobre a epistemologia da psicanálise como meio de oferecer a possibilidade de compreensão das primeiras contradições existentes sobre a forma de pensar o diagnóstico, com especial destaque às críticas quanto ao estatuto de ciência da psicologia.

O segundo capítulo apresenta assim, a partir da descrição, de maneira mais aprofundada, as mudanças ocorridas nas versões dos DSM, demonstrando quais foram os pontos de articulação e afastamento mais marcantes entre a psicanálise e a psiquiatria.

Partindo então da análise proposta no segundo capítulo sobre as modificações ocorridas nas revisões do DSM, no último capítulo são apresentadas as mudanças terminológicas presentes nas cinco edições do manual, com foco na forma como o diagnóstico passou a representar uma forma de classificar os sujeitos.



## 2.1 Epistemologia, psicanálise e o diagnóstico

Para pensar sobre o diagnóstico tendo como ponto de partida de análise as possibilidades de relação entre a psicanálise e a psiquiatria será traçado um caminho epistemológico que possibilite situar donde surgiram as contradições, os jogos de força, os pontos de articulação e os de afastamento e o surgimento do DSM.

A compreensão da epistemologia da psicanálise prescinde do entendimento da própria epistemologia. Diversas são as definições sobre o termo epistemologia. Para Blanché (1983) significa teoria da ciência. Japiassu (1986) a descreve epistemologicamente como discurso (*logos*) sobre a ciência (*episteme*). Carrilho e Sâágua (1991) assim como Bunge (1980), remetendo ao aparecimento do termo epistemologia nos estudos franceses, a conceituam como filosofia da ciência.

Este ramo da Filosofia começa a se destacar nas primeiras décadas do século XX e, por ser recente, sua conceituação é complexa e difícil (CARRILHO; SÂÁGUA, 1991). “[...] da epistemologia sabemos muito sobre aquilo que ela não é, e pouco sobre aquilo que é ou se torna [...]” (JAPIASSU, 1986, p.23). Santos (2000, p.20) destaca que a epistemologia pode ser considerada uma “[...] disciplina, ou tema, ou perspectiva de reflexão cujo estatuto é duvidoso, quer em função do seu objeto, quer em função do seu lugar específico nos saberes”.

Assim, longe de tentar traçar um conceito rígido sobre a epistemologia, é possível dizer que esta possui duas possíveis acepções. De maneira sumária refere-se à teoria geral do conhecimento, enquanto filosofia da ciência que busca definir seus pressupostos científicos, suas possibilidades, seus modos de validade e seus limites sobre cada atividade científica.

Dentro dessa perspectiva, pode-se citar como exemplo Wilhelm Dilthey (SCOCUGLIA, 2002) e suas concepções sobre a hermenêutica e as concepções de mundo, a partir da qual diversas ciências articulam-se ao redor do conhecimento empírico da realidade sócio-histórica. Segundo esta acepção, o conhecimento se dá no mundo do espírito e, assim, o conhecimento produzido pelas ciências naturais não pode ser garantia de verdade. Desse modo, o valor do conhecimento de tais ciências advém de sua ação transformadora sobre tal realidade e, por isso, deve articular-se com os conhecimentos realizados pelas demais ciências do espírito.

Também de outro modo a epistemologia descreve o funcionamento das atividades de conhecimento utilizando ou não como parâmetro um modelo ideal de ciência (RAFFAELLI, 2006). A título de mera exemplificação, é possível dizer que o positivismo enquadra-se dentro desse segundo modelo de acepção da epistemologia já que, nesta perspectiva todo conhecimento resulta da verificação empírica dos resultados das práticas científicas. Para o positivismo todo conhecimento é resultado das ciências da natureza, eliminando, assim, os questionamentos filosóficos sobre a validade e a valoração de seus resultados.

É possível pensar sobre surgimento de critérios oferecidos como diretrizes para confecção de diagnósticos, de enquadramentos dentro desta ou daquela perspectiva que, mais adiante agrupam-se nos chamados Manuais Diagnósticos Estatísticos como é o caso dos DSMs, conforme aponta Pinto (2012, p. 410):

[...] o ideal empirista reafirma sua força, sobretudo na corrente dita *a-teórica*. A proposição, vinda diretamente dos EUA, pretende deter a solução diagnóstica *imparcial*, utilizável assim, em princípio, por qualquer orientação prática interessada nos estudos psicopatológicos.

Os manuais diagnósticos de doenças mentais vieram como consequência lógica e direta desta tendência. Eles aboliram as nosografias estabelecidas até então e reconstruíram uma nova proposição com a finalidade de auxiliar o psiquiatra — ou

qualquer outro profissional da saúde — na identificação de um distúrbio mental recorrendo apenas aos fenômenos observáveis, sem apelo a uma teoria qualquer.

Neste último sentido, dentro do qual se enquadra o positivismo, a epistemologia adota uma função descritiva ou comprobatória considerando seus objetivos (JAPIASSU, 1986). Será comprobatória quando empenha-se em verificar a adequação daquela atividade de conhecimento à alguma ciência já estabelecida; descritiva quando apenas explicita os meios pelos quais um determinado conhecimento foi obtido.

Mas onde é que se pode introduzir a psicanálise nesta discussão? Como falar em epistemologia numa disciplina em que o objeto de estudo é o inconsciente e toda sua subjetividade? A tarefa é complicada, o inconsciente não é um objeto inerte, nem pode ser qualificável, sendo singular a cada indivíduo. As descobertas de Freud (1915/1987) a respeito do inconsciente quebram com a tradição da psicologia como ciência da consciência e da razão.

Essa contradição de viés epistemológico ocorre uma vez que o inconsciente é assimilado ao conceito de “coisa em si” da filosofia de Kant, aquilo que não pode ser qualificável. Isso gera o paradoxo da epistemologia freudiana: a psicanálise é ciência da natureza e tem por objeto o inconsciente; discorrer sobre o inconsciente é discorrer sobre a coisa-em-si, sobre o incognoscível. Portanto, a psicanálise seria a ciência do incognoscível, daquilo que, como nota Freud em *O Inconsciente*, excede os limites da percepção da consciência sobre a realidade psíquica (FREUD, 1915/1987, p. 197).

O objeto da psicanálise é o que falta ao ser humano - não falta absoluta, mas falta de um objeto (LACAN, 1975). Numa metáfora, continua Lacan: "(esse objeto) [...] não é o pão raro, é o bolo ao qual uma rainha remetia seu povo em tempo de fome". O que faz falta, e sempre fará, é o bolo do além-do-bolo, que

rainha e povo pedem - pedido sempre remetido a mais além, sob a corrida metonímica do desejo.

Conforme Figueiredo e Tenório (2002), não se trata apenas de dizer que a fala do paciente está presente na apresentação psicanalítica e ausente na psiquiátrica. Trata-se de que na apresentação psicanalítica, essa fala é produzida num certo registro da transferência, no registro de certo endereçamento. Aí reside a tentativa do “mais-além” dos fenômenos que é a relação, a posição que o sujeito falante ocupa diante do outro.

Freud (1924/1987) enumerou os fatores que contribuem para a constituição dessa teoria psicanalítica: ênfase na vida afetiva, na dinâmica mental, no fato de que mesmo os fenômenos mentais aparentemente mais obscuros e arbitrários possuem invariavelmente um significado e uma causa, a teoria do conflito psíquico e da natureza patogênica da repressão, a visão de que os sintomas constituem satisfações substitutas, o reconhecimento da importância etiológica da vida sexual, e especificamente, dos primórdios da sexualidade infantil. Freud (1924/1987) acrescentou, ainda, a complicada relação emocional das crianças com os pais, definida por ele como Complexo de Édipo<sup>2</sup>, considerando-o o núcleo de todo caso de neurose.

Assim, não deve causar espanto as contradições existentes entre a psicanálise e os DSMs, ao perceber que, o mesmo, ao dispensar a orientação dos

---

<sup>2</sup> Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. Segundo Freud, o apogeu do complexo de Édipo é vivido entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica; o seu declínio marca a entrada no período de latência. É revivido na puberdade e é superado com maior ou menor êxito num tipo especial de escolha de objeto. O complexo de Édipo desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano. Para os psicanalistas, ele é o principal eixo de referência da psicopatologia (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992).

clássicos psiquiátricos, confunde semiologia psiquiátrica com diagnóstico, em prol de uma estratégia que vai ao encontro dos interesses de mercado da indústria farmacêutica que é a de ampliar as doenças para medicar os sintomas (CAMPOS, 2009).

Ao usar a psicanálise para colocar em questão as categorias diagnósticas da psiquiatria não se pode perder de vista que a psiquiatria em muito contribuiu, principalmente no que diz respeito, à classificação das estruturas clínicas (neurose, perversão e psicose). É inegável o quanto essas classes clínicas herdadas da psiquiatria clássica contribuíram para os ensinamentos psicanalíticos. Entretanto, o que a psicanálise alerta é para a necessidade de reconhecer que as estruturas são mais do que um conjunto de sinais e sintomas. Trata-se de uma articulação lógica do conjunto que se constitui de classe, de causa e de uma descrição objetiva. Os elementos funcionais do conjunto são conhecidos em certas disposições e se relacionam. Os elementos permutam seus lugares, portanto, assumem funções diferentes.

## **2.2 A psicanálise, seu estatuto de ciência e o diagnóstico**

A necessidade de recolher informação estatística foi o impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação de transtornos mentais nos EUA. A primeira tentativa oficial foi o censo de 1840, que levou em conta uma única oposição: idiotice ou insanidade. Quarenta anos mais tarde, o censo de 1880 distinguiu entre sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo (BLACK; GRANT, 2014). Depois de mais de setenta anos sem novas pesquisas estatísticas, censos ou outras iniciativas parecidas a partir dessas sete categorias a APA, juntamente com a Comissão Nacional de Higiene

Mental, desenvolveu um novo guia para os hospitais mentais, chamado *Manual estatístico para o uso de instituições de insanos*, que incluiu 22 diagnósticos (DUNKER, 2014).

O retrospectivamente chamado DSM-I apresentou assim, o predomínio de categorias de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose. Meyer<sup>3</sup> centrou sua racionalidade diagnóstica em tipos de reação, no pressuposto sintético da história de vida e nas moções determinantes das doenças mentais. O primeiro grupo é referido principalmente em torno da gama que vai da ansiedade à depressão, com relativa preservação da ligação com a realidade. O segundo grupo caracteriza-se pela presença de alucinações e delírios, com perda substantiva da realidade (WILSON, 1993). O conjunto, entretanto, não refletia uma clara separação entre o normal e o patológico, e a intenção da obra era principalmente estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos.

Entretanto, durante os anos 1900-1950, a psicanálise passou a orientar os fundamentos da classificação norte-americana das doenças mentais tendo como ponto importante a introdução de três conceitos híbridos: personalidade, estrutura e psicodinâmica. Mesmo assim seu estatuto de ciência ainda era questionado e a psicanálise era duramente criticada (FREUD 1909/1987; 1914a/1987; DUNKER, 2014).

Freud (1917/1987) desde o princípio de sua descoberta declarou que a psicanálise provocava resistências estruturais. As resistências de filósofos, psicólogos e médicos contra a nova ciência não se baseava somente no fato de a psicanálise ser um ramo recente do conhecimento ou por se fundar na sexualidade, mas principalmente na noção de eu e de consciência, em consequência destes pretenderem ter domínio sobre o psiquismo e as coisas. Portanto, a psicanálise

---

<sup>3</sup> Adolf Meyer, psiquiatra, idealizador inicial do sistema DSM.

infligiu à humanidade, segundo a declaração do próprio Freud, uma ferida narcísica, por conta dos descentramentos do psiquismo por ela fomentados (BIRMAM, 2003).

Foucault denomina o processo de constituição da psicanálise de “reviravolta da psicologia”:

Mas nenhuma forma de psicologia deu mais importância à significação do que a psicanálise. [...] A importância histórica de Freud vem, sem dúvida, da impureza mesma de seus conceitos: foi no interior do sistema freudiano que se produziu essa reviravolta da psicologia; foi no decorrer da reflexão freudiana que a análise causal transformou-se em gênese das significações, que a evolução cede seu lugar à história, e que o apelo à natureza é substituído pela exigência de analisar o meio cultural (FOUCAULT, 1999, p. 129-130).

O século XIX teve como uma de suas grandes marcas a dualidade metodológica no que diz respeito ao debate das ciências humanas e naturais. Assim, necessário se faz entender sobre as divergências existentes entre as ciências e o modo como isso influenciou a constituição da psicanálise como ciência:

O dualismo metodológico – e, em última instância, ontológico – que opõe as ciências naturais e as ciências humanas (ou sociais) originou-se nos meios neo-kantianos alemães do final do século XIX e organizou, desde então, uma grande parte da reflexão epistemológica ao longo do século XX. Enquanto prevaleceu a filosofia da ciência trazida pelo positivismo lógico, esse dualismo frequentemente assumiu a forma de uma repartição entre as ciências que possuíam e as que não possuíam uma possibilidade concreta de se encaixarem no modelo epistêmico da “concepção recebida” da ciência (SIMANKE, 2009, p. 221).

Freud pouco se ateu aos debates epistemológicos diante do surgimento das ciências do homem, da separação entre o mundo da natureza e da cultura, das ciências morais e das ciências naturais e seus diferentes métodos. Segundo

Simanke (2009), embora explicitamente alinhado com a perspectiva naturalista, as investigações psicanalíticas freudianas prontamente adentraram o campo das humanidades e se propuseram a elaborar uma teoria social que englobava a arte, a religião, o laço social e a cultura como um todo.

Em 1932, na Alemanha, Dorer foi uma das primeiras autoras que tentou estabelecer uma epistemologia freudiana ao tentar demonstrar a ligação de Freud com o herbartismo<sup>4</sup>. Suas conclusões a levaram a pontuar que a psicanálise se tratava de uma espécie de materialismo ingênuo considerando-a um prolongamento de uma teoria já existente anteriormente, naturalista e materialista, e, portanto, inadequada ao estudo do objeto humano. Segundo ela, faltava à teoria freudiana uma axiologia<sup>5</sup> (ASSOUN, 1981).

Binswanger (1936), também ao tratar sobre o freudismo, propõe uma abordagem fenomenológica ao estudo da realidade humana, por considerar que o modo de conhecimento derivado das ciências naturais é inadequado para esse fim. Para o autor, Freud vai além dos modelos epistemológicos estabelecidos em seu tempo e introduz um novo objeto no campo das ciências naturais, mas deixa em segundo plano a dimensão propriamente existencial do homem. Assim, o naturalismo de Freud não dá conta da totalidade da experiência humana.

Assoun (1981) também apresenta as críticas de Hipollite, filósofo hegeliano. Para ele, a teoria freudiana além de ser dialética estava contaminada pela linguagem positivista cabendo à filosofia, então, a incumbência de purificá-la. Hipollite considerava que além de uma inclinação às ciências naturais, o

---

<sup>4</sup> Buscando as “origens históricas” do freudismo, Dorer tentou mostrar a filiação da Psicanálise à Psicologia oriunda de Herbart, o que chamou de herbartismo de Freud, que teria chegado a ele por intermédio de seus mestres vienenses, principalmente Meynert. Pode-se observar na obra de Herbart ecos dos conceitos freudianos de representação (*Vorstellung*), recalque (*Verdrängung*) etc.

<sup>5</sup> O termo de axiologia se refere ao ramo da Filosofia que cuida do estudo da natureza dos valores e juízos valorativos.

freudianismo apresentava a sensação de descobertas perpétuas com resultados não acabados, ao contrário, capazes de abrirem novas perspectivas.

Assim, sob o viés metodológico, a psicanálise teria como objetivo principal o esclarecimento minucioso das questões humanas, mas tal empreendimento seria prejudicado pela linguagem positivista que a rodeava. Isso nos leva a compreender que a linguagem utilizada tem influências determinantes sobre a postura epistemológica adotada.

Nesse aspecto é importante lembrar que a linguagem pela psicanálise e pela psiquiatria constitui uma dos principais pontos de afastamento, não pela escrita, mas pelo sentido, já que para a psicanálise o que deve ser levado em consideração é o sintoma que o sujeito apresenta, da forma como lhe é peculiar o qual, não poderá ser enquadrado numa ou noutra categoria classificatória. Ao descobrir uma linguagem entre a ordem do corporal e do psíquico, ou seja, que o sintoma tem sentido, Freud consegue ir um pouco além do dualismo cartesiano, dualismo este que até hoje influencia toda a ciência (MORAIS, 2000).

Ao tempo em que Hipollite diz de uma dialética, Ricoeur (1970) refere-se à teoria freudiana aludindo à uma dualidade insolúvel entre a energética e a hermenêutica – essa última relacionando-se à interpretação presente como marca na clínica psicanalítica – o que confere à psicanálise um estatuto epistemológico próprio. Em Ricoeur (1970), a psicanálise não poderá ser comparada à física e a biologia, por exemplo. As saber:

Me parece que todo o problema da epistemologia freudiana se concentra neste único problema: Como é possível que a explicação econômica *passa por* uma interpretação referida a significações e, de modo inverso, que a interpretação seja *um momento* da explicação econômica? (RICOEUR, 1970, p.61).

De fato, a interpretação visa encontrar a *Bedeutung* (significação) de um acontecimento mental, mas essa operação não é de tipo hermenêutico. Não se trata de atribuir o sentido de um sonho ou de um ato falho a “algo” que neles se exprime, “algo” equivalente a um princípio que deve ser captado através de suas manifestações – como em *A origem da tragédia*, na qual o teatro grego é visto como derivado da luta e da integração dos princípios apolíneo e dionisíaco –, mas de encontrar a causa que dá origem àquela produção específica.

Interpretar um sonho é encontrar o seu sentido – o desejo inconsciente e as fantasias em que ele se incorpora. Mas esse desejo é igualmente uma das causas daquele sonho, sendo a outra a “potência psíquica” que se opõe à realização dele (responsável pela censura). Ao elucidar o sentido, a interpretação revela também as causas, tanto materiais (o desejo inconsciente) quanto formais (as operações do processo primário que incidiram sobre o material original). O mesmo vale para as “tendências” cujo choque produz o ato falho, a piada ou o sintoma neurótico: tendências, desejos e pulsões são causas eficientes, forças que determinam aquilo que aparece na consciência.

Portanto, a psicanálise provocou mudanças na forma de se analisar os transtornos mentais, inserindo a concepção de inconsciente. Ainda hoje o que o saber psicanalítico destaca é que cada pessoa tem seus sentidos próprios e não adianta apenas enquadrá-la num diagnóstico e abordar todos de forma semelhante com medicações.

Vemos que a investigação de Freud é orientada pelo princípio do determinismo, que compartilha com aqueles que situa no território das ciências naturais. Partindo da observação – no caso da psicanálise, o que há para ser observado é o discurso do paciente em sessão –, o analista coleta dados e reflete sobre eles. É desse vaivém entre observação e teorização que surgem as hipóteses

sobre o que determina tais fatos – tipicamente, conflitos inconscientes opondo pulsões/desejos/fantasias a defesas – hipóteses que por sua vez orientam as intervenções do analista. Estas visam modificar o equilíbrio entre tais fatores, no sentido de uma maior mobilidade psíquica (“levantar repressões”, “restituir a capacidade de amar e de trabalhar”, e formulações análogas que encontramos a cada passo sob a pena de Freud).

Nesse sentido, retomando o problema desta pesquisa, pensar nos pontos de articulação e afastamento entre a psicanálise e a psiquiatria, leva-nos a entender o distanciamento entre o sintoma como indicativo para fechamento de diagnóstico – e só – preconizado pelos DSMs, e o sintoma enquanto via para entendimento dos sentidos dos sujeitos, conforme nos propõe a psicanálise.

Pois não devemos esquecer que a psicanálise começou como um ramo da medicina, portanto objetivando não apenas compreender o mundo psíquico, mas ainda, e principalmente, intervir nele, desfazendo constelações nocivas e favorecendo rearranjos mais saudáveis. Para fazer isso com conhecimento de causa, era preciso criar uma teoria que explicasse como funciona a mente e como ela adoece; desde o início, essa teoria tem de ser abrangente, isto é, dar conta também do funcionamento normal da psique. É o que Freud tenta no Projeto de 1895, e depois, com mais sucesso, no capítulo VII de *Interpretação os sonhos*, criando um modelo metapsicológico que será incessantemente retomado e modificado ao longo da sua obra (entre outros textos, em *Introdução ao narcisismo* e *O ego e o id* (MEZAN, 2007).

A interpretação na psicanálise é um ponto de crítica, principalmente quando ela se apresenta com pretensões científicas. Pretensões científicas podem ser consideradas como o objetivo de Freud em delimitar seu campo de conhecimento, tendo como foco um objeto de análise, chamado realidade psíquica, a qual possui

suas próprias particularidades e sobre a qual é possível obter conhecimentos (GUIMARÃES; MAESTRO FILHO, 2013), distanciando-se assim da lógica de classificação proposta pelos manuais diagnósticos nos quais as classificações fechadas não permitem que a realidade psíquica seja considerada.

A crítica à interpretação analítica advém da impossibilidade de se reproduzir com precisão a “matéria-prima”, ou seja, uma sessão analítica e a interpretação exata do analista. Mesmo porque cada sessão é única, informações diferentes e novas são colocadas e a transferência é singular entre analista e analisando. No entanto, deve-se considerar que o fato de ser impossível essa reprodução exata do fenômeno, da matéria-prima, não significa que não houve rigor e que os conhecimentos gerados a partir da clínica sejam arbitrários (MEZAN, 1998).

Duas razões podem justificar esse pensamento, conforme Mezan (1998): a primeira se refere aos elementos mais universais do processo psíquico; e a segunda, se refere aos elementos mais particulares. Em relação ao que cabe ao nível mais universal, há de se considerar que os processos psíquicos são essencialmente os mesmos em todos os seres humanos e, assim sendo, o fato do processo analítico ser absolutamente individual não impede que se tirem conclusões ou se façam generalizações em graus variados. Em relação aos elementos mais particulares, parte-se do princípio que a vida psíquica demonstra certa regularidade e que somos seres únicos com características singulares que nos individualizam. Contudo é possível desenhar um quadro relativamente fiel daquele indivíduo, das forças que nele estão presentes e atuantes e os efeitos no seu comportamento.

Até aqui, tanto em Ricoeur, Dorer, Hipollite e Binswanger pontuaram-se as tentativas de aproximação entre o freudianismo e as ciências humanas. Mas é

importante perceber também que os mesmos autores apresentam uma contraposição entre essas ciências e às naturais. Consideram assim tais ciências como dois polos distintos em que às ciências humanas caberiam a compreensão do ser humano, livre de especulações, e as ciências naturais visariam à explicação fenomenológica.

Importante perceber que tais apontamentos epistemológicos possibilita-nos entender os caminhos pelos quais a psicanálise e a psiquiatria fora percorrendo e que culminaram no distanciamento entre ambas, pelo menos no que diz respeito ao diagnóstico.

Já em uma vertente positivista, Nagel apresentava sérias críticas quanto às tentativas da construção de um discurso psicanalítico científico. Para Nagel, a psicanálise não poderia ter seus resultados verificados, comprovados. Assoun (1981, p.31) descreve que essas discussões, basicamente surgidas na década de 1950, denunciavam a “miséria epistemológica da psicanálise” alegando que ela não poderia atender às exigências de uma epistemologia geral. Também nessa época, dizia-se que a psicanálise era uma forma ultrapassada de ciência já que teria parado no tempo, não sendo capaz de subsidiar validações empíricas.

Assim, tais discussões no que diz respeito à epistemologia psicanalítica, fomentam revisões da própria psicanálise na tentativa de adequá-la à epistemologia das ciências naturais. Nesse contexto, Rapaport é um dos principais articuladores da tentativa de traduzir os conceitos psicanalíticos de modo a englobá-lo dentro dos padrões de conduta, estrutura e organismo (ASSOUN, 1981).

A tendência, nesse cenário, aponta para a transformação da personalidade em conceito primitivo, com a ascensão do modelo psicopatológico proposto por Fenichel (1945/1999):

Visto que o funcionamento normal da mente é governado por um aparelho de controle que organiza, conduz e inibe forças arcaicas mais profundas e mais instintivas – do mesmo modo que o córtex organiza, conduz e inibe os impulsos dos níveis mais profundos e arcaicos do cérebro – é possível afirmar que o denominador comum de todos os fenômenos neuróticos é uma insuficiência do aparelho de controle (p. 16).

Fenichel (1945/1999) tenta sistematizar a obra de Freud e estabelecer uma coerência interna longe de qualquer questão epistemológica. Para o autor não se trata apenas de ver como funciona, mas, faz-se necessário, buscar referências teóricas para as práticas e, a partir disso compreender o funcionamento das mesmas. Tal sistematização é construída sobre uma base positivista.

Lage (2003) considera que ao fazer equivaler a suposição freudiana de que existe uma base biológica dos fenômenos psíquicos com os achados positivos da ciência biológica, acaba esquecendo-se da problematização dos limites do método científico em relação ao conhecimento.

Assoun (1981), diferentemente, pretende colocar em evidência à identidade epistêmica da psicanálise e, portanto, tenta esclarecer o processo de formação dos conceitos e da própria prática psicanalítica tendo como ponto de partida os modelos epistemológicos utilizados por Freud para a construção de suas teorias.

[...] há reivindicações por Freud da psicanálise como saber; ora, todo saber tem suas regras de funcionamento próprias e seus referentes específicos, agindo na constituição e na produção deste saber. É necessário compreender o que são estas regras e estes referentes e como funcionam, desenhando, em sua terra natal e em sua linguagem de origem, esta identidade epistêmica que condiciona a posição de todo discurso relativo a Freud (ASSOUN, 1981, p. 12).

Mezan (1998) muito bem alerta para esse tal objeto da psicanálise tão específico. A psicanálise tem como ideia fundante que os processos mentais não

acontecem ao acaso, nem de forma aleatória, pois eles respeitam determinados motivos que devem ser de natureza e intensidade suficientes para produzirem determinados efeitos e não outros. Esses efeitos, chamados de sintomas, são reflexo de um processo em que há uma causa, a qual o processo analítico tem como finalidade investigá-la para que os sintomas sejam eliminados.

O lugar do sintoma e seu entendimento perpassa, como já mencionado anteriormente, as mudanças e divisões conceituais dos próprios DSMs e o distanciamento entre a psicanálise e a psiquiatria, entre o sintoma e a personalidade. Bergeret (1974) consagra o dualismo da estrutura entre a personalidade sobre o sintoma: “[estrutura da personalidade] modo de organização permanente mais profundo do indivíduo, aquele a partir do qual desenrolam-se os ordenamentos funcionais ditos ‘normais’, bem como os avatares da morbidade” (BERGERET, 1974, p. 15); “a sintomatologia torna-se simplesmente o modo de funcionamento mórbido de uma estrutura quando esta se descompensa” (BERGERET, 1974, p. 10), sendo que “o sintoma não nos permite, por si só, prejulgar acerca de um diagnóstico da organização estrutural profunda da personalidade” (BERGERET, 1974, p. 46).

Vê-se assim que a noção de personalidade assume a função de essência para a qual a estrutura funciona como manifestação. Ou seja, o sintoma deixa de ser a realização de um caso particular previsto e condicionado pelas leis de estrutura. A estrutura não se deduz mais do sintoma, mas da personalidade entendida como “organização permanente e profunda do indivíduo”. Os sintomas são perturbações dessa forma estável da personalidade, não uma derivação necessária de sua própria estrutura (MORA, 1982, p. 136).

Bergeret (1974) é categórico: do sintoma não se infere a personalidade. Temos então a personalidade e a estrutura como equivalentes de sua forma, ou de

suas invariâncias, e é só quando essa estrutura *se descompensa* que surge o processo mórbido. Ou seja, há uma clara separação entre o normal, a personalidade como estrutura equilibrada, e o patológico, o sintoma como expressão do desequilíbrio da estrutura. Isso aproxima o conceito de *estrutura da personalidade* da acepção aristotélica de essência, a saber, predicado necessário ou suficiente de um universal, forma e modo de causa, parte da realidade entre essência e existência.

O deslocamento da definição de neurose, enquanto estrutura de personalidade, para o quadro de uma incorporação do funcionamento normal, para um sistema de controle e para a analogia com os impulsos reflexos do cérebro prepara o solo no qual a psiquiatria dos anos 1960 aprofundará a definição de neurose como manifestação de comportamentos (DUNKER, 2014).

Ey (1963) definirá os sintomas neuróticos como: “perturbações dos comportamentos, dos sentimentos ou das ideias que manifestam uma defesa contra a angústia e constituem relativamente a este conflito interno um compromisso do qual o indivíduo, na sua posição neurótica, tira certo proveito (benefício secundário da neurose)” (p. 145).

Uma definição assim expressivista da neurose nos levará à separação entre a estrutura dos sintomas e a estrutura do eu, como completa o inventor do organodinamismo: “pelo caráter neurótico do Ego. Este não pode encontrar na identificação do seu próprio personagem boas relações com outrem e um equilíbrio interior satisfatório” (EY, 1963, p. 145).

Se o sintoma tem uma estrutura e o eu tem outra, torna-se necessário enriquecer ou ampliar a noção de eu, introduzindo o conceito de personalidade de tal forma que esta contemple todo o campo de relações do sujeito, seus papéis e dinâmicas intersubjetivas. Mesmo a noção de função simbólica facilmente se

degrada nesse entendimento por meio de leituras que fazem, por exemplo, alguém real “encarnar ou ocupar” uma função simbólica, assim como um ator desempenha um papel, assumindo seu personagem (DUNKER, 2014).

Até aqui foi possível destacar que uma epistemologia da psicanálise deveria localizar o surgimento do inédito objeto da psicanálise, possibilitando uma clara leitura do fenômeno em questão. Assim, a partir de então torna-se possível analisar as mudanças ocorridas com as edições dos DSM nos sistemas de classificação psiquiátricos que levaram ao distanciamento entre a psicanálise e a psiquiatria e, conforme será exposto a diante, a um engessamento das possibilidades de o sujeito responsabilizar-se por suas questões, já que existirá, com as revisões do DSM uma classificação específica para todo quanto for sintoma.

### **2.3 O campo psicanalítico, a psicopatologia e o diagnóstico**

Como já mencionado anteriormente, para Freud só existia a ciência da natureza, conforme nos mostra Assoun (1981):

Eis por onde se anuncia a singularidade freudiana: por sua obstinação um pouco teimosa em etiquetar a psicanálise como *Naturwissenschaft*, ele acha o meio para eludir a questão, de ignorá-la placidamente. Ele não escolhe a ciência da natureza contra uma ciência do espírito: na prática ele quer dizer que a diferença não existe, na medida que, em termos de cientificidade, só haverá ciência da natureza. Freud, aparentemente, não conhece outra (p. 42).

A própria formação médica a que Freud foi submetido – em que pese seu contato com Brentano<sup>6</sup> – veio a reforçar sua visão de que a única maneira de se fazer ciência era por meio da metodologia das ciências da natureza. Tendo trabalhado no Laboratório de Fisiologia de Ernst Wilhelm von Brücke (1819-1892) a partir de 1877, Freud tomou contato com as ideias do grupo denominado Escola de Medicina de Helmholtz. Esse grupo formado por Brücke, Hermann von Helmholtz (1821-1894), Emil Du Bois Raymond (1818-1896) e Carl Ludwig (1816-1895) tinha por divisa que “além das forças físico-químicas comuns, não há outras forças ativas dentro do organismo”, contrapondo-se, dessa forma, às concepções vitalistas. As conferências sobre fisiologia de Brücke, editadas em 1874, causam grande impressão no jovem Freud, que assimilou a ideia - desenvolvida nessa obra - de uma “força física” agindo no interior dos organismos vivos à sua descrição do aspecto dinâmico da psicanálise realizada em 1926 (JONES, 1953/1989, p.51-54).

Tais ideias são importantes na discussão do DSM, justamente porque talvez seja nesse ponto que as impressões de Freud sobre as forças que agem no interior do organismo tenham encontrado a relação com a etiologia sexual das neuroses por ele proposta, adquirindo considerável relevância no conjunto de sua obra e que, nas revisões do DSM foram se perdendo.

Com relação à psicologia, em particular, desde suas origens, seu *status* científico – seu pertencimento a um ou outro dos campos opostos – permaneceu

---

<sup>6</sup> Franz Brentano, filósofo, foi professor de Freud durante o curso de medicina gerando grande admiração no pupilo por suas ideias como bem mostra o próprio Freud: “Ficaria com pena se tu, o jurista, negligenciasses inteiramente, por exemplo, a filosofia, enquanto eu, um ímpio estudante de medicina e empírico, ouço duas preleções sobre filosofia e leio Feuerbach [...]. Uma delas trata – escuta e pasma! – da existência de Deus, sendo que o professor Brentano, que as lê, é uma esplêndida pessoa, sábio e filósofo, embora ache necessário sustentar a diáfana existência de Deus com os seus pareceres” (FREUD, 1871-1881, p. 89). O trecho acima encontra-se na carta de 08 de novembro de 1874. Do que devemos apreender destas linhas, surge como conclusão mais patente a admiração por parte de Freud: Brentano é apresentado aqui como filósofo sábio e pessoa esplêndida, embora haja o “problema” referente à sua postura diante do Criador.

indefinido, como no debate que opôs Dilthey (que sustentava a psicologia como uma “ciência do espírito”) aos filósofos da escola de Baden (que lhe recusavam essa condição).

Ao longo do tempo, essa oscilação não foi um fator menor na fragmentação que afetou o campo da psicologia, no decorrer da qual ela se distribuiu por uma pluralidade de programas de investigação concorrentes, dos quais alguns se inclinavam mais pelo naturalismo (o funcionalismo, os diversos behaviorismos; mais recentemente, a psicologia cognitiva e a psicologia evolucionária), enquanto que outros se alinhavam de boa vontade com as humanidades (todo o elenco de psicologias humanistas e “fenomenológicas”, a psicologia cultural etc.) (SIMANKE, 2009). E é justamente nesse ponto que aos poucos a psiquiatria e a psicanálise foram se distanciando no que diz respeito ao diagnóstico e ao entendimento do ser humano existente para além de uma classificação.

A psicanálise freudiana apresenta-se como uma notável exceção, muito embora o desenvolvimento das correntes teóricas pós-freudianas tenha sido inevitavelmente afetado pelos mesmos dilemas da psicologia em geral, podendo encontrar-se aí tanto psicanálises antinaturalistas (o culturalismo norte-americano, a psicanálise existencial, a psicanálise lacaniana) quanto naturalistas (a psicologia do ego e, mais recentemente, a neuropsicanálise). Para Freud, ao contrário, a afinidade entre a psicanálise e as ciências da natureza pareceu evidente e acima de qualquer dúvida. No entanto, certas consequências usualmente associadas a essa posição não pareceram ter sido igualmente assumidas por Freud, e seus esforços de teorização enveredaram muito cedo por áreas tradicionalmente reservadas à história, à estética, à política e às ciências da cultura em geral (o contrato e o laço social, a arte e a religião e, em menor escala, a educação e o trabalho). É essa singularidade que a torna epistemologicamente interessante.

[...] Freud entendeu a arte como sublimação, um dos destinos possíveis dos impulsos ou instintos; abordou o surgimento da cultura mediante uma elaboração especulativa construída a partir de uma hipótese darwinista sobre a organização social primitiva dos hominídeos; aproximou religião e neurose obsessiva, estendendo à primeira o modelo explicativo da segunda; desenvolveu uma abordagem original da sociabilidade, explicando o laço social como resultado de uma transformação das escolhas libidinais em um sistema complexo de identificações cruzadas dos membros do grupo entre si e com seus líderes (SIMANKE, 2009, p.226).

Cabe retomar que, a psicanálise se desenvolveu, inicialmente, como uma psicopatologia intermediária entre o consenso germânico de que as grandes síndromes eram resultado da intrusão de um *processo mórbido* (melancolia, paranoia, esquizofrenia), contra o qual a personalidade reagia, de maneira a compensar e se adaptar à “doença”, e a concepção francesa de que a patologia nada mais era do que a evolução de uma personalidade mórbida (paranoica, esquizofrênica, histérica etc.) (CAMPOS, 2009).

Para a psicanálise, pelo menos se nos concentrarmos em Freud, o campo do patológico é formado basicamente por duas hipóteses. A primeira considera um objeto intrusivo, como a sexualidade ou o trauma, ao qual a personalidade reage gerando sintomas. Já na segunda hipótese a patologia é resultado de uma desregulação interna ao aparelho psíquico, na qual certas disposições, fixações ou organizações pulsionais, que constituem o sujeito, diante de conflitos concorrem para a produção de respostas defensivas, causando sintomas positivos e negativos.

Ou seja, a leitura corrente da estrutura da personalidade, em muito incentivada pelo diagnóstico psiquiátrico presente nos manuais de classificação, como essência que se exterioriza em sintomas, reduz o dualismo etiológico da psicanálise, manifesto no relato de sintomas, a apenas duas narrativas: a da

intrusão de um objeto mórbido (defesa do eu contra a angústia) e a desregulação interna do espírito (transtornos no desenvolvimento do eu).

O ganho representado pela noção de estrutura da personalidade, assim caracterizada, permite unificar os sintomas, conferindo-lhes a consistência como ordem e distinção como função, segundo uma causa comum. Diante disso, as classes de personalidade e os tipos de sintomas podem ser relacionados de forma regular e coerente. No entanto, a introdução dessa noção obscurece a verificação da diferença entre o caráter nominalista e o caráter realista do diagnóstico. Ou seja, a partir disso não é mais possível separar o que seria recognoscível como realidade do fenômeno patológico por qualquer clínico, seja ele psicanalista ou não, e o que depende da maneira como nomeamos um conjunto de signos clínicos agrupando de modo causal e coerente seu ordenamento e apresentação no contexto de um consenso teórico.

Freud (1920/1987) muito bem considerou que:

Não nos interessa indagar até onde, com a hipótese do princípio de prazer, abordamos qualquer sistema filosófico específico, historicamente estabelecido. Chegamos a essas suposições especulativas numa tentativa de descrever e explicar os fatos da observação diária em nosso campo de estudo. A prioridade e a originalidade não se encontram entre os objetivos que o trabalho psicanalítico estabelece para si, e as impressões subjacentes à hipótese do princípio de prazer são tão evidentes, que dificilmente podem ser desprezadas (p.17).

Para Freud a psicanálise sempre foi uma ciência, mesmo que tal concepção tenha se mostrado confusa desde seus primórdios. Ricoeur (1970) destaca a existência de uma contradição inicial entre a natureza das investigações freudianas e os parâmetros da ciência do contexto histórico em que se inseria. Entretanto, as convicções fundamentais de Freud não o sustentaram na adesão dos preceitos científicos positivistas da época. Milner (1996) destaca que, para Freud,

a ciência permanece na condição de um ideal de ciência que serviria de norte para o desenvolvimento da psicanálise sem que ela, necessariamente, precisasse aderir aos parâmetros científicos até então estabelecidos.

Freud, em seu *Projeto de uma psicologia científica* explicitou a intenção em aderir aos parâmetros das ciências naturais, “isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição” (FREUD, 1950/1987, p. 347). Podemos encontrar, dispersas ao longo de todo o percurso de sua obra, afirmações bastante taxativas e inequívocas de que a psicologia e, dentro dela, a psicanálise deveriam, em última instância, encontrar seu fundamento na neurologia e na biologia. Os modelos exclusivamente psicológicos para a explicação do mental – a cujo conjunto Freud denominou *metapsicologia* – deveriam ser, assim, considerados como construções provisórias, à espera que o avanço do conhecimento sobre o cérebro e o sistema nervoso tornasse possível sua substituição por uma teoria mais definitiva e mais próxima da realidade que se trata de conhecer (FREUD, 1913/1987, p. 179; 1914a/1987, p. 78; 1915/1987, p. 175; 1920/1987, p. 60).

A princípio, a partir destas considerações, é importante perceber que durante algum tempo a psicanálise colaborou com a psiquiatria na construção de um corpo teórico sobre o diagnóstico o que as aproximou na tentativa de lidar com as agruras dos sujeitos. Entretanto, na medida em que o diagnóstico passou a vislumbrar classificações padronizadas, psiquiatria e psicanálise foram divergindo do ponto de vista ontológico e epistemológico. Nesse processo a psicanálise teve seu estatuto de ciência questionado por não possuir fundamentos passíveis de comprovação pela neurologia e biologia (BAREMBLITT, 1978; BURKLE, 2009).

Entretanto, já desde a apresentação de os primeiros relatos de sua prática em *Estudos sobre histeria* (FREUD, 1893-1895) já percebera que sua ciência precisava de parâmetros e definições condizentes com a nova realidade, já que a psicanálise não se assemelhava em quase nada com as práticas científicas da época.

O tratamento da histeria pela hipnose e o posterior estabelecimento da etiologia sexual das neuroses - afecções da alma infensas à terapêutica médica tradicional - conduziram ao ponto de viragem da nascente teoria freudiana. A técnica da hipnose foi sem dúvida um avanço para a época e, embora encarada com reserva no meio médico, ela ocupava com vantagem o lugar das abordagens pretensamente científicas do passado, baseadas na morfologia anatômica - como, por exemplo, a frenologia ou cranioscopia de Franz Joseph Gall (1758-1828) (RAFAELLI, 2006).

Enquanto os médicos de sua época buscavam encontrar as causas materiais das enfermidades por meio da análise experimental e empírica do corpo, Freud e Breuer foram à contramão, rumo a uma clínica psicoterápica que rendeu resultados importantes no entendimento de determinadas doenças nervosas (JONES, 1953/1989). Para Freud, estavam diante de um objeto diferente daquele originalmente reconhecido pelas ciências naturais de seu tempo:

[...] A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, [...] me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção. Os casos clínicos dessa natureza devem ser julgados como psiquiátricos; entretanto, possuem uma vantagem sobre estes últimos, a saber: uma ligação íntima entre a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença[...] (FREUD, 1896, p. 183).

Como então as acepções freudianas serviram de suporte para os primeiros DSMs e ao longo das novas revisões foram se afastando? Lembremos que o empréstimo dos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica à classificação norte americana das doenças mentais serviu à medida em que o DSM buscava estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos (DUNKER, 2014). Contudo, a cada nova revisão do DSM o significado desses conceitos foram se modificando distanciando-se assim, da forma de “tratamento” ao qual a psicanálise se servia (BURKLE, 2009; CAMPOS, 2009).

Freud já começou a identificar que algumas doenças nervosas eram, possivelmente, causadas pelas experiências de vida dos pacientes, o que de certo modo o deixava desconcertado, por destoar das práticas médicas dos cientistas naturais. Entretanto, nem mesmo suas dúvidas eram capazes de abalar a convicção que tinha sobre a necessidade de fazer da psicanálise uma legítima ciência, por mais absurdo que parecesse.

Importante destacar que as preocupações de Freud com a história dos sofrimentos do paciente e os sintomas de sua doença vão ao encontro com às que a psicanálise, de modo geral, apresenta ainda hoje no que diz respeito à exclusão da neurose como categoria diagnóstica nos DSMs. Mas o problema crucial que se perde de vista com isso é que os diferentes sintomas de um sujeito exprimem e se articulam em uma narrativa de sofrimento. Eles se embaralham com a história de vida das pessoas, com seus amores e decepções, com suas carreiras e mudanças, com seus estilos e escolhas de vida, com suas perdas e ganhos.

O primeiro elemento a ser considerado no desenvolvimento das ideias de Freud a esse respeito foi o contato que teve com o caso “Anna O.” – cognome de Bertha Pappenheim (1860-1936) – paciente de Josef Breuer (1842-1925), caso clínico depois descrito nos *Estudos Sobre a Histeria (Studien über Hysterie)*, que

ambos redigiram em 1895. Atendida por Breuer entre 1880 e 1882, o relato de seu caso impressionou muito a Freud – um “teatro erótico” -, e chegou a comentá-lo com Jean Martin Charcot (1825-1893) por ocasião do seu estágio no hospital Salpêtrière. Breuer nunca veio a aceitar as teses de Freud sobre a etiologia sexual das neuroses, o que acabou por conduzir ao esfriamento da ligação entre os dois (GAY, 1989, p.77-79; JONES, 1953/1989, p.233).

Por ocasião de sua estada em Paris em 1885-1886 ocorreu uma mudança decisiva na perspectiva estritamente fisiológica de Freud, quando ele frequentava as aulas de Charcot e posteriormente traduziu para o alemão duas de suas obras: 9 Conferências Sobre as Doenças do Sistema Nervoso Realizadas na Salpêtrière (*Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*) e Conferências das Terças-Feiras na Salpêtrière (*Leçons du mardi à la Salpêtrière*) (RAFAELLI, 2006).

Um curioso trecho do livro *A História do Movimento Psicanalítico* (*Zur Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung*) nos mostra essa transição:

Charcot de súbito irrompeu com grande animação: "Mais, dans des cas pareils, c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours...toujours", e cruzou os braços sobre o estômago, abraçando-se a si mesmo e pulando para cima e para baixo na ponta dos pés várias vezes com a animação que lhe era característica. Sei que por um momento fiquei quase paralisado de assombro e disse para mim mesmo: "mas se ele sabe disso, por que não diz nunca"? Mas a impressão logo foi esquecida; a anatomia do cérebro e a indução experimental de paralisias histéricas absorviam todo o meu interesse (FREUD, 1914b/1987, p. 24).

Com Charcot, Freud passou da neurologia à psicopatologia (JONES, 1953/1989, p. 193; GAY, 1989, p. 61), embora tenha afirmado no necrológico dedicado a Charcot – escrito em agosto de 1893 - que “a abordagem

exclusivamente nosográfica adotada pela escola do Salpêtrière não foi suficiente para um assunto puramente psicológico” (FREUD, 1893/1987, p. 30).

Importante perceber que a psicanálise se propôs desde o início a repensar seus pressupostos no intuito de promover avanços ao seu arcabouço teórico e prático. Entretanto, diferentemente do diagnóstico psiquiátrico proposto pelos manuais diagnósticos, o sentido e o significado dos conceitos não colocaram o sujeito numa posição passiva, mas ao contrário, como protagonista de um processo de cura, se é que a psicanálise utiliza-se desse termo, passível de ser efetivado apenas pelo próprio sujeito e não por meio de medicamento ou qualquer tipo de tratamento padronizado.

Ao se referir à ênfase na nosografia, isto é, na descrição das psicopatologias, como uma limitação do trabalho de seu mentor parisiense, Freud parece propugnar por uma abordagem compreensiva que dê conta da complexidade do fenômeno psíquico.

Dunker e Kyrillos Neto (2011) ressaltam que o próprio termo psicopatologia é carregado de ambiguidades. Trata-se de uma terminologia fortemente associada às raízes psiquiátricas. Tal termo 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 bastante genérica, a psicopatologia pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos acerca do adoecimento mental do ser humano.

Em 21 de abril de 1896, Freud proferiu uma conferência na Sociedade de Psiquiatria (*Psychiatrischer Verein*) em Viena, e pela primeira vez postulou a etiologia sexual da histeria: “qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual” (FREUD, 1896/1987, p.185). A descoberta da

etiologia sexual das neuroses levou Freud a propor inicialmente a “teoria da sedução generalizada” – um “erro quase fatal”, dirá ele mais tarde -, na qual é o adulto que opera ativamente a sedução, depois substituída pela formulação edipiana, que enfatiza a fantasia infantil (LAPLANCHE, 1988, p. 109-113).

Em carta a Fliess, de 21 de setembro de 1897 (Carta 69), Freud declara: “Não acredito mais na minha neurótica [teoria das neuroses]. (...) O pai, sem excluir o meu, tinha que ser acusado de pervertido. (...) Certamente, essas perversões tão generalizadas contra as crianças não sejam muito prováveis” (MASSON, 1986, p. 265). Em carta posterior, de 15 de outubro do mesmo ano (Carta 71), Freud levanta, pela primeira vez, a questão edipiana: “Descobri, também em meu próprio caso, [o fenômeno de] me apaixonar por mamãe e ter ciúme de papai, e agora o considero um fenômeno universal do início da infância. (...) Se assim for, podemos entender o poder de atração do Oedipus Rex” (MASSON, 1986, p. 273).

Freud, e a psicanálise de modo geral, vem alertar para o fato de que o sujeito precisa estar implicado na relação sintoma/sofrimento e a classificação diagnóstica pela psiquiatria vem oferecer aos sujeitos uma classificação que lhe tira dessa responsabilidade e lhe oferece para todo e qualquer sintoma ou doença uma explicação de cunho biológico e social.

Freud retoma o tema do Édipo Rei em *A Interpretação dos Sonhos (Die Traumdeutung)* e, com o avanço de suas ideias, a questão edipiana passa a ser o ponto central de sua doutrina. Inicia-se, assim, a gestação do primado da sexualidade, central em sua obra, cuja demonstração teórica mais acabada se produz nos *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade (Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie)* de 1905, com a explanação do desenvolvimento psicosexual infantil. A premissa da sexualidade infantil irá atrair críticas acérrimas: “Poucos

dos achados da psicanálise tiveram tanta contestação universal ou despertaram tamanha explosão de indignação [...]” (FREUD, 1925/1987, p.47).

Mais tarde, Freud retoma algumas questões pontuando o equívoco das concepções positivistas no tratamento psíquico:

Naturalmente, essa falta de compreensão afetava também bastante o tratamento desses estados patológicos. Em geral, ele consistia em medidas destinadas a ‘endurecer’ o paciente — na prescrição de remédios e em tentativas, na maioria muito mal imaginadas e executadas de maneira inamistosa, de aplicar-lhe influências mentais por meio de ameaças, zombarias e advertências, e exortando-o a decidir-se a ‘conter-se’. O tratamento elétrico era fornecido como sendo uma cura específica para estados nervosos; porém, todo aquele que se tenha esforçado por cumprir as instruções pormenorizadas de Erb [1882], tem de maravilhar-se com o espaço que a fantasia pode ocupar mesmo naquilo que professa ser uma ciência exata (FREUD, 1924/1987, p. 215).

Mais uma vez, a fim de que entendamos o problema de pesquisa aqui proposto, a saber, os pontos de articulação e afastamento entre a psicanálise, a psiquiatria e, como consequência os manuais diagnósticos, é importante retornar ao início dos questionamentos freudianos sobre a validade de sua ciência, por se tratar de algo novo, era preciso revisar as concepções por Freud já construídas e construir novas hipóteses que condissessem com o material clínico tendo assim, validade em sua eficácia clínica.

Aliás, cabe um parênteses: o erro e o estatuto à ele concedido tem singular importância na compreensão da epistemologia freudiana, basta que atentemos para algumas peculiaridades dessa teoria do conhecimento como, por exemplo, a dúvida que paira sobre a fala e o comportamento manifesto para além da consciência (GUIMARÃES; MAESTRO FILHO, 2013,).

[...] enquanto o erro em Freud é co-substancial e inerente ao próprio funcionamento cognitivo do espírito, [...] as outras teorias

do conhecimento consideram o erro como uma interferência exterior que distorce o aparelho cognitivo intrinsecamente competente para conhecer a verdade [...] o trabalho crítico da psicanálise não elimina deficiências acidentais, pelo contrário, as omissões e as alterações que ela suprime possuem um peso valorativo, pois se deve considerar que os conjuntos simbólicos estão adulterados por influências internas (p. 86).

Considerando que em sua época predominava a busca dos determinantes materiais das manifestações psicopatológicas, Freud (1893/1987) teve de reconhecer que tais ideias científicas não produziam resultados clínicos satisfatórios. Tal ideia parte do pressuposto básico estabelecido por Freud sobre os fenômenos da histeria que se mostravam totalmente inabordáveis pela via da fisiologia.

De fato, Charcot era infatigável na defesa dos direitos do trabalho puramente clínico, que consiste em observar e ordenar as coisas, contrariando as usurpações da medicina teórica. Em certa ocasião, éramos um pequeno grupo de estudantes estrangeiros que, educados na tradição da fisiologia acadêmica alemã, esgotávamos sua paciência com nossas dúvidas quanto às suas inovações clínicas. “Mas isso não pode ser verdade”, objetou um de nós, “pois contradiz a teoria de Young-Helmholtz” (FREUD, 1893/1987, p. 23).

Assim, desde Freud já é possível entender que a proposta da psicanálise não foi estipular um padrão clínico e adotá-lo para todo e qualquer tipo de sujeito que estivesse à sua frente. Ao contrário, propõe que o que deve nortear os caminhos para um possível tratamento, na prática, é o sentido atribuído por cada sujeito.

A despeito da construção de sua ciência, Freud (1896/1987) tem no discurso do paciente seu principal material de trabalho o qual necessitava, com a técnica analítica, ser organizado. Freud passou então a preocupar-se em estabelecer um método científico adequado ao seu objeto de estudo.

Os senhores não de admitir prontamente que seria bom dispormos de um segundo método de chegar à etiologia da histeria, um método em que nos sentíssemos menos dependentes das asserções dos próprios pacientes. [...] Também na histeria existe uma possibilidade similar de penetrarmos, a partir dos sintomas, no conhecimento de suas causas (FREUD, 1896/1987, p.189).

Freud (1919/1987) considerava importante e coerente que a psicanálise buscasse nas outras ciências subsídios para a construção de hipóteses que fossem adequadas aos seus próprios propósitos. Entretanto essa busca não deveria significar um engessamento da psicanálise à ciência positivista enquanto objetivando o conhecimento da realidade física, como tem proposto a psiquiatria com seus manuais diagnósticos. O marco principal desse distanciamento entre a psicanálise e a ciência oficial pode ser encontrado no posterior reconhecimento por Freud da importância dos sonhos:

A pesquisa médica explica os sonhos como sendo fenômenos puramente somáticos, sem sentido ou significação, e considera-os como a reação de um órgão mental, mergulhado em estado de sono, aos estímulos físicos que o mantêm parcialmente desperto. A psicanálise eleva a condição dos sonhos à de atos psíquicos possuidores de sentido e intenção e com um lugar na vida mental do indivíduo, apesar de sua estranheza, incoerência e absurdo (FREUD, 1919/1987, p. 172).

Para Freud, à Psicanálise bastava que sua validade fosse comprovada na clínica e conclui que “[...] os sonhos realmente têm um sentido e que é possível ter-se um método científico para interpretá-los” (FREUD, 1900/1987, p. 135). Não se trata de uma realidade da ordem física, mas daquilo que veio a chamar de aparelho psíquico.

Como já mencionado anteriormente, a capacidade de reorganização e modificação dos conceitos por ele construídos, é característica marcante de Freud (1909/1987) que alertara que todas as construções teóricas e conceituais

formuladas com base em sua experiência deveriam estar disponíveis para serem modificados considerando as necessidades e os novos achados psicanalíticos. Tanto é verdade, que as criações freudianas sobre o aparelho psíquico fora apresentada em tópicos, nas quais foram sendo acrescentados novos conhecimentos não excludentes, mas complementares a serviço da clínica.

Além dessas concepções cabe destacar que, para Freud (1909/1987), conforme se pode perceber na análise do *Pequeno Hans*, que a “psicanálise não é uma investigação científica imparcial, mas uma medida terapêutica” (FREUD, 1909/1987, p. 97). Assim, na psicanálise, diferentemente dos diagnósticos psiquiátricos apresentados pelos manuais, essa flexibilidade quanto à construção de novos instrumentos depende tanto dos achados clínicos quanto teóricos, envolvendo a compreensão e a modificação com vistas a fortalecer a própria ciência psicanalítica.

A epistemologia freudiana e suas manifestações, incorporadas na metapsicologia e na psicopatologia, aponta para novas possibilidades de pesquisa, na medida em que considera o erro no processo de construção de conhecimento. Ela rompe com os princípios da tradicional visão funcionalista e faz emergir uma nova forma de ciência (GUIMARÃES; MAESTRO FILHO, 2013, p. 88).

Para a psicanálise, é a experiência que cada indivíduo faz que determina sua eficácia como ciência. Psicanaliticamente não se concebe um padrão descritivo de ser humano, mas, sim, de regularidades em torno das quais se organiza a vida humana histórico-social, a partir de suas singularidades. Assim, não admite um conhecimento pronto, fechado e definitivo da realidade, mas busca no empiricismo as condições necessárias para definir-se como ciência. Para Freud “o avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições” (FREUD, 1915/1987, p. 123).

Dessa forma interessa-se pelo papel que a psicanálise pode assumir no contexto contemporâneo da psicopatologia, numa tentativa de situar o discurso psicanalítico no contexto atual de uma hegemonia do DSM no campo psiquiátrico, escapando ao ponto de vista mais intuitivo que a relação de externalidade atual faz presumir.

**3 REVOLUÇÃO TERMINOLÓGICA: CLASSIFICANDO O  
SOFRIMENTO**

---

Ao analisar as cinco versões deste manual, dando ênfase às características e critérios diagnósticos, produzidas até hoje, e tomando como ponto de partida o problema de pesquisa estabelecido, busca-se, mais do que meramente tecer críticas à psiquiatria a partir da psicanálise, mas apresentar as relações estabelecidas entre a psicanálise e a diagnóstica psiquiátrica considerando as transformações internas à psicanálise bem como o modo pela qual se deu sua recepção e disseminação extraído dos modelos psicopatológicos suas pressuposições antropológicas tanto da psiquiatria quanto da psicanálise. Trata-se de uma tentativa de examinar as possibilidades de articulação entre essas duas disciplinas, tomando como ponto de partida a proliferação dos termos utilizados e das categorias diagnósticas a cada revisão do DSM.

O procedimento metodológico foi feito por meio da organização dos diagnósticos em tabelas, comparando-os de uma versão do DSM para a outra. As tabelas organizaram os diagnósticos em campos de relação, ou seja, selecionava-se um diagnóstico de uma versão e alinhava o mesmo diagnóstico da outra versão, considerando as características modificadas/mantidas que apresentassem. A escolha dos diagnósticos se deu a partir da descrição dos conceitos psicanalíticos e categorias que inicialmente faziam parte do primeiro DSM, ou seja, foram elucidados e comparados os principais aspectos que sofreram modificação nas revisões do manual e que tiveram influência na forma como psicanálise e psiquiátrico se articularam ao longo do tempo, conforme discutido nos capítulos anteriores. A partir dessas comparações nas tabelas, se partiu para a análise desse material. A análise foi direcionada pelo problema da pesquisa: quais os pontos de articulação e afastamento da psicanálise com a psiquiatria para pensar o diagnóstico na atualidade?

Como já mencionado anteriormente – ao discutir a psicanálise, seu estatuto de ciência e sua relação com os DSMs – em 1840 (DUNKER, 2014), com o censo, tivemos, nos EUA, a primeira tentativa de categorização, em idiotice ou insanidade, das formas de sofrimento que precederam o desenvolvimento da classificação dos transtornos mentais. Este censo objetivava, sobretudo, recolher informações estatísticas. O próximo censo, em 1880, alargou o campo de classificação, trazendo então novas categorias em que incluía a mania, a melancolia, a monomania, a paralisia, a demência e o alcoolismo.

Em 1952, temos o surgimento do primeiro DSM que buscava o estabelecimento de um consenso terminológico entre os clínicos, não existindo, portanto, ainda, uma separação entre o que se considerava normal e patológico (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Dunker (2014) descreve que, na análise desse início dos DSMs, é importante entender sobre as incidências do conceito estrutural de personalidade de modo a indicar como é a aceção funcional-psicológica de estrutura que se impôs à aceção metapsicológica-metodológica do conceito. Talvez seja por isso que Lacan (1932/1988) condiciona assim, desde o início de sua obra, a teoria da personalidade à análise dos sintomas.

A psicose paranoica, que parece transtornar a personalidade, prende-se a seu próprio desenvolvimento e, nesse caso, a uma anomalia constitucional, ou a deformações reacionais? Ou será a psicose uma doença autônoma que remaneja a personalidade? [...] Para a solução desse problema, o estado atual da ciência não nos oferece nenhuma outra via a não ser a análise dos sintomas clínicos (p. 353).

Assim, o entendimento sobre a estrutura da personalidade, como essência que se externaliza em sintomas, reduz o dualismo etiológico da psicanálise à defesa do eu contra a angústia e aos transtornos do desenvolvimento do eu. A

noção de estrutura de personalidade possibilita a unificação dos sintomas e diante disso, as classes de personalidade e os tipos de sintomas podem ser relacionados de forma regular e coerente.

Já em 1968, em sua segunda versão, o DSM amplia a classificação existente abrangendo 180 distúrbios e continua a ressaltar a oposição entre psicose e neurose sob a ótica da psicodinâmica psiquiátrica (APA, 1968).

As neuroses, em contraste com as psicoses, não manifestam distorção ou má interpretação da realidade externa, nem desorganização bruta da personalidade [...]. Tradicionalmente, os pacientes neuróticos, mesmo que severamente prejudicados pelos seus sintomas, não são classificados como psicótico, porque eles estão cientes de que seu funcionamento mental é perturbado.<sup>7</sup>

A segunda versão do DSM recebeu críticas, principalmente por trazer implícito um cientificismo ideológico no qual as contradições sociais e o controle de resistências receberiam o apoio psiquiátrico como é possível perceber, ao retomar as considerações de Dunker e Kyrillos Neto (2011):

[...] o DSM-II atrai a ira dos críticos que nele reconhecem uma síntese do compromisso entre a psiquiatria mais normativa e a psicanálise mais retrógrada. A associação entre histeria e feminilidade ou homossexualidade e perversão é exemplo de que o manual representaria a realização institucional referendada pelo Estado e articulada aos seus dispositivos educacionais, jurídicos e de pesquisa para repressão política. A individualização e patologização de contradições sociais, a segregação de minorias e o controle e neutralização de resistências encontrariam, assim, um referendo psiquiátrico-psicanalítico (p. 614).

Destacou-se, dentre os protestos, aqueles relacionados à homossexualidade. Ativistas invadiram o congresso da APA e protestaram contra alguns trabalhos apresentados que classificavam o comportamento homossexual como patológico (PEREIRA, 2000). Nesta segunda versão, a homossexualidade já não apresentou-

---

<sup>7</sup> Traduzido pela autora.

se como uma categoria de desordem, já que o “diagnóstico” fora substituído pela categoria de “distúrbio de orientação sexual” posteriormente denominado “transtorno de identidade de gênero” (PEREIRA, 2000).

Tais discussões perduraram por anos até que em 1973 a APA aceitou o princípio de que a homossexualidade não poderia ser considerada como patológica em si mesma. Surgiu, desse modo, a categoria “homossexualidade egodistônica” que reuniria os indivíduos que enfrentam conflitivamente sua homossexualidade e que, eventualmente, gostaria de se ver livres dessa condição. Ao que parece, trata-se de um movimento ainda atual.

Em 1974 fora realizada nova revisão do DSM com a finalidade de equipará-lo à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico. Contudo, não se pode perder de vista que também buscou-se, com a revisão, “oferecer uma nomenclatura para clínicos e pesquisadores” (APA, 2002, p. 23).

Com isso, a psicodinâmica e a fisiologia foram sendo deixadas de lado em favor de modelos legislativos e regulamentares. Essa revisão introduziu “critérios explícitos de diagnóstico, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo” (APA, 2002, p.23). As desordens mentais passaram a ser concebidas como síndromes clinicamente significativas, comportamentais ou psicológicas e novas categorias de desordens foram introduzidas. Mas as controvérsias (DUNKER, 2014) em relação ao conceito de neurose perduraram chegando até mesmo a colocar em risco a aprovação da terceira versão do Manual caso o termo neurose não fosse incluso em alguma incapacidade.

No DSM-III, por volta de 1980, a neurose foi empregada como categoria clínica. Os contextos e variantes sociais foram reduzidos a “síndromes culturais específicas” ou distribuídos por um entendimento bastante limitado do campo

social na determinação, expressão e caracterização dos transtornos mentais. O Manual torna-se uma referência internacional aceita na maior parte dos países do Ocidente e passa a ser utilizado massivamente pelos sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica (MAYES; HORWITZ, 2005).

Apenas nessa terceira versão do Manual, como fruto do sistema de avaliação multiaxial, os critérios diagnósticos foram organizados segundo cinco eixos: (1) transtornos clínicos, (2) transtornos de personalidade, (3) condições médicas gerais, (4) problemas psicossociais e ambientais e (5) avaliação global do funcionamento (APA, 1980). Essa organização perdurou até a revisão da quarta edição, sendo eliminada na versão mais recente de 2014.

Desse modo interessa-nos o papel que a psicanálise pode assumir frente à psicopatologia, principalmente, no que diz respeito ao discurso hegemônico do DSM na psiquiatria, já que mesmo diante de movimentos contundentes, como a reforma psiquiátrica, por exemplo, tal manual é empregado como pretexto para se alcançar uma língua comum. Ora, mas este movimento não pressupõe um trabalho integrativo das diferentes áreas da saúde mental? Como é que as discussões diagnósticas e o tratamento se efetivarão colaborativamente se o DSM pressupõe um único padrão que, por sua vez, pode contradizer a atuação de tais áreas, como é o caso da psicanálise?

Para a psicanálise não resta dúvidas de que essa base comum, além de homogeneizar, silencia as sadias controvérsias entre a psicanálise e a psiquiatria. O DSM, como figura histórica de compromisso, é o sintoma maior da supressão individual dos múltiplos discursos sobre o mal-estar, sobre o sofrimento e sobre o sintoma (DUNKER, 2014).

No DSM-II as psiconeuroses eram definidas pelos mecanismos de defesa (deslocamento, conversão, depressão) e pela “ansiedade” (APA, 1968, p.39) o que mais adiante, no DSM-V é abordado sob novas denominações em substituição à neurose, a saber, os “transtornos de ansiedade” (APA, 2014, p. 190), os “transtornos depressivos” (APA, 2014, p. 155), os “sintomas somáticos” (APA, 2014, p. 309) e os “transtornos obsessivo-compulsivos” (APA, 2014, p. 235). Além dessas categorias nessa mais recente versão do DSM ainda é possível encontrar os “transtornos de trauma-estresse e dissociação” (APA, 2014, p. 265), os “transtornos que inibem ou exageram funções” (alimentação, sono, excreção, sexualidade) e as “disforias de gênero” (APA, 2014, p. 451). São essas as sete categorias a base da tríade diagnóstica (formada por angústia, sintomas e inibições neuróticas) classicamente descrita pela psicanálise.

Entretanto, a concepção psicanalítica da neurose, ainda está presente nas considerações psiquiátricas do DSM-V fato esse observável quando analisamos que tanto a depressão – anteriormente um subtipo da categoria dos transtornos de humor – quanto a ansiedade são apresentadas como situações de alta comorbidade, sendo raro encontrar indivíduos apenas com um desses dois diagnósticos, como é possível perceber no alerta dado pelo próprio manual em seu prefácio:

Embora o DSM-V continue sendo uma classificação categórica de transtornos individuais, reconhecemos que transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno. Alguns domínios de sintomas, como depressão e ansiedade, envolvem múltiplas categorias diagnósticas e podem refletir vulnerabilidades subjacentes comuns a um grupo maior de transtornos (APA, 2014, XI).

Quando se coloca em discussão a epidemia mundial de ansiedade e depressão e do crescimento dos transtornos mentais de modo geral (BENETTI, 1998), é preciso observar que não consta no DSM a possível relação indutora

entre os sintomas: inicialmente um período de ansiedade, depois, depressão e por fim a emergência de uma ideia obsessiva, fobia ou conversão, com posterior ansiedade. Freud, entretanto já mencionava quadros únicos que englobavam períodos de angústia, crises narcísicas e formação de sintomas.

A clássica neurose histérica em Freud, por exemplo, explica, com base em uma única hipótese, as regras de formação para a existência da variedade de sintomas diferentes em um mesmo caso. Dunker (2014) faz importante explicação: “um paciente como o ‘Homem dos Ratos’, atendido por Freud em 1907, receberia hoje, facilmente, sete ou oito diagnósticos sobrepostos, em vez da única e genérica neurose obsessiva” (p. 93).

Para a psicanálise, a questão mais importante é que ao excluir a neurose como categoria diagnóstica, excluem-se também os mais diversos sintomas que um indivíduo exprime e que se articulam numa narrativa de sofrimento. Eles se embaralham com a história de vida das pessoas, com seus amores e decepções, com suas carreiras e mudanças, com seus estilos e escolhas de vida, com suas perdas e ganhos. Jaspers (1913-1987) já alertava que a história da doença se confunde com a história do doente, sob o qual esta age e reage.

A categoria dos transtornos de personalidade ainda é a que mais levanta questionamentos do ponto de vista psicanalítico. Tais transtornos compreendem as formas subclínicas de sofrimento, ficando difícil delimitar o espaço do sintoma e do eu. Na versão mais atual do DSM, a quinta, esses transtornos foram organizados em três grupos, a saber: grupo A – “personalidade paranoide”, “esquizoide” e “esquizotípica” (APA, 2014, p.649; p.652; p.655), grupo B – “personalidade antissocial”, “borderline”, “histriônica” e “narcísica” (APA, 2014, p.659; p.663; p.667; p.669) e grupo C – “personalidade evitativa”, “dependente” e

“obsessivo-compulsiva” (APA, 2014, p.672, p.675, p.678). Segundo o Manual, tais agrupamentos não foram consistentemente validados (APA, 2014):

Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O Grupo A inclui os transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. Indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem esquisitos ou excêntricos. O Grupo B inclui os transtornos da personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista. Indivíduos com esses transtornos costumam parecer dramáticos, emotivos ou erráticos. O Grupo C inclui os transtornos da personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses transtornos com frequência parecem ansiosos ou medrosos. Deve-se observar que esse sistema de agrupamento, embora útil em algumas pesquisas e situações educacionais, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado (p. 646).

Para a psicanálise esse modo de classificação leva à dissociação entre sintoma e suas formas de vida correlatas o que, invariavelmente, nos aponta para a suficiência integrativa da definição psicanalítica clássica de neurose que explica, ao menos em tese, tanto a formação de sintomas quanto a economia narcísica, ou as transformações e identificações da personalidade, que lhe são correlatas (CAMPOS, 2009).

Ao excluir as relações entre o funcionamento psíquico e os sintomas, o modelo diagnóstico adotado pelos manuais desincumbe-se de fazer apreciações sobre a personalidade do indivíduo. Para Dunker (2014) isso tem trazido um efeito dramático, estranho e intimidador para os clínicos, que relatam frequentemente que não lhe é dada, nas contingências reais de sua prática, a possibilidade de escutar histórias de vida de seus pacientes, restringindo-se à anamnese, ao relato sobre o sintoma.

Interessante mencionar que ao final das edições do DSM, reserva-se um espaço para as chamadas síndromes culturais específicas como, por exemplo, o

Amok (na Malásia) ou o Susto (na América Central). O DSM-V, contudo, traz uma lista de “outras condições que podem focar a atenção clínica”, a saber: problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de sem domicílio, problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário, discriminação social, problemas religiosos e espirituais, exposição a desastres, exposição a terrorismo e terminando pela “não aderência ao tratamento médico” (APA, 2014, p. 715).

Tais patologias, entretanto, denotam os efeitos da exclusão da noção de sofrimento, acrescidos agora da dispersão gerada pela recusa incondicional em pensar os sintomas no quadro de uma forma de vida, como unidade entre trabalho, desejo e linguagem. Tratam-se de patologias sociais. Preocupante é o fato de que os Manuais, mesmo apresentando tantas hipóteses e categorias diagnósticas, não oferecem nem se quer pistas sobre até onde vai o transtorno e onde começa a vida real de responsabilidade do sujeito. Com isso o sujeito é levado à uma posição passiva, à espera de um diagnóstico e um medicamento para resolver sua doença. Reencontramos aqui o princípio que conferia, na excluída categoria psicanalítica de neurose, a unidade entre forma de vida e patologia social, entre sofrimento e dialética do reconhecimento, entre expressão do mal-estar e a forma etiológica de sua produção.

Em 1994, a quarta revisão do DSM passa a apresentar 297 desordens. A grande modificação em relação às versões anteriores se deu a partir da inclusão de um critério de significância clínica para praticamente metade das categorias, que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

O DSM-IV distingue cinco eixos relativos aos diferentes aspectos da patologia: I) distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, bem como desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem; II) retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental; III) situações clínicas agudas e doenças físicas; IV) fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem; V) avaliação global de funcionamento (APA, 2014, p. 66-72).

Críticas psicanalíticas surgiram: Benetti (1998) critica os Manuais por abdicarem do tratamento pela palavra e a soberania dos psicofármacos; Roudinesco (2000) aponta como efeito dos Manuais a separação da psicanálise da psiquiatria e de uma consequente exclusão da subjetividade.

Pois bem Goldberg (2009), um dos integrantes da comissão responsável pelas novas edições do DSM, diz de uma série de sintomas que possuem variações pequenas que distinguem um do outro e salienta que só é possível diagnosticar ignorando alguns sintomas e, portanto, seria melhor se os médicos apenas descrevessem os sintomas gerais que as pessoas apresentam no grupo de transtornos emocionais.

Jaspers (1913-1987) se vale da psicopatologia geral como uma disciplina estritamente fenomenológica. Ele não enfatiza a noção de entidade mórbida e passa a delimitar o campo da psicopatologia não mais como o da descrição de sinais e sintomas das diferentes patologias mentais, mas como o da busca de “intuições categoriais” oriundas do contato clínico com o doente mental, na esperança de poder traduzir a experiência efetivamente vivida (*Erlebnis*) pelo paciente em seu estado de padecimento psíquico. Em seu tratado *Psicopatologia geral* (JASPERS, 1913-1987), o autor afirma que o objeto da psicopatologia é o

fenômeno consciente e ressalta seu interesse em conhecer as realidades psíquicas e as condições e causas das quais dependem o nexos que estrutura as relações.

Dunker (2010) afirma que existe uma desarticulação entre história e estrutura na racionalidade diagnóstica atual. Basta perceber a oposição entre transtornos clínicos (eixo I) e de personalidade (eixo II), ou seja, enquanto o primeiro eixo descreve os sintomas da pessoa o outro descreve sua personalidade. Sobre isso, o DSM-V esclarece que:

A abordagem de indicar separadamente diagnósticos dos fatores psicossociais e contextuais também está em conformidade com a orientação da OMS e da CID de considerar o estado de funcionamento do indivíduo separadamente de seu diagnóstico ou do estado do sintoma. No DSM-5, o Eixo III foi combinado com os Eixos I e II [...] (APA, 2014, p. 16).

Assim, a psiquiatria almejada pelo DSM não pretende constituir-se como uma psicopatologia estrutural, pois as classes não são definidas por regras de formação e as ordens não se conectam com lógicas causais. Daí, temos diversas dificuldades classificatórias tais como a possibilidade de dois pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo não possuírem nenhum sintoma em comum.

Assim, é justamente preocupando-se com o fato de que cada indivíduo apresenta formas diferentes de sintomas e é responsável por dar um sentido à isso, que a psicanálise pode contribuir, na medida em que permite uma abordagem racional do subjetivo, do singular e dos aspectos irreduzíveis a grandes leis gerais sobre o sofrimento humano.

Dunker (2009) nos apresenta um argumento plausível sobre o uso exclusivo de medicamentos como forma de tratamento. Para ele, o sintoma exprime um

trabalho subjetivo. Além de um problema, exprime uma possível solução criada pelo paciente.

[...] medicamento só é eficaz porque realiza “por outras vias” um trabalho ou função que o organismo ou o sujeito pode fazer em condições normais. Ao introduzir o medicamento sem fornecer meios para que o sujeito recupere a possibilidade de realizar esse trabalho, produzimos uma espécie de “efeito colateral”, uma “atrofia” das já debilitadas funções psicológicas [...] (p. 59-60).

Sobre tal questão, recentemente Gonçalves e Pedro (2015) realizaram um estudo sobre a utilização de medicamentos para a melhora da performance cognitiva e do humor, tais como o metilfenidato e os antidepressivos. O metilfenidato tinha inicialmente sua indicação restrita ao tratamento de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Entretanto, atualmente tem seu uso estendido pessoas em idade adulta para fins de *enhancement*<sup>8</sup>, que tem repercutido na mídia através de notícias de “concurseiros” e executivos que fazem uso dessas substâncias para conseguir estudar ou trabalhar por mais horas (CONRAD, 2007).

Notícias veiculadas em 2014 sobre o aumento do consumo desse medicamento no Brasil mostram que em dez anos, a importação e a produção de metilfenidato cresceram 373% no Brasil. A maior disponibilidade do remédio no mercado nacional impulsionou um aumento de 775% no consumo da droga<sup>9</sup>.

Quanto às causas desse aumento, o psiquiatra Maurício Max considera que o aumento significativo do uso do medicamento mostra que há elevado número de diagnóstico, favorecido pelo estilo de vida moderno, pois as pessoas apresentavam

---

<sup>8</sup> Utilizamos o termo *enhancement technologies* ou apenas *enhancement* em inglês, pois o mesmo ainda não é traduzido para o português nas bibliografias levantadas. Para efeito deste trabalho utilizaremos em alguns momentos o termo aprimoramento da performance em substituição à *enhancement*.

<sup>9</sup> Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos. **Veja**, 2014. Seção Notícias Saúde. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/consumo-de-ritalina-no-brasil-cresce-775-em-dez-anos>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

sintomas parecidos ao do transtorno devido ao excesso de demanda à atenção. Já a psicóloga Simone Bampi, conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP-RS), afirma que o crescimento do uso desse medicamento preocupa, pois está relacionada com a “medicalização da educação”, dada a incidência de crianças e adolescentes sendo “excessivamente medicalizados” para aumentar o rendimento escolar e para se adequar aos padrões de produção e comportamento. Segundo ela, o fato de a criança não aprender ou não se comportar em sala de aula é relacionado a alguma doença, mas a simplificação de diagnóstico não permite refletir sobre o contexto no qual a criança está inserida.<sup>10</sup>

Aproximadamente 40 anos depois do surgimento dos primeiros antidepressivos, com o lançamento do Prozac – com menos efeitos colaterais e melhor tolerância - houve um aumento considerável na prescrição dos desses medicamentos, passando de 40 milhões em 1988 para 120 milhões dez anos depois (HENNA, 2007). Mais tarde, na década de 90, o grande investimento em propaganda na imprensa especializada e na mídia leiga dos EUA proclamou o Prozac como uma arma poderosa contra a depressão, mas também como a “pílula da personalidade”, a “droga milagrosa” e a “pílula da felicidade” (HENNA, 2007).

Segundo Gonçalves e Pedro (2015) atualmente, o aumento nas prescrições desses medicamentos, leva ao questionamento se este consumo está associado ao aumento de transtornos ou a questões próprias da vida que estão sendo medicalizadas.

Assim, encontramos a pertinência das boas descrições psiquiátricas e psicanalíticas que são elaboradas com vistas a estratégias de intervenção e transformação. Se fossem simplesmente o neutro reflexo das coisas como tais, não

---

<sup>10</sup> Entenda os motivos para o aumento de 800% no uso de Ritalina no país. **ZH Explica**, 2014. Disponível em: < <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/08/entenda-os-motivos-para-o-aumento-de-800-no-uso-de-ritalina-no-pais-4572982.html>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

seriam descrições de sujeitos. O diagnóstico em psicanálise além de ser estrutural é também sob transferência, o que exige do analista um trabalho de produzir certa fala que possa indicar algo da posição do sujeito na fantasia. Falamos de um endereçamento da fala, de uma ultrapassagem dos fenômenos que nos permite formular um diagnóstico como função terapêutica e concomitantemente nos afasta das caricaturas engendradas pelos manuais como padrões de sofrimento psíquico.

Diferentemente o diagnóstico psiquiátrico aos moldes do DSM apenas fornece uma categoria estaca para enquadramento dos sujeitos, uma compartimentação, onde o discurso do sujeito não produz sentido.

### **3.1 Revolução terminológica**

Até aqui as análises empreendidas possibilitaram entender o processo de construção do DSM e as críticas psicanalíticas dirigidas aos Manuais, a fim de identificar os pontos de articulação e afastamento da psicanálise com a psiquiatria para pensar o diagnóstico na atualidade. Para tanto, utilizou-se como base principal de pesquisa os manuais das cinco edições do DSM, bem como as críticas psicanalíticas presentes em Dunker (2014), Freud e Lacan (em suas mais diversas publicações) dentre outros que acresceram suas considerações às já apresentadas por esses estudiosos.

Assim, inicialmente ao tratar sobre a epistemologia da psicanálise, foi possível identificar os principais pontos que levaram ao afastamento da psiquiatria e da psicanálise no que diz respeito ao diagnóstico. Nesse percurso destaca-se o fato de até hoje a psicanálise ter seu estatuto de ciência questionado, o que, para os psicanalistas não representa empecilho para que continuem dando

sentido às suas práticas. A psicanálise vem colocar em questão o engessamento o diagnóstico psiquiátrico apresentados nos DSMs, o qual leva o sintoma a perder seu sentido no discurso do sujeito. Desse modo, daqui para frente o que se busca é apresentar as mudanças terminológicas do DSM e o quanto, sob a ótica da psicanálise, isso prejudica o diagnóstico.

A convivência amigável entre as vertentes morais da psiquiatria e sua vertente biológica<sup>11</sup> representada pela psicofarmacologia vai encontrar seus limites no decorrer dos anos 1970 (SWAIN, 1987) com a terceira revisão do DSM. Desde a sua criação, o DSM tem como objetivo normalizar e homogeneizar (RUSSO; VENÂNCIO, 2006) a classificação psiquiátrica.

O DSM I baseou-se numa compreensão psicossocial da doença mental, a qual era tida como uma reação a problemas cotidianos e individuais (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). A influência exercida pela psicanálise evidenciou-se pelo uso de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”, como por exemplo, é possível perceber no trecho a seguir:

A característica principal destas desordens é "ansiedade", que pode ser sentida e expressa diretamente ou que podem ser inconscientemente e automaticamente controlada por meio da utilização de vários mecanismos de defesa psicológicos (depressão, conversão, deslocamento, etc) (APA, 1952, p.31).<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Após a Segunda Guerra Mundial foi possível acompanhar o desenvolvimento de duas correntes teóricas da psiquiatria identificadas com o que chamamos de suas "vertentes morais". A primeira delas foi a psicanálise, a qual difundiu-se pelo mundo ocidental, em especial Europa e EUA ao longo das primeiras três décadas do século XX, a partir da publicação de *A Interpretação dos Sonhos de Sigmund Freud* em 1899. A segunda foi o movimento interno à psiquiatria que veio a ser genericamente chamado de antipsiquiatria e representado pela "psiquiatria democrática" italiana de Franco Basaglia, cuja intenção final consistia na reinserção do louco na sociedade que o havia excluído. Em ambos os casos, desaparece a concepção de doença mental como fato biológico exclusivo. Em substituição à ideia de diferença (ancorada na biologia), estas vertentes morais da psiquiatria utilizaram o conceito de alteridade: todos são iguais em valor (indivíduos), mas diferentes em sua subjetividade (dimensão intrapessoal singular) (FERREIRA, 2011).

<sup>12</sup> Traduzido pela autora.

Na versão subsequente do manual, publicada em 1968 – o DSM II – o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. A noção de “reação” e de “concepção biopsicossocial” dos transtornos mentais, até então existentes no Manual, deram lugar a um modo específico de conceber a doença mental, que corresponderia a níveis de desorganização psicológica do indivíduo. Importante destacar que no momento da feitura do DSM I a psiquiatria norte-americana era dominada pelo pensamento de Meyer (BURKLE, 2009) que fazia uma leitura particular da psicanálise e considerava a doença mental uma “reação” a determinadas situações de vida – como por exemplo, reação esquizofrênica. O termo foi abundantemente empregado na primeira versão do manual. A perturbação mental passou a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento (GAINES, 1992).

A substituição da primeira pela segunda versão do DSM, portanto, não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, sendo antes expressão da hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão (e possível tratamento) da doença mental. As versões subsequentes do DSM demonstram que essa hegemonia já dá claros sinais de enfraquecimento no decorrer dos anos 1970.

Após seis anos de estudos, em 1980 o DSM III é publicado representando uma ruptura com as classificações anteriormente utilizadas. Suas modificações se deram à nível conceitual propondo uma nova lógica de classificação, bem como levaram à um rigoroso distanciamento da psicanálise que até então predominava na psiquiatria norte americana (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

O DSM III foi proclamado um manual que pretendia ser a-teórico, baseado em princípios de testabilidade e verificação a partir dos quais cada transtorno é

identificado por critérios acessíveis à observação e mensuração empíricos (APA, 1980). Fundamenta-se numa crítica ao modo anterior de classificação baseado em uma pretensa etiologia dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes, inferidos pelo clínico, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa.

A abordagem adotada em DSM - III é ateórica no que respeita à etiologia ou processo patofisiológico exceto para aquelas doenças para as quais este está bem estabelecida e, portanto, incluídas na definição de desordens. Sem dúvida, com o tempo, algumas das doenças de etiologia desconhecida serão incluídas numa classificação biológica específica, outros poderão ter causas psicológicas específicas, e outros ainda a resultar principalmente de uma interação específica de fatores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 1980, p.7)<sup>13</sup>.

Assim, é possível entender que tal visão configura uma lógica na ciência médica em que há uma separação entre o teórico e o empírico, e que o empírico salvaguardaria as observações de inferências. Além disso, a dimensão empírica também reforça a supremacia do diagnóstico sobre a clínica.

Para Russo e Henning (1999) o pressuposto empiricista implicado em uma posição “a-teórica”, e por isso objetiva, tem afinidades evidentes com uma visão fisicalista da perturbação mental. É assim que, o surgimento e a difusão da nova nomenclatura presente no DSM III corresponde à paulatina ascensão da psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial.

Segundo Healy (1997) a adesão ao DSM III foi incentivada principalmente pela inegável afinidade entre o formato do diagnóstico (através de listas de sintomas claramente objetivados, criando critérios claros de inclusão e exclusão nas categorias) e os ensaios clínicos randomizados. Como se pode notar, por exemplo, na justificativa apresentada na introdução do DSM: “embora, inicialmente, muitas novas categorias foram adicionadas em um esforço para ser

---

<sup>13</sup> Traduzido pela autora.

inclusiva, a experiência nos ensaios de campo e da falta de evidências de validade a partir da literatura resultou na eliminação de várias categorias propostas” (APA, 1980, p.8)<sup>14</sup>.

Comparando-se as três primeiras versões do manual, verifica-se de imediato uma diferença marcante no que diz respeito ao modo como os diagnósticos são construídos e descritos. No DSM I e no DSM II utilizava-se o que Young (1995) chama “diagnóstico dimensional” – significando que a classificação ocupa uma espécie de continuum, não havendo fronteiras nitidamente demarcadas entre diferentes síndromes ou doenças<sup>15</sup>. Isso se explica devido à forma como os sintomas eram concebidos: sendo expressões polimórficas de processos subjacentes (que ocorriam sob a superfície) – o mesmo sintoma, ou um determinado conjunto de sintomas poderia, em casos diferentes, estarem referidos a mecanismos diferentes (MAYES; HORWITZ, 2005).

Também era possível ocorrer o inverso, ou seja, sintomas diferentes faziam referência a um mesmo mecanismo subjacente. Russo, Venancio (2006) e Gama *et al* (2014) posicionavam-se contrários à esta visão dimensional já que a inexistência de critérios objetivos que pudessem delimitar os limites entre as categorias diagnósticas acabam levando à baixa confiabilidade do diagnóstico. No próprio DSM III é possível identificar trechos em que os revisores indicam que a reformulação das nomenclaturas se deu em razão dessa baixa confiabilidade do diagnóstico (APA, 1980, p.5): “os resultados apresentados no apêndice indicam muito maior confiabilidade do que tinha sido anteriormente obtida com o DSM-II”.

---

<sup>14</sup> Traduzido pela autora

<sup>15</sup> Desta forma o transtorno mental é descrito como uma dimensão única que se expressa de forma variada. A depressão e a ansiedade, por exemplo, são consideradas expressões extremas (continuum) de uma mesma e única patologia. Este tipo de classificação considera a intensidade e gravidade dos sintomas, indicadores de sofrimento subjetivos e o grau de prejuízo associado (por exemplo, o risco de suicídio)

Entretanto, nem mesmo tal reformulação garantiu a aceitação da nova versão do DSM, já que as novas terminologias representaram uma super especificação e aumento do número de categorias diagnósticas que passou de 180 no DSM II para 295 e 350 na terceira e quarta edições do manual (RUSSO; VENANCIO, 2006; APA, 1980).

Não foram apenas as nomenclaturas que foram modificadas. Também a estrutura do manual sofreu alterações. As duas primeiras versões utilizavam-se da divisão entre transtornos orgânicos e não orgânicos. Na introdução do DSM I lemos que “a divisão de base desta nomenclatura diz respeito aos transtornos mentais associados à perturbação cerebral orgânica, e aqueles que ocorrem sem a perturbação do funcionamento cerebral, e não em psicoses, neuroses e distúrbios de personalidade” (APA, 1952, p.12)<sup>16</sup>.

Na terceira versão os transtornos mentais orgânicos ainda estavam presentes, o que segundo o próprio manual, não queria dizer que “transtornos mentais não-orgânicos são de alguma forma independente dos processos cerebrais. Pelo contrário, considera-se que os processos psicológicos, normais e anormais, dependem da função cerebral” (APA, 1980, p. 101)<sup>17</sup>. Assim, por mais que as nomenclaturas e divisões vieram a sofrer modificações, o manual adverte que todo e qualquer transtorno mental depende de processos cerebrais, o que foi confirmado com a extinção do grupo “Transtornos Mentais Orgânicos” do DSM I, que, por sua vez, levou consigo a categoria neurose (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Os psicanalistas posicionavam-se contrários aos psiquiatras partidários de uma visão fisicalista do transtorno mental. Mas a transformação levada à cabo pelo DSM III é fruto de uma curiosa aliança: entre esses “psiquiatras biológicos”

---

<sup>16</sup> Traduzido pela autora

<sup>17</sup> Traduzido pela autora

ligados à pesquisa experimental, para quem a psicanálise era um entrave à neutralidade científica e ao rigor da observação empírica, e os psiquiatras progressistas, que acusavam a psicanálise de psicologizar problemas de ordem social (KUTHINS; KIRK, 1999).

Essa aliança contra o movimento psicanalítico, entretanto, acaba tendo um efeito oposto ao desejado pelos psiquiatras progressistas, já que a transformação produzida vai em direção a uma maior neutralidade e “asepsia” do diagnóstico psiquiátrico, que se afastará cada vez mais de qualquer preocupação com o meio social. O DSM III significou de fato uma “re-medicalização” extrema da psiquiatria (BAYER SPITZER, 1985; WILSON, 1993).

Isso pode ser verificado tanto no caso das neuroses que, longe de desaparecerem, cresceram e se multiplicaram, quanto no caso dos antigos “desvios sexuais”. Na verdade, à medida que o manual se transforma fica cada vez mais difícil reconhecer o que antigamente se chamava “neurose”. Se, como estamos argumentando, a mudança é bem mais que terminológica, as “neuroses” de fato deixam de existir. O que fazemos nos parágrafos que se seguem é imaginar quais dentre os novos transtornos poderiam, a partir da ótica antiga, ser classificados como uma “neurose” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

No DSM I as neuroses se agrupavam sob o rótulo de “Transtornos Psiconeuróticos”, que listava sete “reações psiconeuróticas”. No DSM II os “Transtornos Psiconeuróticos” transformaram-se em “Neuroses”, com 11 categorias diagnósticas. Na nova “arquitetura” do DSM III o grupo das “Neuroses” desapareceu e se dissolveu em pelo menos três agrupamentos, com um total de 18 transtornos. No DSM IV o número de transtornos que entraram “no lugar” das neuroses subiu para 24, conforme demonstra quadro 1.

DSM I	DSM II	DSM III	DSM IV
<p><b>40 Distúrbios psiconeuróticos</b></p> <p><b>40 Reações psiconeuróticas</b></p> <p>40.0 Reação de ansiedade</p> <p>40.1 Reação dissociativa</p> <p>40.2 Reação de conversão</p> <p>40.3 Reação fóbica</p> <p>40.4 Reação obsessiva-compulsiva</p> <p>40.5 Reação depressiva</p> <p>40.6 Outra reação psiconeurótica</p>	<p><b>Neuroses</b></p> <p>300.00 Ansiosa</p> <p>300.10 Histórica</p> <p>300.13 Histórica, tipo conversão</p> <p>300.14 Histórica tipo dissociativo</p> <p>300.21 Fóbica</p> <p>300.30 Obsessiva-compulsiva</p> <p>300.40 Depressiva</p> <p>300.50 Neurastênica</p> <p>300.60 De despersonalização</p> <p>300.70 Hipocondríaca</p> <p>300.80 Outras neuroses</p>	<p><b>Transtornos de Ansiedade</b></p> <p>Transtornos Fóbicos (ou neuroses fóbicas)</p> <p>300.21 Agorafobia com ataques de pânico</p> <p>300.22 Agorafobia sem ataques de pânico</p> <p>300.23 Fobia social</p> <p>300.29 Fobia simples</p> <p><b>Estados de ansiedade (ou neuroses de ansiedade)</b></p> <p>300.01 Transtorno do pânico</p> <p>300.02 Distúrbio de ansiedade generalizada</p> <p>300.30 Transtorno obsessivo compulsivo (ou neurose obsessiva compulsiva)</p> <p>Transtorno de estresse pós-traumático (agudo, crônico ou tardio; transtorno de ansiedade atípica)</p> <p><b>Transtornos somatoformes</b></p> <p>300.81 Transtorno de somatização</p> <p>300.11 Distúrbio de conversão (ou neurose histérica, tipo de conversão)</p> <p>307.80 Transtorno psicogênico</p> <p>300.70 Hipocondria (ou neurose hipocondríaca)</p> <p>300.70 Transtorno somatoforme atípico (300.71)</p> <p><b>Transtornos dissociativos (ou neurose histérica, tipo dissociativa)</b></p> <p>300.12 Amnésia dissociativa</p> <p>300.13 Fuga psicogênica</p> <p>300.14 Múltiplas personalidades</p> <p>300.60 Transtorno de</p>	<p><b>Transtornos de ansiedade</b></p> <p>300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia</p> <p>300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia</p> <p>300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico</p> <p>300.29 Fobia Específica</p> <p>Especificar tipo: Tipo Animal / Tipo Ambiente Natural / Tipo Sangue - Injeção -Ferimentos / Tipo Situacional / Outro Tipo</p> <p>300.23 Fobia Social</p> <p>Especificar se: Generalizada</p> <p>300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo</p> <p>Especificar se: com Insight Pobre</p> <p>309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático</p> <p>Especificar se: Agudo / Crônico</p> <p>Especificar se: Com Início Tardio</p> <p>308.3 Transtorno de Estresse Agudo</p> <p>300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada</p> <p>293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]</p> <p>Especificar se: Com Ansiedade Generalizada / Com Ataques de Pânico / Com Sintomas Obsessivo - Compulsivos</p> <p>—.—Transtorno de Ansiedade Induzido Por Substância</p> <p>Especificar se: Com Ansiedade Generalizada / Com Ataques de Pânico /com Sintomas Obsessivo - Compulsivos / Com Sintomas Fóbicos</p> <p>Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência</p> <p>300.00 Transtorno de Ansiedade SOE</p> <p><b>Transtornos somatoformes</b></p> <p>300.81 Transtorno de</p>

	<p>despersonalização (ou neurose de despersonalização)</p> <p>300.70 Transtorno dissociativo atípico</p> <p>Não estão aí incluídos a “depressão neurótica” e os vários “Transtornos Psicosexuais”</p>	<p>Somatização</p> <p>300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado</p> <p>300.11 Transtorno Conversivo</p> <p>Especificar tipo: Com Sintoma ou Déficit Motor/Com Sintoma ou Déficit Sensorial/Com Ataques ou Convulsões/Com Apresentação Mista</p> <p>307.xx Transtorno Doloroso</p> <p>307.80 Associado com Fatores Psicológicos</p> <p>307.89 Associado Tanto com Fatores Psicológicos quanto com uma condição Médica Geral</p> <p>Especificar se: Agudo/Crônico</p> <p>300.7 Hipocondria</p> <p>Especificar se: Com Pobre Insight</p> <p>300.7 Transtorno Dismórfico Corporal</p> <p>300.81 Transtorno Somatoforme SOE</p> <p><b>Transtornos Dissociativos</b></p> <p>300.12 Amnésia Dissociativa</p> <p>300.13 Fuga Dissociativa</p> <p>300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade</p> <p>300.6 Transtorno de Despersonalização</p> <p>300.15 Transtorno Dissociativo SOE</p>
--	---	---

**Quadro 1** - Grupamentos correspondentes as das antigas neuroses  
 Fonte: APA (1952, 1968, 1980, 2002).

Segundo Russo e Venâncio (2006) tornou-se importante dissolver o grupamento das “Neuroses” distribuindo-as em grupamentos diversos e discretos, já que era preciso negar que este grupo de transtornos tivesse de fato algo em comum, algo que os distinguisse dos demais, e afirmar ao mesmo tempo um fator etiológico único (físico) para qualquer desordem. O modo de listá-las e agrupá-las corrobora essa afirmação. Segundo os autores, a palavra de ordem era “não

existem mais neuroses, o que existem são transtornos psiquiátricos a serem percebidos e tratados como quaisquer outros transtornos” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Transtornos antes passíveis de um tratamento psicológico transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos.

Não se tratava de medicalizar apenas as neuroses. No início desta discussão referimo-nos à grande distinção entre transtornos “orgânicos” e “não orgânicos” que fundamentava a lógica das duas primeiras versões do manual. De acordo com Russo e Venâncio (2006) entre esses dois grandes grupos existia um terceiro, que era uma espécie de “terra de ninguém”, nem bem orgânico, nem bem psicológico – os chamados distúrbios da personalidade –, campo da psicopatia que englobava o chamado “comportamento anti-social” de um modo geral, incluindo desde grandes criminosos, passando por cleptomaníacos, drogaditos, até chegar nas perversões sexuais.

A expressão “personalidade psicopática” fazia parte do jargão psiquiátrico, designando uma pessoa desprovida de considerações morais e éticas, capaz de agir contra os interesses alheios com cinismo e frieza. A ideia, portanto, de um “distúrbio da personalidade” apontava para uma terceira forma de compreensão do transtorno mental não propriamente física nem psíquica, mas moral, que desafiava tanto as teorias então existentes – fossem elas biológicas ou psicológicas – quanto as formas de tratamento tradicionais. Psiquiatras fisicalistas de um lado, e psicanalistas de outro, não disputavam entre si o tratamento dos chamados “psicopatas”, considerado muito difícil (KYRILLOS NETO, 2011).

Coube à nova nomenclatura também medicalizar esses distúrbios. Assim é que o grupo “Transtornos da personalidade”, embora não tenha sido dissolvido como ocorreu com as “Neuroses”, foi desmembrado, perdendo algumas de suas subdivisões mais importantes: os “desvios sexuais” e as “drogadições”. Antes de

apresentarmos a transformação sofrida pelos antigos “desvios sexuais” é importante considerar o modo como eram definidos nas duas primeiras versões do manual.

No DSM I encontramos a seguinte especificação: “O diagnóstico irá especificar o tipo de comportamentos patológicos, como a homossexualidade, o travestismo, a pedofilia, fetichismo e sadismo sexual (incluindo estupro, agressão sexual, mutilação”<sup>18</sup> (APA, 1952, p. 39). Já no DSM II a definição se transforma um pouco e são listados os seguintes desvios: “homossexualidade”, “fetichismo”, “pedofilia”, “travestismo”, “exibicionismo”, “voyeurismo”, “sadismo”, “masoquismo”, “outros desvios sexuais”:

Esta categoria é para os indivíduos cujos interesses sexuais são direcionados principalmente para os outros do que somente as pessoas do sexo oposto, em direção a objetos atos sexuais normalmente não associados com o coito, ou para o coito realizado sob circunstâncias estranhas como em necrofilia, pedofilia, sadismo sexual e fetichismo. Mesmo que muitos acham suas práticas de mau gosto, eles permanecem incapazes de reconhecer. Este diagnóstico não é apropriado para os indivíduos que realizam atos sexuais desviantes, porque objetos sexuais normais não estão disponíveis para eles (APA, 1968, p. 44)<sup>19</sup>.

Qual o destino dos “desvios sexuais” no DSM III? Em primeiro lugar o número de transtornos cresceu bastante. Em vez dos nove transtornos do DSM II encontramos 22 “Transtornos psicosexuais”, subdivididos em quatro categorias (Transtornos da Identidade de Gênero, Paraflias, Disfunções sexuais e Outros Transtornos psicosexuais). O desdobramento dos transtornos sexuais prosseguiu no DSM IV – nesta última versão o tipo de transtorno passou a se intitular “Transtornos sexuais e da identidade de gênero”, dele fazendo parte 27 transtornos (vários com mais de uma subdivisão), agrupados em Disfunções

---

<sup>18</sup> Traduzido pela autora.

<sup>19</sup> Traduzido pela autora

sexuais, Parafilias e Transtorno da identidade de gênero conforme quadro a seguir.

DSM II	DSM III	DSM IV
<p><b>Distúrbios da personalidade e outros distúrbios mentais não – psicóticos</b></p> <p><b>Desvios Sexuais</b>            Homossexualidade            Fetichismo            Pedofilia            Travestismo            Exibicionismo            Voyeurismo            Sadismo            Masoquismo</p> <p>Outros desvios sexuais</p>	<p><b>Transtornos Psicosexuais</b></p> <p><b>Transtornos de identidade de gênero</b>            Transexualismo            Transtorno de identidade sexual na infância            Transtorno de identidade de gênero atípica</p> <p><b>Parafilias</b>            Fetichismo            Travestismo            Zoofilia            Pedofilia            Exibicionismo            Voyeurismo            Masoquismo sexual            Sadismo sexual            Parafilia atípica</p> <p><b>Disfunções psicosexuais</b>            302.71 Inibição do desejo sexual            302.72 Inibição da excitação sexual            302.73 Inibição do orgasmo feminino            302.74 Inibição do orgasmo masculino            302.75 Ejaculação precoce            302.76 Dispareunia funcional            306.51 Vaginismo funcional            302.70 Disfunção sexual atípica</p> <p><b>Outros transtornos psicosexuais</b>            302.00 Homossexualidade ego-distônica            302.89 Desordem psicosexual não classificadas</p>	<p><b>Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero</b></p> <p><b>Disfunções sexuais</b>            Os seguintes especificadores aplicam-se a todas as Disfunções Sexuais primárias:            Tipo Ao Longo da Vida/Tipo Adquirido / Tipo Generalizado / Tipo Situacional            Devido a Fatores Psicológicos / Devido a Fatores Combinados</p> <p>Transtornos do Desejo Sexual            302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo            302.79 Transtorno de Aversão Sexual</p> <p>Transtornos da Excitação Sexual            302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina            302.72 Transtorno Erétil Masculino</p> <p>Transtornos Orgásmicos            302.73 Transtorno Orgásmico Feminino            302.74 Transtorno Orgásmico Masculino            302.75 Ejaculação Precoce</p> <p><b>Transtornos de Dor Sexual</b>            302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)            306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)            Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral            625.8 Transtorno do Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a...            608.89 Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo Devido a...            607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a            625.0 Dispareunia Feminina Devido a...            608.89 Dispareunia Masculina Devido a...            625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a...            ——. — Disfunção Sexual Induzida por Substância (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos às substâncias)</p>

		<p>302.70 Disfunção sexual não especificada</p> <p><b>Parafilias</b>  302.4 Exibicionismo  302.81 Fetichismo  302.89 Frotteurismo  302.2 Pedofilia  Especificar se: Atração Sexual por Homens / Atração Sexual por Mulheres / Atração Sexual por Ambos os Sexos  Especificar se: Limitada ao Incesto  Especificar tipo: Tipo Exclusivo / Tipo Não-Exclusivo  302.83 Masoquismo Sexual  302.84 Sadismo Sexual  302.3 Fetichismo Transvêstico  Especificar se: Com Disforia Quanto ao Gênero  302.82 Voyeurismo  302.9 Parafilia não especificada</p> <p><b>Transtornos da Identidade de Gênero</b>  302.xx Transtorno da Identidade de Gênero  302.6 em Crianças  302.85 em Adolescentes ou Adultos  Especificar se: Atração Sexual por Homens/Atração Sexual por Mulheres/Atração Sexual por Ambos os Sexos/Ausência de Atração por Quaisquer dos Sexos  302.6 Transtorno da Identidade de Gênero não especificada  302.9 Transtorno Sexual não especificada</p>
--	--	--

**Quadro 2** – Lista de desvios/transtornos sexuais em três versões do Manual (II, III e IV)  
Fonte: APA (1968, 1980, 2002)

No DSM III o grupo “parafilias” praticamente repetia a lista publicada no DSM II, que por sua vez nada mais fazia do que listar as antigas “perversões” delineadas por Krafft Ebing no final do século XIX (KRAFFT EBING, 1892). A novidade está no fato da “homossexualidade” deixar a rubrica “parafilia”, transformando-se em “homossexualidade ego-distônica” sob a rubrica “outros transtornos psicosexuais”. Os dois movimentos, de permanência e transformação do termo, apontam para uma questão de suma relevância na história das classificações psiquiátricas.

Lanteri-Laura (1994), no seu estudo sobre a apropriação médica da sexualidade e seus “desvios”, demonstra como a classificação das “perversões”, surgida a partir da obra de Krafft Ebing em fins do século XIX, permanece como fato indiscutível no decorrer de todo o século XX, impermeável a observações clínicas ou discussões etiológicas.

Sobre isso, Foucault (1977) argumenta que a medicalização da sexualidade implicou, entre outros processos, a focalização nas sexualidades “periféricas”, sua delimitação e especificação rigorosas. A atenção então concedida aos “desviantes” da sexualidade conjugal (e por isso procriativa) produziu a identificação do “perverso” como uma pessoa que é definida pelos seus comportamentos sexuais e eróticos. Ao invés de fazer como as instâncias religiosas e jurídicas, que condenavam e julgavam o ato em si (por exemplo, a sodomia), passava-se a circunscrever uma patologia que comprometia o sujeito como um todo, definido pelos atos que cometia (continuando com o exemplo anterior, o sujeito que pratica a sodomia passa a ser um homossexual). A história das parafilias, portanto, seguindo as formulações de Lanteri-Laura e Foucault, é a história de sua apropriação médica e concomitante produção de personagens sociais. O caso da homossexualidade é exemplar porque esta era, de fato, a grande “perversão”.

É importante observar, entretanto, que essa nova “identidade” – por se constituir contra a concepção propriamente criminal ou jurídica de atos passíveis de punição legal – não era de todo antipática aos sujeitos classificados. Oosterhuis (1997) fez uma interessante análise baseada nas cartas enviadas a Kraft Ebing por pessoas que se identificavam com os diagnósticos listados em seu manual. As cartas expressavam a felicidade e o alívio dos que se reconheciam nas categorias então descritas, e ofereciam ao psiquiatra-autor histórias de vida a serem incorporadas a novas versões do livro (OOSTERHUIS, 1997).

A forma como a homossexualidade, após ter sido circunscrita e caracterizada como “doença” pela psiquiatria, acabou por constituir um elo político-identitário entre grupos de pessoas a ponto de sustentar um importante movimento político e cultural é, a esse respeito, emblemática. O feitiço se vira contra o feiticeiro: a luta pela retirada do diagnóstico “homossexualismo” do DSM II empreendida no início dos anos 1970 pelo movimento gay norte-americano é extremamente bem-sucedida. Na feitura do DSM III, entretanto, o diagnóstico volta, como vimos, sob a forma “homossexualidade ego-distônica”, para desaparecer somente na revisão de 1987 (DSM IIR) (BAYER, 1987; KUTCHINS; KIRK, 1999).

Seguindo essa linha argumentativa, parece-nos que a grande novidade introduzida pelo DSM III e versões posteriores no que tange aos “Transtornos sexuais” são duas: em primeiro lugar a própria autonomização do tema da sexualidade, que passa a qualificar um grupamento em si (não mais englobado por uma outra classificação mais abrangente), e, em segundo, o transbordamento das antigas “perversões”, com a inclusão de novos tipos de transtornos representados de um lado pelos “Transtornos de identidade de gênero” e, de outro, pelas “Disfunções sexuais”. Os “Transtornos de identidade de gênero” subsumem as categorias “Transexualismo” e “Transtornos de identidade de gênero da infância” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Um levantamento dos artigos realizado por Russo e Venâncio (2006) sobre sexualidade publicados em dois periódicos de psiquiatria (*American Journal of Psychiatry* e *British Journal of Psychiatry*) durante os anos 1970 e 1980 mostrou-nos a pregnância do tema “transexualismo” nos debates e discussões do campo psiquiátrico americano no momento da feitura do DSM III. No atual estágio de nossa investigação podemos tão-somente avançar uma hipótese: a de que, naquele

momento, assistia-se a um movimento de medicalização de determinado “modo de ser” ou comportamento que, embora compartilhando com as chamadas “perversões” o fato de escapar do modelo de normalidade heterossexual, não havia ainda sido capturado pela engrenagem classificatória da psiquiatria.

Assim, também a questão da homossexualidade serviu como ponto de distanciamento entre a psiquiatria e o diagnóstico baseado no DSM e a psicanálise. Como mencionado anteriormente, a forma como a homossexualidade foi tratada nos primeiros manuais representou uma forma de pressão e controle por parte do Estado. As manifestações contra a classificação do comportamento sexual como patológico repercutiram amplamente, mas culminaram apenas na substituição para o termo “transtorno de identidade de gênero”. Mais adiante temos uma tentativa de classificar então aqueles que sofrem por sua homossexualidade<sup>20</sup> e que gostaria de ser ver livres dessa condição. Distante desse padrão de pensamento, para a Psicanálise esse discurso social que elabora referências simbólicas de masculino e feminino e dita os parâmetros que definem a sexualidade normal, não traz contribuições saudáveis.

No manual é possível identificar a ideia de um padrão ideal ou normal de funcionamento da sexualidade, e para cada tipo de deficiência durante o ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), existe um transtorno específico. No DSM IV (APA, 2002, p.470) encontramos que o transtorno de desejo sexual hipoativo é caracterizado pela “deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual [...]o baixo desejo sexual pode ser global e abrange as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitado a um

---

<sup>20</sup> O termo homossexualidade é utilizado *ipsis litteris* encontrado na literatura consultada, não representando aqui qualquer sentido de ligação com patologia por si só nem tampouco é utilizado para se referir aos indivíduos LGBTs. Também é importante destacar que mesmo sem aparecer na construção deste texto, não foi desconsiderado o debate contemporâneo sobre a homoafetividade.

parceiro ou a uma atividade sexual específica”. Os termos deficiência e baixo desejo, esclarece essa ideia de ter de existir um funcionamento ideal ou normal

O trabalho de revisão do DSM-IV começou em 1999 a partir de uma discussão entre Steven Hyman, diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, Steven M. Mirin, diretor da APA e David J. Kupfer, presidente da APA e do Comitê de Diagnóstico Psiquiátrico e Avaliação. Ainda neste mesmo ano aconteceu a Conferência de Pesquisa e Planejamento do DSM-V, e foram criados grupos de trabalho para começar a pesquisa para elaboração do Manual (BURKLE, 2009).

O DSM-V, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. A publicação é o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecesse uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica (APA, 2014).

No DSM-V rompeu com o modelo multiaxial os transtornos de personalidade e o retardo mental, anteriormente apontados como transtornos do Eixo II, deixaram de ser condições subjacentes e se uniram aos demais transtornos psiquiátricos no Eixo I. Outros diagnósticos médicos, costumeiramente listados no Eixo III, também receberam o mesmo tratamento (APA, 2014).

<b>Capítulos do DSM-IV-TR</b>	<b>Capítulos do DSM-V</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência</li> <li>• Delirium, demência, transtorno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos do neurodesenvolvimento</li> <li>• Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos</li> </ul>

<p>amnésico e outros transtornos cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos mentais causados por uma condição médica geral não classificados em outro local</li> <li>• Transtornos relacionado a substâncias</li> <li>• Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos</li> <li>• Transtornos de humor</li> <li>• Transtornos de ansiedade</li> <li>• Transtornos somatoformes</li> <li>• Transtornos factícios</li> <li>• Transtornos dissociativos</li> <li>• Transtornos sexuais e da identidade de gênero</li> <li>• Transtornos da alimentação</li> <li>• Transtornos do sono</li> <li>• Transtorno do controle dos impulsos não classificados em outro local</li> <li>• Transtornos de adaptação</li> <li>• Transtornos da personalidade</li> <li>• Outras condições que podem ser foco de atenção clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtorno bipolar e outros transtornos relacionados</li> <li>• Transtornos depressivos</li> <li>• Transtornos de ansiedade</li> <li>• Transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos relacionados</li> <li>• Trauma e transtornos relacionados ao estresse</li> <li>• Transtornos dissociativos</li> <li>• Sintomas somáticos e outros transtornos relacionados</li> <li>• Alimentação e transtornos alimentares</li> <li>• Transtornos da excreção</li> <li>• Transtornos do sono-vigila</li> <li>• Disfunções sexuais</li> <li>• Disforia de gênero</li> <li>• Transtornos disruptivo, controle dos impulsos e conduta</li> <li>• Transtornos relacionados a substâncias e adição</li> <li>• Transtornos neurocognitivos</li> <li>• Transtornos de personalidade</li> <li>• Transtornos parafílicos</li> <li>• Outros transtornos mentais</li> <li>• Transtornos do movimento induzidos por medicamentos</li> <li>• Outros efeitos adversos de medicamentos</li> <li>• Outras condições que podem ser foco de atenção clínica</li> </ul>
---	--

**Quadro 3** – Capítulos do DSM-IV-TR e do DSM-5  
 Fonte: APA (2002, 2014)

Conceitualmente não existem diferenças fundamentais que sustentem a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III. O objetivo da distinção era o de estimular uma avaliação completa e detalhada do paciente. Fatores psicossociais e ambientais (Eixo IV) continuam sendo foco de atenção, mas o DSM-V recomendou que a codificação dessas condições fosse realizada com base no Capítulo XXI da CID-10 que trata sobre os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (códigos Z00-Z99). Por fim, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento, anteriormente empregada no Eixo V, foi

retirada do manual, pois a nota de uma única escala não transmitia informações suficientes e adequadas para a compreensão global do paciente. A APA continua recomendando a aplicação das diversas escalas que possam contribuir com cada caso e apresenta algumas medidas de avaliação na Seção III do DSM-V (APA, 2014).

Acrescentou-se uma nova seção (Seção III) para destacar transtornos que exigem mais estudos, mas que não estão suficientemente bem estabelecidos para integrar a classificação oficial de transtornos mentais para uso clínico de rotina. Medidas dimensionais de gravidade de sintomas em 13 domínios de sintomas também foram incorporadas a fim de permitir a mensuração de diferentes níveis de gravidades de sintomas entre todos os grupos diagnósticos. Da mesma forma, a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS), um método padronizado para a avaliação de níveis globais de incapacidade para transtornos mentais baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e que pode ser aplicado em todas as áreas médicas, foi fornecida em substituição à escala mais limitada de Avaliação Global de Funcionamento. (p. xliii).

Segundo o próprio DSM-V esta seção foi criada com a expectativa de que à medida que essas escalas forem implementadas, proporcionem uma maior precisão e flexibilidade durante as avaliações diagnósticas na descrição clínica das apresentações sintomáticas individuais e das incapacitações associadas.

Quando comparado ao DSM-IV, o manual publicado em 2014, é mais detalhista, mas ao mesmo tempo traz mais dificuldade pelo estabelecimento de linhas muito tênues de delimitação de uma ou de outra patologia. A noção de estrutura fica deslocada, e, conseqüentemente também, o diagnóstico em psicanálise afasta-se das classificações e diagnósticos de transtornos apresentado no DSM, uma vez que tentam catalogar as possibilidades de adoecimento, sofrimento, sintoma.

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Quais os pontos de articulação e afastamento da psicanálise com a psiquiatria para pensar o diagnóstico na atualidade? Foi à partir desse problema que foram tecidas análises sobre a evolução dos DSMs e os pontos nos quais esse afastamento foi se fundamentando.

Ficou claro que a proposta inicial do DSM era oferecer um manual útil para a prática clínica, de pesquisa e de ensino. Os manuais sinalizaram, desse modo, para uma tendência cada vez mais forte de tornar as formas de sintoma e de mal-estar como parte de um processo de medicalização do sofrimento.

Em cada revisão do DSM o sintoma – conforme é tomado pela psicanálise – foi perdendo seu lugar e atualmente, não o deixam mais falar. Com os diagnósticos psiquiátricos atuais, o que se busca é extirpá-lo do sujeito – o sujeito da psicanálise, sem se atentar que esse movimento pode acabar por extinguir o próprio sujeito.

A psicanálise posiciona-se contrária à muitos aspectos da razão diagnóstica do DSM e critica os moldes do diagnóstico psiquiátrico atual que privilegia a descrição dos sintomas em detrimento da patologia. Entretanto, é importante ressaltar que é o uso que se pode fazer do DSM que o torna problemático para o diagnóstico psiquiátrico na atualidade e que este torna-se um problema para a psicanálise por esta perceber na clínica que há possibilidade de se construir um espaço de escuta, de resignificação pela fala do sujeito, que muitas vezes é deixado de lado, já que ao receber um diagnóstico médico que classifica determinado tipo de sofrimento, corre-se o risco de diminuir as possibilidades de o sujeito responsabilizar-se por sua doença. Na prática clínica percebe-se que o sujeito procura um diagnóstico para seu sofrimento e como a psicanálise não irá lhe fornecer uma classificação ou um código, logo sua eficácia é colocada em

questão. Percebe-se, porém o quanto, em alguns casos, somente o medicamento não permite a significação do sofrimento, é preciso construir um espaço de escuta, segundo uma ética própria.

O próprio DSM-IV adverte, com o título “Uma palavra de cautela”, que os critérios diagnósticos oferecidos como diretrizes para confecção de diagnósticos, uma vez que comprovadamente o uso desses, melhora o consenso entre clínicos e investigadores. No mesmo texto, ressalta que o uso apropriado de tais critérios requer o treinamento clínico especializado, que ofereça tanto uma bagagem de conhecimentos quanto de habilidades clínicas.

Ao longo das revisões, o DSM utilizou uma estratégia cartesiana de desmembramento que transforma sintomas em diagnósticos (como, por exemplo, o de ansiedade). Além disso, dispensando a orientação dos clássicos psiquiátricos, faz com que a semiologia psiquiátrica seja confundida com diagnóstico o que para a psicanálise representa uma considerável diminuição da possibilidade de se encontrar na própria história do sujeito as raízes de seu sofrimento e sua responsabilidade sobre o mesmo. De certo modo, essa lógica vai ao encontro com a demanda de muitos pacientes que não desejam saber da doença, mas sim buscam se livrar dos seus sintomas.

Assim, o percurso epistemológico da psicanálise, as questões que envolvem as discussões sobre seu estatuto de ciência, os conceitos iniciais que a ligaram à psiquiatria e depois às distanciaram, leva a psicanálise a caminhar em direção oposta à da psiquiatria. Enquanto, na psiquiatria, acompanhamos o surgimento de novos sintomas e percebemos um esmaecimento das fronteiras diagnósticas da clínica estrutural, na psiquiatria, os velhos sintomas são reeditados como novos diagnósticos.

A psicanálise considera de suma importância o discurso do sujeito frente a seu sintoma, os quais não cabem dentro de um único código de classificação diagnóstica, pois diz muito sobre sua subjetividade e fogem de um modelo padrão de manifestação.

Essa psiquiatria dos manuais, da produção em série e do consumo, opõe-se àquela clássica que implicava-se com o sujeito, suas escolhas, seus desejos, sua subjetividade. E este talvez seja um dos mais significativos pontos de distanciamento entre a psicanálise e a psiquiatria atual, já que a psicanálise ainda hoje tem como base para uma boa hipótese diagnóstica a observação do real da clínica, o discurso e subjetividade do sujeito. Mas aqui, qualquer que seja a classificação ela não vem antes da casuística clínica, mesmo da clínica do um, da psicanálise.

A psicanálise não pode, entretanto negar o fato de que por muito tempo, sob influência da tradição clássica da psiquiatria, os conceitos de estruturas clínicas em muito contribuíram para uma aproximação entre ambas. Mas à medida em que o diagnóstico psiquiátrico deixou de considerá-las como uma articulação do conjunto de sinais e sintomas que se constitui de classe, causa e descrição objetiva, foi gradativamente, se distanciando da psicanálise.

O lugar do sintoma e seu entendimento perpassa as mudanças e divisões conceituais dos próprios DSMs. Contudo, o sintoma não nos permite, por si só, prejudicar acerca de um diagnóstico da organização estrutural profunda da personalidade.

Esta aí a diferença da lógica diagnóstica do DSM e da psicanálise. Para a psicanálise interessa o sujeito que sofre e suporta os efeitos desse sofrimento; o privilégio é dado ao sujeito enquanto determinado pela linguagem. Assim, a psicanálise passou por mudanças na forma de se analisar os transtornos mentais,

inserindo a concepção de inconsciente e, portanto, a ideia de que cada caso é um caso, diferentemente do que os DSMs propõe.

Desse modo, a prática clínica em psicologia e, em psicanálise, não prescinde da utilização dos diagnósticos psiquiátricos para sua práxis. Entretanto, ao utilizá-los necessita ter como pressuposto básico a ética clínica, ou seja, a possibilidade de olhar para a singularidade do sujeito e dar à ele a possibilidade de dar novos significados às suas experiências e sofrimentos.

Nesta seara o empreendimento da presente pesquisa teve como limitações a complexidade do diálogo estabelecido – quando o é – entre a psicanálise e a psiquiatria, bem como os limites de cada uma dessas ciências que ora caminharam juntos ora totalmente em lugares opostos. Além disso, a literatura disponível sobre o tema pesquisado, e carregado de um discurso político o que por veze dificultou a construção de um texto permeado pela neutralidade.

Contudo, é possível perceber que o tema escolhido possui ampla relevância do ponto de vista científico, social, cultural e, até mesmo econômico, tendo em vista as crescentes pesquisas e investimentos realizados na construção de movimentos que possam enfrentar a medicalização da vida.

Longe de esgotar o assunto, que se apresenta complexo, é imprescindível que as relações estabelecidas atualmente entre psicologia, psicanálise, psiquiatria e diagnóstico psiquiátrico componha os campos do ensino e da pesquisa em psicologia, já que sozinha ela não dará conta também nas agruras do ser humano, mas pode contribuir de maneira significativa para um entendimento e construção de um espaço singular onde o sujeito possa encontrar-se, com a devida importância, em seu viver.



- APA. American Psychiatric Association. *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais - DSM - I*. Porto Alegre: Artmed, 1952.
- APA. American Psychiatric Association. *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais - DSM - II - TR*. Porto Alegre: Artmed, 1968.
- APA. American Psychiatric Association. *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais - DSM - III*. Porto Alegre: Artmed, 1980.
- APA. American Psychiatric Association. *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais - DSM - IV - TR*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- APA. American Psychiatric Association. *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais - DSM - V*, Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSOUN, P. L. *Introduction à l'épistemologie freudienne*. Payot, Paris, 1981.
- BAREMBLITT, G. F. *Progresso e retrocesso em psiquiatria e psicanálise*. São Paulo: Global, 1978.
- BAYER, R. *Homosexuality and American Psychiatry*. New Jersey: Princeton University Press, 1987.
- BENETTI, A. DSM-IV: O mc Donald's da Psiquiatria. *Dora Revista de psicanálise e cultura*. São Paulo, ano I, n. 1, p. 42-44, 1998.
- BERGERET, J. *Personalité normale et pathologique*. Paris: Bordas, 1974.
- BIRMAM, J. *Freud e a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2003.
- BINSWANGER, L. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1936.
- BLACK, D. W.; GRANT, J. E. *Guia para o DSM-5: complemento essencial para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BLANCHÉ, R. *A epistemologia*. Lisboa: Editorial Presença, 1983.
- BUNGE, M. *Epistemologia: curso de atualização*. São Paulo: USP, 1980.
- BURKLE, T. S. *Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais–DSM*. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.
- CAMPOS, S. *O DSM e o grão do sintoma*. *Boletim eletrônico semanal – XIV Jornada da Escola Brasileira de Psicanálise - MG, n. 87, Belo Horizonte, 2009*. Disponível em: <[http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/horizontes/textos/serg\\_iocampos.pdf](http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/horizontes/textos/serg_iocampos.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2015.

CARRILHO, M. M.; SÀÁGUA, J. *Epistemologia: posições e críticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1991.

CONRAD, P. *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

DUNKER, C. I. L. O urso-polar e as baleias. As divergências entre a psicanálise e a psiquiatria estão mal focadas. *Revista Cult*, São Paulo, ano XII, n. 140, p. 59-62, 2009.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de psicanálise*, São Paulo, v. 47, n. 87, dez. 2014.

DUNKER, C. I. L. Razão diagnóstica e psicopatologia psicanalítica. In: DUNKER, C. I. L. *Constitution of the Psychoanalytic Clinic: A History of Its History and Power*. Londres: Karnac, 2010.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV-breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011.

EY, H. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson, 1963.

FENICHEL, O. (1945). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FERREIRA, S. A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMs) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 10, n.2, p.78-90, 2011.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 29-43, mar. 2002.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

FREUD, S. (1893). Charcot. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. II.

FREUD, S. (1896). A etiologia da histeria. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. II

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. V

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. X.

FREUD, S. (1913). Totem e tabu. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XIII.

FREUD, S. (1914a). Sobre o narcisismo e sua relação com o inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XIV.

FREUD, S. (1914b). A história do movimento psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XIV.

FREUD, S. (1915). O Inconsciente. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XIV.

FREUD, S. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XVII.

FREUD, S. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XVII.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XXII.

FREUD, S. (1924). Uma breve descrição da psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XIX.

FREUD, S. (1925). Algumas notas adicionais sobre a interpretação de sonho como um todo. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XIX.

FREUD, S. (1950). Projeto para uma psicologia científica. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. I.

GAINES, A. D. From DSM I to III R; Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. *Psychiatric Classification*. *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.

GAMA, C. A. P. *et al.* Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista latinoamericana psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GAY, P. *Freud: Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GOLDBERG, D. Criar doenças mentais só atrapalha tratamento. *Folha de São Paulo*. Caderno Equilíbrio, 4 de dezembro, 2009.

GONÇALVES, C. S.; PEDRO, R. M. L. R. Sobre o consumo de medicamentos para a melhora cognitiva e do humor: primeiros passos de uma Cartografia das Controvérsias. *Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia*, v. 2, n. 2, 2015.

GRINKER, R. R. *Autismo – Um mundo obscuro e conturbado*. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.

GUIMARÃES, L. V. M.; MAESTRO FILHO, A. Epistemologia freudiana e estudos organizacionais: possibilidades da interdisciplinaridade. *Revista Contrapontos*, v. 13, n. 2, p. 84-93, 2013.

HEALY, D. *The anti-depressant era*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

HENNA, E. *Aspectos fenomenológicos da alteração emocional induzida por antidepressivos*. Dissertação apresentada à faculdade de medicina de São Paulo, 2007.

JAPIASSU, H. F. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1986.

JASPERS, K. (1913). *Psicopatologia geral*. Psicologia compreensiva, explicativa, fenomenológica. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

JONES, E. (1953). *A vida e obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

KRAFFT-EBING, R. *Psychopathia Sexualis*. Londres: The F. A Davis. CO, Publishers, 1892.

KUTCHINS, H.; KIRK, S. *Making us Crazy – DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. New York: The Free Press, 1999.

KYRILLOS NETO, F. *et al.* DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. *Revista SPAGESP*, v. 12, n. 2, dez. 2011.

LACAN, J. *Escritos*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1999.

LACAN, J. Resposta aos estudantes de filosofia sobre o objeto da psicanálise. In: ESCOBAR, C. H., comp. *Psicanálise: ciência e prática*. Rio de Janeiro, Rio, 1975. p. 48-88.

- LACAN, J. (1932). *Sobre a psicose paranoica e suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LAGE, S. F. L. *Dilthey e Freud: a psicanálise frente à epistemologia das ciências do espírito*. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2003.
- LANTERI-LAURA, G. *Leitura das perversões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- LAPLANCHE, J. *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- MANIFESTO POR UMA PSICOPATOLOGIA CLÍNICA NÃO ESTATÍSTICA. *Revista latinoamericana psicopatologia fundamental*, v.16, n.2, p. 361-372, 2013.
- MASSON, J. M. *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago, 1986.
- MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal History Behavioral Science*, v. 41, n. 3, p. 249-267, 2005.
- MEZAN, R. Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise? *Natureza humana*, São Paulo, v. 9, n. 2, 2007.
- MEZAN, R. Sobre a pesquisa em psicanálise. *Psychê*, São Paulo, v. 2, n.2, p.87-98, 1998.
- MILNER, J. C. *A obra clara*. Zahar, Rio de Janeiro, 1996.
- MORA, J. F. *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Dom Quixote, 1982.
- MORAIS, M. B. L. Psiquiatria e Psicanálise: Interlocução Possível? *Revista Estudos de Psicanálise*, Recife, n. 23, p. 98-106 set/2000.
- OOSTERHUIS, H. *Science and Homosexuality*. New York: Routledge, 1997.
- PEREIRA, M. E. C. *O DSM IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* [S.I.: s.n.], [1998?]. Disponível em: <<http://www.estadosgerais.org/historia/98-dsm-iv.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2015.
- PEREIRA, M. E. C. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: PACHECO FILHO, R. *et al. Ciência, Pesquisa, Representação em Psicanálise*. São Paulo: Educ/Casa do Psicólogo, 2000. p. 119-152.
- PINTO, T. Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do DSM a uma saída pela psicanálise. *Ágora*, v.15, p. 405-420, 2012.

POMMIER, G. *La bible americaine de La sante mentale*. Le Monde Diplomatique, Paris, 2011.

RAFFAELLI, R. Freud: questões epistemológicas. *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas*, v. 7, n. 80, p. 2-19, 2006.

RICOEUR, P. *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo XXI editorial, 1970.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RUSSO, J.; HENNING, M. O sujeito da “psiquiatria biológica” e a concepção moderna de pessoa. *Antropolítica*, n. 6, p. 39-56, 1999.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, set., 2006.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

SCOCUGLIA, J. B. C. A hermenêutica de Wilhelm Dilthey e a reflexão epistemológica nas ciências humanas contemporâneas. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 249-281, jul./dez. 2002.

SIMANKE, R. T. A psicanálise freudiana e a dualidade entre ciências naturais e ciências humanas. *Scientiae Studia*, v. 7, n. 2, p. 221-235, 2009.

SWAIN, G. Chimie, cerveau, esprit et société – Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale. In: \_\_\_\_\_. *Dialogue avec l'insensée*. Paris: Galimard, 1987.

WILSON, M. DSM-III and the transformation of american psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry*, v. 150, n. 3, p. 399-410, 1993.

YOUNG, A. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.