

O ÚNICO NÃO CABE NO MANUAL

*Cláudia Ferreira Melo Rodrigues
Cláudia Aparecida de Oliveira Leite
Rogéria Araújo Guimarães Gontijo*

DSM: O SONHO DA LÍNGUA UNIVERSAL

A publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em 2013, trouxe ao mundo inúmeros posicionamentos que, desde então, tensionam entre os que apoiam bravamente a nova ferramenta diagnóstica capaz de uniformizar os transtornos e os que denunciam seu caráter reducionista, mecanicista e sem fundamentação teórica.

O “STOP DSM”, manifesto internacional por uma psicopatologia clínica não-estatística, ratificado em Barcelona (2011), teve como objetivo o pronunciamento de critérios clínicos de diagnósticos que repudiavam a imposição de um tratamento único, no qual excluía a diversidade de quadros teóricos. O DSM, em sua quinta edição, recebeu posicionamentos críticos do mundo todo. Dentre os nomes que se posicionaram contra o novo modelo instituído na quinta edição encontramos Allen Frances, médico psiquiatra norte-americano e coordenador da versão anterior, isto é, do DSM-4. Frances se posicionou de forma crítica frente às mudanças construídas no DSM-5 e, portanto, rejeitou participar da elaboração dele, alertando que “nem todos os sintomas e problemas da vida são causados por transtornos mentais e que um diagnóstico malfeito pode ser extremamente prejudicial.” (FRANCES, 2015, p.6)

A crítica de Allen Frances deve ser escutada por representar uma denúncia à ruptura de uma proposta inicial que promoveu a construção do primeiro DSM, publicado pela APA – *American Psychiatric Association* em 1952. O DSM se desenvolveu com o objetivo de estabelecer um consenso terminológico entre os vários profissionais médicos e não-médicos que se dedicavam ao campo da Saúde Mental. Nesse sentido, a “bíblia da psiquiatria” construiria o ideal de uma língua única que pudesse congregar os sintomas e tratamentos psíquicos do mundo todo.

A proposta do primeiro manual era uniformizar os critérios semiológicos da prática diagnóstica mediante a consolidação de termos técnicos dominados por todos, mantendo, entretanto, uma consolidação teórica que explicasse a emergência dos sintomas. Essa primeira edição considerava a visão diagnóstica psicodinâmica, ou seja, ela foi profundamente influenciada pelos referenciais teóricos da Psicanálise, considerando, portanto, a emergência de fatores psicossociais na constituição de um sintoma. Nessa perspectiva, o DSM alcançou sua ampla inserção na epidemiologia, nas neurociências e no planejamento de políticas públicas de saúde mental.

O predomínio da perspectiva psicodinâmica psiquiátrica se manteve na edição seguinte, incluindo teses biológicas e sociológicas. Mas o ideal de um consenso teórico e técnico pautado numa língua única fracassa. Durante a construção da terceira versão do DSM, as severas críticas dos que recusavam a vinculação entre Psiquiatria e Psicanálise marcaram o estilo desse manual e influenciaram na composição dele. A proposta desses críticos era produzir um manual *a-teórico*, ou, como podemos antever, livres dos argumentos da Psicanálise.

Com o objetivo de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico e padronizar as práticas psiquiátricas, o DSM-3 se enquadrou em um modelo regulamentar e promoveu uma ruptura com as edições anteriores. Em 1980, o DSM-3 foi publicado, com 494 páginas e listando 265 categorias diagnósticas. Ele foi mundialmente difundido e considerado uma revolução da psiquiatria. Em um curto período de tempo, as doenças mentais foram transformadas em entidades amplas, etiologicamente definidas e baseadas em sintomas.

A passagem do DSM-2 para o DSM-3 marca uma mudança paradigmática na maneira de classificação dos quadros nosográficos; seus critérios clínicos eram baseados em sintomas que refletem uma crescente padronização dos diagnósticos psiquiátricos. Esse contexto foi produto de muitos fatores, incluindo: política profissional dentro da comunidade de saúde mental, o aumento do envolvimento do governo em pesquisa e formulação de políticas de saúde mental, o aumento

da pressão sobre psiquiatras das seguradoras de saúde para demonstrar a eficácia de suas práticas e a necessidade de empresas farmacêuticas comercializarem seus produtos para tratar doenças específicas (GAMBARDELLA *apud* MAYES e HORWITZ, 2005).

As alterações psíquicas não eram tão destacadas no diagnóstico. Segundo Gambardella (1995 *apud* MAYES e HORWITZ, 2005, p.263), com o DSM-3, pela primeira vez, os profissionais que atuam no campo da saúde mental poderiam ter uma linguagem comum para definir os transtornos mentais. Esse modo de organização produziu uma expansão das nomenclaturas a fim de que o processo de categorização incluísse todos os seres de forma ordenada. Dessa maneira, nenhuma doença escaparia de ter sua categoria prescrita no código.

As consequências sociais desse modelo de categorização foram complexas e seus efeitos sobre a forma de compreender o sofrimento humano foram bizarros, pois objetivizam e objetificam o sofrimento mental. Usa-se o DSM-3 como uma linguagem unificada, uma referência empírica, pragmática e *a-teórica*, porém a forma como consegue-se tal consenso e unificação é o preço de recortar o sujeito para ficar do tamanho que a nomenclatura permite (TRAVAGLIA, 2014).

Além de mudar a linguagem da saúde mental, o DSM-3 recebeu enormes incentivos profissionais e financeiros de pesquisadores (governo americano) e das indústrias farmacêuticas. Nesse sentido, criou-se um pacto diagnóstico para direcionar os esforços de pesquisa e de tratamento que, certamente, mostrava-se rentável na medida em que a categoria diagnóstica receberia da indústria farmacêutica o medicamento preciso e adequado para seu tratamento. Sob o DSM-1 e DSM-2, a pesquisa clínica em larga escala era impossível, porque faltavam categorias diagnósticas confiáveis que impediam a replicação por múltiplos pesquisadores (MAYES e HORWITZ, 2005). A ruptura estava consolidada e o modelo diagnóstico do DSM-3 recebeu apoio maciço.

Quatorze anos se passaram e a chegada do DSM-4 (1994) mostrou ao mundo 297 desordens mentais. Antes, porém, em 1987, a versão revisada do DSM-3 foi publicada trazendo um aumento das categorias diagnósticas. O DSM-4 mantém um rompimento definitivo entre as formas de tratar o homem considerando a causalidade psíquica de seu sofrimento. A manutenção da “roupagem *a-teórica*” revela sua apropriação e fundamentação nas ciências biológicas, nas teses empiristas e nos anseios do mercado. A razão diagnóstica muda, pois, o foco é o universal, que pode, dessa forma, ser bem amparado pela argumentação científica, organicista e farmacológica.

Allen Frances, que coordenava o projeto, publicou artigos, livros e fez várias entrevistas assumindo as responsabilidades frente ao trabalho do DSM-4. Ele, que também participou da elaboração da versão três, apontava o extremo assédio mercadológico que a equipe sofria. Os laboratórios que financiavam as pesquisas exigiam o aumento de descrição de transtornos para justificar o aumento da produção de fármacos.

Fomos muito conservadores e só introduzimos [no DSM IV] dois dos 94 novos transtornos mentais sugeridos. Ao acabar, nos felicitamos, convencidos de que tínhamos feito um bom trabalho. Mas o DSM IV acabou sendo um dique frágil demais para frear o impulso agressivo e diabolicamente ardiloso das empresas farmacêuticas no sentido de introduzir novas entidades patológicas. Não soubemos nos antecipar ao poder dos laboratórios de fazer médicos, pais e pacientes acreditarem que o transtorno psiquiátrico é algo muito comum e de fácil solução. O resultado foi uma inflação diagnóstica que causa muito dano, especialmente na psiquiatria infantil. Agora, a ampliação de síndromes e patologias no DSM V vai transformar a atual inflação diagnóstica em hiperinflação. (FRANCES, 2014, on-line)

Allen Frances tem razão, pois o dique frágil do DSM-4 não conteve a avalanche diagnóstica do DSM-5. A ruptura paradigmática que encontramos entre o DSM-2 e o DSM-3 assume proporções maiores nessa virada do DSM-4 para o DSM-5. Frances (2015, p.5) expõe que o DSM-5 “sofre a infeliz combinação de ambições excessivamente elevadas e de uma metodologia frouxa”. Quando menciona “combinações ambiciosas”, ele nos faz pensar no pacto estabelecido entre as indústrias farmacêuticas e as novas produções psicopatológicas. E, ao denunciar a “metodologia frouxa”, o autor demarca a exclusão das teorias para a análise dos sintomas psicopatológicos no DSM. Frances prossegue em suas críticas salientando que “O DSM-V também reduziu os requerimentos para diagnosticar transtornos existentes, por exemplo, duas semanas de luto normal se transformou em Transtorno Depressivo Maior” (FRANCES, 2015, p.6). Dessa maneira, Frances denuncia um sistema que privilegia uma interpretação baseada apenas em evidências e sem contextualização subjetiva.

“STOP DSM” E A BOLHA ESPECULATIVA

A iniciativa coletiva “Stop DSM” partiu de várias instituições e também de muitos psicanalistas que tinham como primazia o resgate da clínica do sujeito e não a padronização universal dos sintomas em entidades nosográficas. Esse movimento consolida a posição de muitos profissionais e organizações internacionais críticos ao que era validado cientificamente, pois o DSM traduzia um

sintoma dos tempos modernos na sustentação de um semblante de respeitabilidade científica.

A proposta desse manifesto incluiria, ainda, a elaboração de outra forma de estabelecer o diagnóstico dos transtornos mentais, que não fosse um produto mercadológico portador de um código de barras, e sim que pudesse considerar a particularidade das manifestações sintomáticas caso a caso:

Defendemos, por isso, um modelo de saúde em que a palavra seja um valor a ser promovido e onde cada paciente seja considerado em sua singularidade. A defesa da dimensão subjetiva implica uma confiança do que cada um põe em jogo para tratar o que nele mesmo se revela como insuportável, estranho a si mesmo ainda que ao mesmo tempo familiar.

Manifestamos a nossa repulsa por políticas assistencialistas que buscam a segurança em detrimento de direitos e liberdades. Repudiamos políticas que, “para o bem do paciente” e sob o pretexto de boas intenções, o reduzem a um cálculo do seu rendimento, a um fator de risco ou a um índice de vulnerabilidade que deve ser eliminado, por vezes à força. (Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística, 2013, p.362)

Nesse intuito, no Brasil, várias entidades e instituições organizaram espaços de debate e reflexão para discutir a extensão que o DSM ocupou no cenário contemporâneo. Por ocasião da Etapa Brasileira do Movimento Internacional STOP/DSM realizada em São João-Del-Rei, em 2012, François Sauvagnat constrói argumentos e questionamentos que nos permitem situar o DSM-5 no núcleo do Discurso Capitalista¹.

Souza (2003) nos lembra que a produção do Discurso Capitalista foi resultado das indagações de Lacan sobre o lugar da Psicanálise na cultura e na política e sobre a posição política do analista. Lacan insiste que através desse novo discurso, ligado à modernidade e à própria produção capitalista, a ideia da alienação não deve corresponder a uma simples condição de que o homem é determinado pelo trabalho. Assim, o discurso do capitalista impõe a redução do Saber a um valor de mercado (mercadoria) e a produção constante de “objetos” que passam a ser desejados pelo sujeito.

Sauvagnat (2012) formula interrogações acerca da relação do DSM com o imperativo do discurso capitalista. Essas são algumas de suas questões: o que é a APA – American Psychiatric Association para se considerar em posição de impor um manual que sirva de referência para o mundo todo? Qual é o estado de

¹ Durante o Seminário “O avesso da Psicanálise” (1969/1970), Lacan formula o discurso como o que faz laço social e escreve de forma algébrica os quatro discursos denominando-os “discurso do mestre, discurso universitário, discurso histórico e discurso psicanalítico”. Em 1972, em uma conferência em Milão, ele apresenta um quinto discurso: o discurso capitalista.

saúde mental dos Estados Unidos da América? Justo esse país que ocupa o 37º lugar no ranking de eficácia terapêutica geral (sistema de saúde), ficando, inclusive atrás do Marrocos e Costa Rica? Sauvagnat nos lembra que o primeiro lugar no ranking é ocupado pela França e que o Brasil ocupa a centésima vigésima quinta posição. Em seu argumento, Sauvagnat (2012) salienta que o DSM promove sintomas e, claro, em seguida, promove o tratamento indicado e adequado para o sintoma promovido. Nesse ponto, o sintoma ganha valor de mercado e o DSM nos vende sua “latusa”².

A crítica construída por Sauvagnat coincide com as observações do neurobiologista François Gonon, professor doutor e diretor de pesquisa do CNR na Universidade de Bordeaux, na França. Gonon escreveu um artigo cuidadoso, em 2011, intitulado “A Psiquiatria biológica: uma bolha especulativa?”. Ele faz uma análise dos desdobramentos diagnósticos que imperam nos atuais manuais de doenças, contestando o reducionismo que o discurso dominante impõe ao insistir que “tudo é biológico”.

Essa crítica a um modelo exclusivista do substrato biológico ultrapassa a fronteira das ciências. Em seu artigo, Gonon nos lembra que mesmo dentro dos Estados Unidos, há críticas ao modo de impor o modelo biologicista como o único válido e traz como exemplo dessa crítica o artigo do jornalista Ethan Watters publicado pelo *The New York Times* :

O jornalista Ethan Watters escreveu recentemente no *The New York Times* um longo artigo em que ele mostra que a psiquiatria americana tende a impor ao resto do mundo sua concepção estreitamente neurobiológica das doenças mentais. Ele sublinha que essa difusão não é, portanto, devido aos sucessos da psiquiatria americana: o número de pacientes não diminuiu nos EUA, pelo contrário. O discurso, privilegiando a concepção neurobiológica dos transtornos mentais, parece então evoluir independentemente dos progressos da neurobiologia”. (GONON, 2011, p.55, *tradução nossa*)

Este apontamento demonstra que não há uma sutura para estancar a liquidez psicopatológica que é escancarada na cultura norte-americana e que nenhum enquadramento pautado em uma visão neurobiológica irá solucionar esse problema. Gonon (2011) conclui seu artigo afirmando que “as causas dos transtornos mentais podem ser apreendidos de muitos pontos de vista que não são mutuamente exclusivos e possuem cada um sua pertinência: neurobiológico,

² Neologismo criado por Lacan para designar o objeto produzido pela ciência que se apresenta como causa de desejo: “E quanto aos pequenos objetos *a* que vão encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que os governa, pensem neles como *latusas*” (LACAN, 1992 [1969/1970], p.153).

psicológico, sociológico. Toda doença, mesmo a mais somática, afeta o paciente de maneira única.” (GONON, 2011, p.71, *tradução nossa*)

Esta visão do autor demonstra que os transtornos mentais apresentam causas multifatoriais. Faz-se necessário cuidar para não cair em reducionismo, ratificando a ideia de que é o neurobiológico que determina toda afecção. O modelo de tratamento preconizado pelo DSM-5 evidencia o privilégio de alternativas que preservam o interesse mercadológico. A indústria farmacêutica, uma das mais rentáveis mundialmente, estabelece um casamento perfeito com a psiquiatria biológica e todo seu semblante científico.

Os partidários do DSM costumam dizer que o Manual classifica o transtorno, não o indivíduo. Nesse sentido, assistimos a uma inversão em que a produção do medicamento para curar o transtorno antecede o adoecimento e, portanto, aniquila e emudece o sujeito que sofre. Os profissionais de saúde mental, operando com o DSM, viesados por uma referência que é adaptativa e silenciadora, aliados a tratamentos medicamentosos, trabalham para uma “ideologia disfarçada de ciência que psicologizou e medicalizou a vida cotidiana” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p.6).

A PALAVRA E O TRAÇO

A narrativa sempre única do mal-estar escapa ao imperativo da codificação universal que o manual propõe. A singularidade emerge na estampa de cada vivência de sofrimento, seja esta vivência nomeada de distúrbio ou transtorno. Assim, podemos considerar a emergência diagnóstica situando-se em outra escuta, tal como reconhecemos no relato que apresentaremos a seguir.

Um senhor de aproximadamente 50 anos, decide fazer uma viagem de férias com seu irmão mais novo, como era o hábito de ambos durante as férias. Naquele ano, entretanto, se embrenharam em uma viagem internacional e pararam em uma cidade da Itália para que o irmão pudesse realizar uma reunião de trabalho. Durante a reunião, o empresário italiano, que negociava com o irmão, perguntou sobre os planos de ambos para o prosseguimento da viagem de férias. Após saber do roteiro dos irmãos, o empresário gentilmente os aconselhou a seguir dali para a Grécia de navio, ressaltando as maravilhas e belezas que essa viagem reserva. Os irmãos definiram, após ouvi-lo, que eles deveriam acolher a sugestão e aproveitar essa magistral oportunidade de viagem.

O senhor relata que após receber essa amistosa informação se sentiu profundamente deprimido e que percebia o mesmo estado de espírito no

irmão. Entretanto, mesmo no misto de forte tristeza e indecisão eles embarcaram para Atenas. Quando os irmãos chegaram a Atenas, diante da Acrópole, o nosso ilustre senhor relatou que teve um sentimento instantâneo que ele traduziu nas seguintes palavras: *O que estou vendo aqui não é real*. Médico, estudioso e conhecedor que era da psicopatologia, esse senhor imediatamente diagnosticou que vivenciava uma experiência de desrealização.

Encontramos, nesse breve fragmento, dois episódios em que se constata “humor deprimido” e “desrealização” vividos em um curtíssimo espaço de tempo. Se decidirmos enquadrar esse acontecimento na generosa tabela de doenças do DSM-5, constatamos que esse senhor apresentou um *Transtorno disruptivo da desregulação do humor* (296.99 / F.34) e um *Transtorno de despersonalização/desrealização* (300.6 / F.48.1). Obviamente, a indústria farmacêutica desfila os nomes de alguns medicamentos capazes de aplacar esse mal-estar e calar a dor desse senhor.

Para nossa alegria, entretanto, esse senhor não se calou diante de uma categórica descrição de seu mal, mesmo quando a descrição geral da desrealização que consta no DSM-5 pareça representar tão claramente o episódio vivido por ele. Na descrição do DSM, a desrealização se apresenta como “experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido)” (DSM-5, 2014, p.313).

Queremos revelar, então, o nome do ilustre senhor que narrou esse episódio de desrealização e tristeza intensa: seu nome é Sigmund Freud. Em seu texto/carta “Um distúrbio de memória na Acrópole” (1936), que ele escreveu em homenagem ao aniversário de seu amigo Romain Rolland, Freud destaca a maneira única em que cada um é afetado para dizer do seu sintoma. As desrealizações, por exemplo, na descrição de Freud,

... são fenômenos notáveis, ainda pouco compreendidos. Diz-se serem ‘sensações’, mas, evidentemente, são processos complexos, vinculados a conteúdos mentais peculiares e vinculados a operações feitas a respeito desses conteúdos. Surgem com muita frequência em determinadas doenças mentais, não sendo, contudo, desconhecidos entre pessoas sadias.” (FREUD, 1994 [1936], p.242)

Freud nos propõe duas características que retiram o aspecto meramente patológico da desrealização: a primeira é o caráter defensivo do eu para distanciar-se de algo que pode gerar algum sofrimento; a segunda característica é o fato de que a desrealização dependa do passado, do repertório de recordações e de experiências angustiantes da infância, que tenham possivelmente sucumbido ao

recalque. Reconhecendo a controvérsia dessa última característica, Freud anuncia que a desrealização é construída sobre os detritos da história única do sujeito.

Além de estabelecer uma primorosa distinção entre desrealização e despersonalização, Freud nos dá uma aula de cultura, história e psicanálise. Na sua carta, Freud “despatologiza” a vida. Ele constrói um sentido em torno desse “distúrbio” demarcando o que poderia se tratar de um sentimento de culpa ao superar o pai e, ao mesmo tempo, revelando a emergência do *respeito filial* que o afetara sobremaneira:

Mas justamente minha própria experiência na Acrópole, que realmente culminou num distúrbio de memória e numa falsificação do passado, ajuda-nos a demonstrar essa conexão (desrealização e experiências angustiantes na infância). Não é procedente o fato de que, em meus tempos de colegial, eu, alguma vez, duvidasse da existência real de Atenas. Apenas duvidava se algum dia chegaria a ver Atenas. Parecia-me além dos limites do possível, eu, algum dia, viajar tão longe – eu ‘percorrer um caminho tão longo’. Isto se ligava às limitações e à pobreza de nossas condições de vida em minha adolescência (...) (FREUD, 1994 [1936], p.244)

Se tivéssemos calado Freud, incluindo-o instantaneamente numa nomenclatura de algum manual, não teríamos escutado essa declaração de amor ao pai capaz de causar o corpo e produzir saber. Tomamos, portanto, essa perspectiva como a via privilegiada pela qual a Psicanálise considera o singular: o único. A estranha psicanálise demarca que o *initium* subjetivo é operado pelo traço unário, essa marca que recebemos do Outro e que traz para cada um a inscrição da diferença absoluta.

Esse tema é apresentado por Jacques Lacan quando ele se dedica ao Seminário sobre “A identificação”, nos anos de 1961 e 1962. Construindo seu argumento sobre a íntima relação entre o sujeito e o significante, Lacan resgata do texto freudiano³ o inaugural da identificação ao traço [*einzigem Zug*], traduzindo o termo *einzigem* (unicidade) por “unário”. Para Lacan, o traço unário é o suporte da diferença absoluta, trazendo como consequência lógica o inaugural do sujeito, a imposição de um *initium* e a possibilidade de cada sujeito ser contado como único.

O campo que nos permite manter o trabalho é o do sujeito dividido, estranho, impossível de capturar, e que se dissolve entre as palavras que ele próprio constrói. Lacan, em seu retorno a Freud, faz uma torção na leitura clínica dos sintomas ao propor que “o significante, diversamente do signo, é aquilo que representa um sujeito para outro significante.” (LACAN, 1992 [1969/1970], p.27).

³ Trata-se do texto “Psicologia das massas e análise do eu”, publicado por Freud em 1921.

Nessa perspectiva, ele demarca que a experiência analítica enfatiza o que é da ordem do saber e não do mero funcionamento e da representação.

Destacamos a peculiaridade que a noção de diagnóstico recebe no campo da Psicanálise, uma vez que esta obedece a uma regra fundamental: a associação livre. Alinhar-se, portanto, ao “tempo do dizer” faz-nos, inevitavelmente, romper com o tempo do DSM, pois é pela possibilidade de *s’aparrer*, se apalavrar, usando um neologismo de Lacan, que podemos supor a emergência do sujeito, do “sujeito que participa do real, justamente, por ser aparentemente impossível” (LACAN, 1992 [1969/1970], p.97).

Na proposta “universalizante” do DSM ficamos silenciados, uma vez que recebemos a descrição de um sintoma que serve a todos. A palavra de cada um se perde no ideal da língua universal e na hegemonia do medicamento-mercadoria. Para a Psicanálise, entretanto, o que se mantém como direção da cura é a regra inaugurada por Freud: “Fale... associe livremente”. Regra que se mantém em nossos dias e que nos alinha, para concluir, aos dizeres de Lacan:

Vamos lá, diga tudo o que lhe passar pela cabeça, por mais dividido que seja, por mais que isso manifestadamente demonstre que ou bem você não pensa, ou bem não é absolutamente nada, isso pode funcionar, o que você produzir será sempre válido. (LACAN, 1992 [1969/1970], p.100)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUNKER, C. e KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.14, n.4, p.611-626, dezembro 2011.

FRANCES, Allen. Entrevista à *Revista El País/Brasil*, em 26/09/2014. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FRANCES, Allen. **Fundamentos do Diagnóstico Psiquiátrico**: Respondendo as Mudanças do DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREUD, S. Um distúrbio de memória na Acrópole (1936). In: **Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**. Volume XXII, Rio de Janeiro: Imago, 1994.

GONON, François. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? **Revue Esprit**. Novembre, 2011.

JERUSALINSKY, A., & FENDRIK, S. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

LACAN, Jacques. **O Seminário IX: A identificação (1961-1962)**. (inédito)

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

Manifesto por uma psicopatologia clínica não estatística. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 361-372, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12jul. 2018.

Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 – DSM-5 / [American Psychiatric Association, tradução Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [*et al.*]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SAUVAGNAT, François. Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. In: **Revista Analytica**. São João del-Rei, v. 1, n.1, p.13-27, jul-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/viewFile/231/281>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

MAYES, Rick and HORWITZ, Allan. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, Vol. 41(3), p.249-267 Summer, 2005.

SOUZA, Aurélio. **Os discursos na Psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

TRAVAGLIA, Aline Alves da Silva. Psicanálise e saúde mental, uma visão crítica sobre psicopatologia contemporânea e a questão dos diagnósticos. In: **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 31-49, jul. 2014. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/20213/15042>>.
Acesso em: 14 jul. 2018.

SOBRE OS AUTORES

Cláudia Ferreira Melo Rodrigues: Psicanalista. Graduada em Psicologia (FUNEDI-UEMG). Especialista em Gerontologia Social e Especialista em Educação, Juventude e Cidadania (FUNEDI-UEMG). Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais (FUNEDI-UEMG). Doutoranda em Ciências da Saúde (UFSJ). Docente no Curso de Psicologia – Faculdade Pitágoras Divinópolis –MG.

Cláudia Aparecida de Oliveira Leite: Psicanalista membro do *Parlêtre* (Divinópolis - MG). Graduada em Psicologia (UFMG). Especialista em Psicopedagogia (FUNEDI-UEMG). Mestrado e doutorado em Linguística (UNICAMP). Pós-doutorado em Psicopatologia Psicanalítica do Sujeito (Université Toulouse II – Mirail). Pesquisadora associada do Outrarte (IEL/UNICAMP).

Rogéria Araújo Guimarães Gontijo: Psicanalista. Graduada em Psicologia (FUNEDI-UEMG). Especialista em Psicopedagogia e Especialista em Educação Especial (FUNEDI-UEMG). Mestre em Psicologia: Abordagens Clínicas (Pucminas). Doutoranda em Psicologia: Estudos Psicanalíticos (UFMG). Docente no Curso de Psicologia - UEMG (Campus de Divinópolis - MG). Docente no Curso de Psicologia da Faculdade UMA; Divinópolis – MG.