

## **A psicopatologia no limiar entre psicanálise e psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM**

### **The threshold of psychopathology between psychoanalysis and psychiatry: a comparative study about DSM**

### **La psicopatología en el umbral entre el psicoanálisis y la psiquiatría: estudio comparativo sobre el DSM**

**Christian Ingo Lenz Dunker<sup>1</sup>**

**Fuad Kyrillos Neto<sup>2</sup>**

**Resumo :** Apresenta-se uma reconstrução histórica das relações entre DSM e psicanálise. Objetiva-se estudar em quais dimensões as mutações no regime de correspondências psiquiátrico-psicanalítica constituem o sistema DSM como expressão de uma psicopatologia. Conclui-se que nos anos que separam o DSM III do IV, a associação entre a crítica epistemológica de extração filosófica foi neutralizada por meio de um sistema que reúne oposições sem reconhecê-las e simultaneamente agrupa fatores heterogêneos.

**Palavras-chave:** Psicanálise; psicopatologia; diagnóstico; psiquiatria.

**Abstract:** It is presented a historical reconstruction between the DSM relations and the Psychoanalysis. The goal is to study at what dimensions the mutations of the Psychopathology-Psychoanalysis constitute the DSM system as a Psychopathology expression. It was concluded that throughout the years that separated the DSM III and the DSM IV the relation between the epistemological critic of philosophical extraction was neutralized by a system that gathers oppositions without recognizing them and simultaneously groups heterogeneous factors together.

**Keywords:** psychoanalysis, psychopathology, diagnostic, psychiatry.

**Resumen:** Preséntase una reconstrucción histórica de las relaciones entre el DSM y el psicoanálisis. El estudio se centra en las mutaciones en el régimen de los sistemas psiquiátrico-psicoanalítica que constituyen el DSM como una expresión de la psicopatología. Se concluye que en los años que separan el DSM III del IV de un sistema que reúna oposiciones sin reconocerlas y simultáneamente agrupe factores heterogéneos.

**Palabras clave:** psicoanálisis, psicopatología, diagnóstico, psiquiatría.

---

<sup>1</sup> Psicanalista, professor livre docente do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

Rua Abílio Soares, 932 - Paraíso - São Paulo, SP – CEP -04.005-003

chrisdunker@usp.br

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), integrante do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da Universidade de São Paulo (LATESFIP/USP). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Rua Silva Jardim 51 Barbacena, MG – CEP – 36201-004

fuadneto@uol.com.br

## Introdução

Consideramos neste artigo que a psicopatologia define-se como experiência clínica e discurso de *pathos*, constituída como tal em fins do século XIX, principalmente na França e Alemanha, estabelecendo-se como disciplina híbrida, partilhando sistemas semiológicos e diagnósticos entre a psicologia, psiquiatria e psicanálise. Ela tomou descrições provenientes da medicina e da antropologia como objeto, a fenomenologia e as práticas terapêuticas como função de método e ainda como referência axiológica em dispositivos educativos e morais, políticos e sociológicos (Bercherie, 1989; Ionescu, 1983). Em função dessa natureza híbrida entre saber, experiência e disciplina, entendemos porque a psicopatologia historicamente recorreu à filosofia em torno de duas exigências epistemológicas fundamentais: (1) transformar *pathos*, como diferença particular e transitória, em experiência de aspiração universal e (2) transformar *pathos*, como experiência de sofrimento, das paixões e dos sintomas, em discurso e prática clínica singular (Berlink, 2000).

No primeiro caso, trata-se da “determinação antropológica” da psicopatologia presente, por exemplo, na importância de Kant para a formação da psiquiatria clássica alemã (Kraepelin) ou do associacionismo inglês para a psiquiatria de Griesinger. No segundo caso, reconhecemos o problema da “determinação histórica” que se exemplifica na influência que Pinel exerceu sobre o pensamento hegeliano, no papel do positivismo comteano para a psiquiatria clássica francesa (Esquirol, Morel) ou na presença de Husserl na psiquiatria de Karl Jaspers (Berrios, 1996). Pelo número de disciplinas, disparidade de métodos e diversidade de posições, vê-se que a psicopatologia exige e implica a tomada de posição, visando organizar de modo coerente e homogêneo práticas terapêuticas e diagnósticas, bem como discursos semiológicos e etiológicos (Dunker, 2010). Isso implica a articulação entre experiências regulares de aspecto universal pelas quais *pathos* aparece como determinação excessiva ou deficitária e experiências contingentes ou singulares pelas quais *pathos* aparece como indeterminação produtiva ou improdutiva (Honneth, 2007). Não se trata de oposição simples entre quantidades e qualidades, entre singularidade e universalidade, mas da lógica de constituição da experiência, ou seja, do real e do regime de verdade em curso na psicopatologia.

Até a Segunda Guerra Mundial, o sistema de trocas entre psicanálise e psiquiatria, terreno no qual a psicopatologia prosperou, envolveu importações conceituais (a *Spaltung* para Bleuler, a dinâmica para Ey), zonas de confluência metodológica (as teorias sobre grupos na psiquiatria inglesa), mutualismos diagnósticos (quadros como parafrenia, neurose de angústia, *borderline*), derivas semiológicas (neurose, perversão, psicopatia), além de hipóteses etiológicas (organização pulsional, regressão, fixação, defesa) (Quinet, 2001). Por outro lado, o exame histórico das relações entre psicanálise e psiquiatria tende a revelar uma psicanálise muito mais comprometida com a psiquiatria do que ela hoje gostaria de admitir e uma psiquiatria muito mais dependente da psicanálise do que ela está disposta a reconhecer (Ellenberger, 1970; Parker *et al*, 1999; Foucault, 2003). Porém, se o limiar entre psicanálise e psiquiatria é o terreno no qual a psicopatologia se desenvolveu e se o recurso à filosofia é necessário para tratar sua dupla exigência epistemológica, seria possível reencontrar o diálogo interrompido nos instrumentos conceituais e metodológicos que vieram a substituir o apelo à psicopatologia?

Um instrumento particularmente relevante para entender a transformação desse duplo sistema de correspondências psicanalítico-psiquiátrico e psicopatológico-filosófico é o sistema consubstanciado no *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Sua primeira versão, em 1952, reconheceu claramente a síntese de esforços anteriores, em que o papel da psicanálise era proeminente. Devemos lembrar que o esforço de conciliação com a classificação emanada da Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Doenças (CID-6), revelou, pela primeira vez, como as ideias psicanalíticas e psicopatológicas subjacentes poderiam conter particularidades não tão facilmente aceitas no resto do mundo. Há vários trabalhos que descrevem, particularmente a partir do DSM III (1980-1987), o processo gradual de retirada de categorias e signos clínicos de extração psicanalítica

e sua substituição por entidades “propriamente psiquiátricas” (Bayer *et al*, 1985; Stein, 1991; Robertson; Paris, 2005; Burgy, 2008).

O objetivo deste artigo é verificar em que medida essa transformação no regime de correspondências psiquiátrico-psicanalítica, expresso pelas duas exigências epistemológicas apresentadas anteriormente, ainda constitui o sistema DSM como expressão de uma psicopatologia capaz de apresentar-se como solo comum de referência clínica, semiológica e diagnóstica tanto para psicanálise quanto para psiquiatria. Basearemos-nos, para isso, no exame de dois aspectos que nos parecem relevantes para entender o sistema DSM: (1) sua aspiração a colocar-se para o campo da psicopatologia, como uma forma de “classificação” consensual, convencional e tendencialmente desambiguadora (ao modo de um código de linguagem) e (2) sua aspiração a constituir-se em um “ordenamento” de natureza regular, exaustivo e universalizável (ao modo de um código jurídico) das modalidades do psicopatológico.

## **Classificação e ordem**

Recuemos para que o argumento fique mais claro. É plausível que as soluções representadas através do apelo a uma “antropologia filosófica” podem ser substituídas pela adoção de uma estratégia baseada na convencionalidade do significado patológico dos signos, ao modo de uma nosografia, estratégia teórica que depende do conceito de “classe”, que inclui as antigas noções de “tipo”, “quadro” e “grupo”. Inversamente, as soluções historicamente ligadas à importação de conceitos da “filosofia da história” gravitam em torno do conceito fundamental de “ordem”, que reúne noções clássicas como “evolução”, “transformação” e “progresso”.

O problema da universalidade das formas do patológico demanda explicação para a existência de regularidades clínicas que permanecem semelhantes em termos morfológicos e fenomenológicos, no tempo e no espaço, apesar de alterações e modulações expressivas e funcionais. É importante insistir no caráter primitivo dos conceitos de “ordem” e de “classe”, pois uma vez reconhecida sua anterioridade lógica diante de outros conceitos igualmente importantes - como causa ou gênese, estrutura ou função - podemos perceber melhor como as relações entre psiquiatria e psicanálise estão mal focadas. Por exemplo, o argumento de que sintomas ou transtornos (*disorders*) são “causados” por perturbações biológicas análogas à etiologia genética, endócrina, neuroquímica ou anatômica verificável em outras enfermidades (Kaplan *et al*, 1997) requer a admissão de que passagens entre eventos de ordens distintas, do gene ao comportamento, possam ser expressas em classes lógicas homogêneas, da química ao discurso social. Esses ordenamentos seriam casos particulares de uma determinação universal? De forma similar, o argumento de que as apresentações clínicas do patológico são combinações homólogas de contradições derivadas do que há de universal nas culturas, como estruturas familiares, funções de personalidade, formas simbólicas (Tissot, 1984), nos força a admitir que classes originadas em um sistema de oposições possam originar figuras clínicas que aspiram identidade denotativa. Essas classes seriam formas particulares de tipos universais?

Alguns autores (Banzato, 2005; Pereira; Dantas, 2009) procuram mitigar essa dificuldade, distinguindo “diagnóstico” como atividade de discriminação de entidades clínicas de “classificação”, implicando a distribuição de tais entidades em grupos ou categorias. Com base em relações compartilhadas ou diferenciais entre conjuntos, o diagnóstico nosológico não exprime a complexidade da condição do paciente, mas apenas designa o que esse paciente tem em comum com os demais indivíduos incluídos no mesmo conjunto. A semiologia funcionaria mais como um dicionário que especifica o que está e o que não está no código da língua do que como um conjunto total de narrativas. O diagnóstico seguiria o princípio lógico de uma enciclopédia na qual se encontra regras de ação ou caminhos preferenciais de continuidade. O valor patológico dos signos poderia ser pesado pela sua força de determinação ou de indeterminação no conjunto que define um quadro. Seguindo esse raciocínio, o diagnóstico psiquiátrico não pode prescindir de elementos descritivos fenomenológicos e comportamentais revelados na situação clínica na qual a relação intersubjetiva e a interpretação conservam um papel decisivo. Podemos inferir que se a classificação

constrange em demasia o processo diagnóstico, ela prejudica a prática clínica, mas, por outro lado, toda distinção presume classes, categorias, oposições ou conjuntos.

Berrios (2007) define psiquiatria como o conjunto das narrativas desenvolvidas sobretudo nas sociedades ocidentais para explicar e tratar os fenômenos comportamentais que, com base em critérios sociais, mais do que neurobiológicos, foram definidos como desvios. Para Berrios (2008), as classificações psiquiátricas são produtos culturais e não apenas epifenômenos comportamentais envolvidos ou redutíveis a alterações moleculares, mas o fato de a genética sozinha não explicar toda a patologia mental não deve compelir os psiquiatras à pesquisa de invariantes social. As explicações etiológicas ou diagnósticas entre psiquiatria e psicanálise não se somam, ao modo de fatores em uma operação matemática, porque as relações de classe e ordem nem sempre são do mesmo tipo e não porque a psiquiatria advoga homogeneamente uma ontologia materialista e monista e a psicanálise o seu correlato idealista e dualista. A crença de que as doenças mentais dependem de construtos sociais não é ameaçadora à psiquiatria por questionar a existência profissional de psiquiatras; ela é ameaçadora por não oferecer a estabilidade requerida para criar um sistema preditivo (relação de ordem) entre fenômenos, que é uma expectativa inerente a toda forma de medicina. A crença de que estruturas clínicas dependem do funcionamento do sistema nervoso não é ameaçadora à psicanálise por questionar a existência do inconsciente ou da pulsão; ela é ameaçadora por descrever o sofrimento e os sintomas em uma semiologia (relações de classe) refratária à intervenção pela palavra, sob transferência.

Podemos agora sintetizar o tipo de mutualismo teórico-clínico existente entre psicanálise e psiquiatria à altura da formulação do DSM I em 1952. A psicanálise preocupou-se pouco com a consistência de seu sistema de classificação dos grupos psicopatológicos. Ao longo da obra de Freud, encontramos regularmente uma atitude avessa ao ideal de classificação exaustiva e de regularidade semiológica constante, comparável ao agrupamento das espécies proposto por Lineu ou a tabela periódica proposta por Mendeleiev. Ao contrário, Freud, e isso parece ter se mantido como uma tônica entre quase todas as tradições psicanalíticas, acentuava em termos diagnósticos a dimensão de “ordenamento” dos signos em detrimento da sua função “classificatória”.

Contudo, a psicanálise conta com um conjunto de conceitos e de hipóteses de natureza metapsicológica que fazem a função dessa classificação no interior de uma psicopatologia. A saber, a função antropológica de organizar diferenças sob a égide da universalidade. Trata-se das teorias complementares sobre o inconsciente, a pulsão e a defesa. Isso permitiu que a força expositiva de casos clínicos adquirisse um valor de generalização poucas vezes alcançado antes e até hoje questionável em termos da formulação de evidências. Casos clínicos não funcionam, como na relação de classe em psiquiatria, por acumulação e pelo recurso central às operações de distinção, indução e inclusão em famílias, ordens, gêneros ou classes, distribuindo de forma homogênea em oposições verticais (Gênero → Espécie) e oposições horizontais (Tipo A ou Tipo B). Um caso é principalmente a articulação de uma história ou de um conjunto de histórias que se ordenam de modos distintos e móveis (história dos sintomas, do tratamento, narrada, lembrada, esquecida). Uma passagem representativa da presença dessa atitude em Freud: “Sei que há – ao menos nesta cidade – muitos médicos que (coisa bastante repugnante) vão querer ler um caso clínico desta índole como uma *novela* destinada a sua diversão e não como uma contribuição a *psicopatologia* das neuroses (Freud, 1905, p. 8).

O termo em alemão para novela, neste trecho, é *schlüsselroman*, ou seja, literalmente “romance chave” e não apenas “novela” (como a tradução espanhola) ou “romance” (como na tradução brasileira). O recurso à psicopatologia em psicanálise baseia-se na apresentação de casos que funcionam como modelos ou paradigmas que permitem definir as relações de ordenamento entre os signos patológicos. Dessas relações se pode inferir secundariamente potenciais classificações. Estas devem se ajustar e se submeter à força do ordenamento cujo núcleo é a noção de causalidade (antropologia filosófica) ou de determinação (filosofia da história). Em Lacan, por exemplo, a tensão entre as estruturas ontológicas, baseadas em relações de “ordem” (real, simbólico e imaginário), tenciona ao longo de toda obra com as estruturas antropológicas que privilegiam as

relações de “classe” (metáfora paterna, teoria dos discursos, teoria da sexuação), sendo o ponto constante (o *schlüsselroman* de Freud) de seu ensino, as articulações entre ambas.

Dessa maneira, podemos entender porque a divisão de tarefas entre psiquiatria e psicanálise poderia comportar a formulação de um sistema diagnóstico como o DSM. O lugar reservado para a consistência e exaustividade classificatória havia sido deixado vago por Freud. Ele reconheceu a importância de outros métodos na realização dessa tarefa e, ressaltamos, não via uma antinomia entre a psicopatologia assim constituída e a psicanálise.

### A presença da psicanálise na formação do DSM

O sistema DSM é um imenso empreendimento coletivo, do qual participam diferentes grupos de trabalho, comportando milhares de pesquisadores divididos em seções que expressam orientações teóricas e clínicas distintas. Ele começa sob grande influência do sistema diagnóstico de Meyer (1866-1950), com predomínio de categorias de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose. Ao tornar-se professor de psiquiatria na Johns Hopkins University, em 1910, Meyer, na qualidade de membro da Associação Psicanalítica Americana já se interessara pelos *Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade* e pelo *Caso Dora*, elogiando o método de análise de Freud e sua interpretação dos sonhos (Chemouni, 1991). Isso ajuda a entender a extensa sobreposição de categorias psicanalíticas e psiquiátricas nos estudos que antecederam e de certa forma prepararam o DSM:

#### QUADRO 1

Categorias psiquiátricas e psicanalíticas nos estudos antecedentes ao DSM

Data	Quadros	Número	Finalidade
1840	Idiotice Insanidade	2	Censo
1880	<b>Mania, Melancolia</b> , Monomania, Paralisia, Demência, Alcoolismo	7	Organização do sistema asilar
1918	13. <b>Psicose</b> maníaco depressiva (tipos: depressivo, estupor, misto, circular) 14. <b>Melancolia</b> involutiva 15. <b>Demência Precoce</b> (tipos: paranóide, catatônica, hebefrência, simples) 16. <b>Paranoia</b> 18. <b>Psiconeuroses e Neuroses</b> (tipos: <b>histérico</b> , psicastênico, <b>neurastênico</b> , <b>desordens de</b> <b>ansiedade</b> )	22	<i>Manual Estatístico para o Uso de</i> <i>Instituições de Insanos</i>
1952	Desordens <b>Psicóticas</b> (Tipos: afetivo, maníaco-depressivo, esquizofrênico) Desordens <b>Psiconeuróticas</b> (tipos: reação <b>psiconeurótica</b> , reação <b>ansiosa</b> , reação <b>dissociativa</b> , reação <b>conversiva</b> , reação <b>fóbica</b> , reação <b>obsessivo</b> <b>compulsiva</b> , reação depressiva)	180	DSM – I

Fonte: The American Medico-Psychological Association, 1918; APA, 1952, grifo nosso.

Observamos que na classificação de 1918, todos os quadros, excetuando-se as condições médicas correlatas (exógenas), contêm sobreposições diretas ou parciais com categorias encontradas também na psicopatologia psicanalítica. Na classificação de 1952 do DSM-I, essa tendência permanece com duas ressalvas, inclui-se massivamente a ideia de “reação”, como que a enfatizar a natureza transitória de tais estados, e introduz-se uma divisão dos quadros de típico interesse psicanalítico entre as psiconeuroses, qualificadas como desordens (*disorders*). Surge um novo conjunto de categorias agrupado em torno da noção de personalidade, com dez subtipos: inadequada, esquizóide, ciclotímica, paranóide, estável-emocional, agressivo-passiva, sadopática, antissocial, dissocial e com desvio sexual. A classe da paranoia desloca-se da condição de grande grupo dentro das psicoses (como considera a psicanálise) para um tipo de personalidade e uma forma de delírio.

Opondo-se tanto à noção de “processo”, extensamente presente na grande síntese psiquiátrica alemã (baseada nas divisões propostas por Kraepelin), quanto à noção de “constituição”, disseminada nas teorias da personalidade de extração francesa, Meyer centrou sua racionalidade diagnóstica em “tipos de reação” (relações de classe) e no pressuposto sintético da “história de vida” e das moções determinantes das doenças mentais (relações de ordem). O primeiro grupo é referido em torno do espectro que vai da ansiedade à depressão, com relativa preservação da ligação com a realidade. O segundo (desordens psicóticas) caracteriza-se pela presença de alucinações e delírios com perda substantiva da realidade (Wilson, 1993).

Comparemos a presença e sobreposição das categorias psicopatológicas nos primeiros trabalhos de classificação das doenças mentais realizados pela APA e o sua evolução nas versões subsequentes.

## QUADRO 2

Alterações das categorias psicopatológicas nas versões do DSM

Data	Versão	Número Quadros	Reformulação psicopatológica	Fato relevante para a psicanálise
1952	DSM I	106	Racionalidade diagnóstica centrada em tipos de reação e no pressuposto sintético da história de vida e das moções determinantes das doenças mentais	Predomínio de categorias de extração psicodinâmica, ressaltando-se a oposição entre neurose e psicose
1968	DSM-II	182	Abandono da noção de “reação”. Oposição entre <b>neuroses</b> (fobia, obsessivo-compulsiva, depressiva, neurastênica, hipocondria, despersonalização) e <b>desordens de personalidade</b> ( <b>paranóide</b> , ciclotímica, esquizóide, explosiva, obsessiva compulsiva, histérica, astênica, antissocial, passivo-agressiva, inadequada)	Manutenção da noção de “neurose” exprime predominância da psicodinâmica psiquiátrica
1980	DSM-III	265	Surge o sistema de diagnóstico multiaxial. Admite pela última vez o termo <i>neurose</i> como categoria clínica. Retirada da categoria “homossexualidade”. “Cada desordem mental é conceituada	O sistema classificatório se considera <i>ateórico</i> e <i>operacional</i> das grandes síndromes psiquiátricas. Introdução do <b>transtorno de personalidade narcisista</b>

			como comportamento clinicamente significativo ou síndrome psicológica”	
1987	DSM-III-R	292	Elimina o conceito de <b>homossexualidade ego-distônica</b> . Exclusão de quadros como <b>desordem disfórica pré-menstrual e distúrbio da personalidade masoquista</b>	Diagnósticos são considerados sistemas convencionais, confiáveis sem qualquer referência ontológica
1994	DSM-IV	297	Inclusão de um critério de significância clínica para quase metade de todas as categorias que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social e ocupacional. A histeria é desmembrada em síndromes: <b>dissociação, dismorfismo corporal, ansiedade, depressão, fibromialgia</b>	DSM exclui os psicodinamismos da etiologia conversiva e os substitui pelo enfoque neo-organicista
2000	DSM-IV-TR	297+21 (presentes no apêndice B – Propostas para estudos adicionais)	Atualização das revisões bibliográficas que fundamentaram o DSM IV. Supressão do critério de “significativo sofrimento ou comprometimento” para o diagnóstico de transtorno de tique. Por volta de 50% dos quadros exigem “ <i>clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning</i> ” como critério diagnóstico	Valorização de comorbidades e cruzamentos entre eixos diagnósticos

Fontes: APA, 1987; 1968; 1952; Associação Psiquiátrica Americana, 2009, grifo nosso.

Em 1968 houve uma revisão da seção de transtorno mental da CID-8, promovida pela Organização Mundial de Saúde (APA, 1968). A rápida integração da psiquiatria com o restante da medicina ajudou a criar a necessidade de uma nomenclatura psiquiátrica e classificações proximamente integradas com outras práticas médicas. O principal fato a destacar na revisão promovida pelo DSM-II é que o termo “reação” foi abandonado, mas o “neurose” foi mantido. Isso refletia a predominância da psicodinâmica psiquiátrica e o fortalecimento da psicopatologia comum entre psicanálise e psiquiatria, embora as perspectivas biológicas e os conceitos do sistema de Kraepelin de classificação comesçassem a ser incluídos (Tomm, 1990). Os sintomas não eram especificados com detalhes em distúrbios específicos. Muitos eram vistos como reflexos de grandes conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida, enraizados em três oposições fundamentais: neurose ou psicose; ansiedade ou depressão e alucinações ou delírios. Esses três grupos eram atravessados por um dualismo maior: quadros largamente “em contato com a realidade” e quadros denotando “significativa perda de realidade”. Podemos perceber tal dualismo

na criação do grupo de patologias de código 301-304 intitulado *Personality disorders and certain other non-psychotic mental disorders* (APA,1968). As três oposições eram contrabalançadas pela assimilação de teses biológicas e sociológicas que ainda não enfatizavam um claro limite entre normalidade e anormalidade (Tomm,1990). No prefácio da versão II, o comitê justifica sua escolha:

Ao selecionar termos diagnósticos adequados a cada categoria, o Comitê escolheu aqueles que facilitassem ao máximo a comunicação entre os profissionais e reduzissem a confusão e a ambiguidade ao mínimo. Os racionalistas talvez estivessem propensos a acreditar no velho ditado: “uma rosa com outro nome teria o mesmo doce perfume”, mas os psiquiatras sabem muito bem que fatos irracionais desmentem sua validade e a nomenclatura deles próprios condiciona nossa percepção. O Comitê aceitou o fato de que diferentes nomes para a mesma coisa implicam diferentes atitudes e conceitos. Ele tem, entretanto, tentado evitar termos que carreguem consigo implicações sobre a natureza de um distúrbio ou suas causas e tem sido claro sobre pressupostos causais quando eles são partes integrantes de um conceito de diagnóstico (APA, 1968, p.VIII, tradução nossa)<sup>1</sup>.

O modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. As perturbações mentais eram expressões visíveis de uma realidade psicológica a ser interpretada no curso do tratamento. Psicanalistas como Moses M. Frohlich, Jacob S. Kasanin, Edward Adam Strecker compuseram o comitê redator dessa versão. Nolan Lewis, um dos primeiros americanos a praticar a psicanálise, que partilhava interesses em psicanálise e bioquímica, fisiologia e genética, fazia parte do grupo. Outra figura importante no comitê foi Franz Alexander, um dos responsáveis pelo notável impulso da psicanálise nos Estados Unidos durante a década de 1930, fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago e um dos precursores da aplicação do pensamento psicanalítico a processos patofisiológicos. Em meio à Guerra Fria e ao papel crescentemente político da psiquiatria, a aproximação entre psiquiatria e psicanálise ganhava força, conferindo cientificidade a ambas sob a égide de um universalismo e um nominalismo dos quadros psicopatológicos. Para alguns, isso significava um tipo novo de colonização representada pela exportação e codificação das formas de sofrimento (Watters, 2010).

Porém, entre 1952 e 1973, 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. Szasz (1977) afirma que o impacto da psicanálise na psiquiatria americana produziu uma difundida ideologia pseudomédica que ele atribuiu ao alto *status* social e econômico da profissão médica, a ambivalência da psiquiatria com relação à psicanálise e uma cultura carente de padrões éticos estáveis, que procura valores científicos, seculares e de classe média. A associação entre histeria e feminilidade (301.50- *Histrionic Personality Disorder*) e a ligação entre homossexualidade e perversão (302 - *Sexual deviations and disorders/ 302.0 - Homosexuality*) são exemplos de que o manual representaria a realização institucional referendada pelo Estado e articulada aos seus dispositivos educacionais, jurídicos e de pesquisa com viés político. A individualização e a patologização de contradições sociais, a segregação de minorias e o controle e neutralização de resistências encontrariam, assim, um referendo psiquiátrico-psicanalítico. Roudinesco (2000) nos lembra que a sociedade moderna buscava banir a realidade do infortúnio, da morte e da violência, procurando integrar as diferenças e as resistências num único sistema.

A sequência de polêmicas e protestos de críticos e ativistas em conferências anuais da APA e o surgimento de novos dados de pesquisadores como Kinsey e Hooker fizeram o DSM-II finalmente questionar a homossexualidade como uma categoria de “desordem”. Devido aos esforços do psiquiatra Robert Spitzer, o diagnóstico foi substituído pela classe “distúrbio de orientação sexual”, atualmente dividido entre Transtorno de Identidade de Gênero (GID). A revisão do DSM-II ganhou impulso a partir do debate sobre manter ou não a homossexualidade como categoria diagnóstica específica (Pereira, 2000). Em 1970, ativistas gays invadiram o congresso da APA e protestaram contra a ideia do comportamento homossexual como intrinsecamente patológico



(Pereira, 1996). Em 1973, a APA aceita retirar a homossexualidade da condição patológica. No DSM III-R encontramos o seguinte comentário acerca da Homossexualidade Ego-distônica:

“Esta categoria foi eliminada por várias razões. Ela sugeriu a alguns que homossexualidade era considerada uma doença. Nos Estados Unidos quase todas as pessoas que são homossexuais primeiro passam por uma fase em que a homossexualidade deles é ego-distônica. Além disso, o diagnóstico de homossexualidade ego-distônico raramente tem sido utilizado clinicamente e houve apenas alguns artigos na literatura científica que usam o conceito. Finalmente, os programas de tratamento que tentam ajudar os homens a se tornarem bissexuais, heterossexuais não tem usado esse diagnóstico. No DSM-III-R, um exemplo de afecções sexuais são casos que no DSM-III preencheram os critérios de **homossexualidade ego-distônica**” (APA, 1987, p. 426, grifo e tradução nossa)<sup>ii</sup>.

A nova revisão do DSM manteve Spitzer como presidente da força-tarefa em 1974. Três objetivos se destacam: melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico, padronizar as práticas de diagnóstico nos Estados Unidos e outros países e facilitar o processo de regulamentação farmacêutica. Os pontos de vista psicodinâmicos e fisiológicos deram lugar a um modelo regulamentar ou legislativo (Kutchins; Kirk,1997), tornando o problema teórico da classe e ordenamento solúvel por meio de uma sistema articulado e autorregulado de “consensos operacionais”.

A controvérsia concentrou-se na supressão do conceito de “neurose”, uma das classes fundamentais da psicopatologia psicanalítica e o quadro que justificaria a eficácia dessa forma de psicoterapia. Para os reformadores do DSM-III, essa noção tornara-se vaga e não-científica e a nova versão passou por sério perigo de não ser aprovada pelo Conselho de Administração da APA. Um compromisso político de reutilização do termo foi assumido e inserido entre parênteses, em alguns casos, depois da palavra “desordem” (*disorder*). O DSM-III pode ser considerado o ponto de virada nas relações entre psicanálise e psiquiatria. Segundo Mayes e Horwitz, a psiquiatria passa a definir-se, pela primeira vez, em oposição à psicoterapia e “os psicoterapeutas são acusados de criar demandas e serviços para aqueles que realmente não estavam doentes, mas apenas discontentes (*discontents*)” (Mayes; Horwitz, 2005, p. 251). Segundo esses autores, encontrava-se, assim, na psicoterapia (de extração predominantemente psicanalítica) o fator responsável pela superpopulação de internos em instituições psiquiátricas para o sexismo, para o uso político (não científico) da psiquiatria.

Publicado em 1980, o DSM-III representou uma profunda transformação da psiquiatria. Ao se posicionar como um sistema classificatório ateuico 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. Em 1987 o DSM-III-R foi publicado como uma revisão do DSM-III, sob a direção de Spitzer, em nome da “confiabilidade do diagnóstico” (Kutchins; Kirk, 1997, p. 27) .

Segundo Pereira (2000), a partir do DSM-III, os diagnósticos seriam considerados instrumentos convencionais, dispensando qualquer referência ontológica. A única exigência seria a concordância no plano descritivo. O DSM-III admite, pela última vez, o emprego da “neurose” como categoria clínica. Os contextos e variantes sociais são reduzidos a “síndromes culturais específicas” ou distribuídos por um entendimento bastante limitado do campo social na determinação, expressão e caracterização dos transtornos mentais<sup>iii</sup>. A nova versão do DSM podia ser apresentada aos críticos como sucedânea de uma exclusão dos termos psicanalíticos. Em contrapeso, uma série de “problemas” pode ser evacuada por meio dessa “des-associação” com a psicanálise: exigência de uma teoria explicativa unificada, pretensão etiológica, ambiguidade descritiva, sem falar na concorrência entre observações clínicas diversas.

Russo e Venâncio (2006) ressaltam o contexto ideológico das divergências entre a psicanálise e os idealizadores da terceira versão do DSM. Os psicanalistas se posicionaram de um lado contra os psiquiatras partidários de uma visão fisicalista do transtorno mental. Mas a transformação levada a cabo pelo DSM III é fruto de uma aliança entre psiquiatras de orientação

fiscalista 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. Nos dois casos, a ortodoxia psicanalítica era o inimigo a ser vencido.

Othmer (1992), numa obra prefaciada por Spitzer, afirma que a mudança nos conceitos de enfermidade psiquiátrica no DSM III obriga a uma mudança nos estilos de entrevistar usados por profissionais da saúde mental nos dias de hoje. “De um estilo *orientado pelo insight (psicodinâmico)* para um *orientado pelo sintoma (descritivo)*” (Othmer, 1992, p. 3). Ainda, segundo Othmer, a entrevista orientada pelo sintoma origina-se na hipótese de que os distúrbios psiquiátricos se manifestam através de um conjunto característico de sinais e sintomas, um curso previsível, uma resposta a um tratamento um tanto específico e muitas vezes uma ocorrência familiar. A meta da entrevista orientada pelo sintoma é classificar as queixas e disfunções do paciente de acordo com as categorias definidas pela classificação DSM. Tal diagnóstico prediz o curso futuro e ajuda a selecionar empiricamente o tratamento mais eficaz, mas não permite conclusões sobre suas causas.

O método de tal entrevista consiste em observar o comportamento do paciente e motivá-lo a descrever seus problemas em detalhe. O entrevistador traduz sua percepção em sintomas e sinais para um diagnóstico descritivo. Tal diagnóstico inclui avaliação do ajustamento das capacidades de enfrentamento do paciente, seu modo de lidar com seu distúrbio e uma avaliação das condições clínicas do paciente, das circunstâncias sociais e dos estressores ambientais.

O DSM IV apresenta uma grande mudança na inclusão de um critério de significância clínica para quase metade de todas as categorias que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes. Masoti (2009), ao fazer uma breve retrospectiva da extinção do termo “neurose” na classificação DSM, ressalta o menosprezo desse sistema classificatório com a atividade psíquica nas gêneses dos transtornos somáticos. Por exemplo, na primeira edição do DSM, a terminologia “reação de conversão” se referia ao componente reativo, ideacional ou simbólico do sintoma de conversão (*conversion reaction*) (APA, 1952, p. 6). A segunda edição do DSM aproximou-se ainda mais da terminologia de Freud (psiconeurose histérica de conversão) com a finalidade de assinalar a proeminência dos sintomas psíquicos sobre os somáticos.

O DSM-III retrocede na defesa da etiologia psíquica na formação dos sintomas somáticos. Essa edição do manual orienta os médicos para o fato de que a introdução dos psicodinamismos na etiologia dos sintomas conversivos responde a uma condição subjetiva do próprio juízo do profissional médico que os inclui. Ou seja, o fato de a teoria psicanalítica versar sobre fatos de significação, subjetivamente variáveis, torna esta teoria ela mesma uma manifestação de adesão subjetiva de quem a emprega. Finalmente, em sua quarta versão, o DSM exclui os psicodinamismos da etiologia conversiva e os substitui pelo enfoque neo-organicista atual, em contraposição ao organicismo anterior. A histeria é desmembrada em síndromes: dissociação, dismorfismo corporal, ansiedade, depressão, fibromialgia.

Ramos (2008) aponta as grandes modificações tanto nas representações da histeria quanto nos próprios quadros que se apresentam para os clínicos no decorrer do século XX. O autor ressalta duas perspectivas entre os autores contemporâneos acerca das modificações na apresentação da histeria. Ou a histeria modificou-se e aparece hoje na forma de transtornos alimentares, algias, etc. ou a histeria está desaparecendo, dando lugar para quadros mais graves como os quadros *boderlines*. Na mesma linha de raciocínio, Henriques (2009), ao pesquisar a evolução do conceito de psicopatia de Cleckley no DSM IV-TR, constata que a classificação DSM procedeu à radical operacionalização dos critérios diagnósticos propostos para a psicopatia, enfatizando características comportamentais reduzidas a condutas antissociais, objetiváveis e evidenciáveis. Nas palavras do autor: “o critério de psicopatia degrada-se ao nível do levantamento protocolar dependendo dos testemunhos de terceiros para confirmar as condutas antissociais do provável psicopata” (Henriques, 2009, p. 296). Tende-se, dessa forma, a substituir a escuta clínica do sujeito pela pesquisa de anomalias comportamentais que a referência ao conformismo social transforma em sinais de patologia.

Há, portanto, uma tendência ao desmembramento dos quadros clássicos, nos quais a presença da psicanálise é mais bem percebida em grupos descritivos e operacionais menores. O que esta tendência revela não é o fim da noção de classe, mas a segmentação de categorias, sem elucidação de suas regras de formação e, portanto, perda da conexão intrínseca entre ordem e classe, que caracterizava o campo da psicopatologia, seja ela psicanaliticamente inspirada ou não.

## Conclusão

Nos 20 anos que separam o DSM-III do IV, rompeu-se a tradição, em vigor desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental faziam-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica. Ao mesmo tempo rompeu-se a aproximação entre psicanálise e psiquiatria, celebrada sob os auspícios de figuras de compromisso como a psiquiatria psicodinâmica e a psicopatologia. A associação entre a crítica epistemológica de extração filosófica, baseada na antropologia e seus sistemas classificatórios ou na história e seus processos ordenadores, não foi derrogada, mas apenas neutralizada por meio de um sistema que reúne oposições sem reconhecê-las e ao mesmo tempo soma fatores heterogêneos.

O método multiaxial pode ser considerado um resíduo dessa articulação: desordem clínica, personalidade, condição médica, fatores psicossociais e funcionamento global não são apenas palavras chaves, representativas dos cinco eixos desse sistema diagnóstico. Elas exprimem, em cada caso, articulações entre relações de ordem e de classe que são logicamente distintas entre si, quer se acentue a “gênese” ou a “estrutura”, a “causa” ou o “funcionamento”, o “sintoma particular” ou a “síndrome global”. Ou seja, em vez de progredir pela ambiguação de línguas concorrentes, tal como a psicopatologia clássica, recorreu-se à unidade desambiguadora da norma operacional<sup>iv</sup>. Trata-se de uma mutação da própria razão diagnóstica e não de um de seus movimentos de contradição interna. Afirmar que a ruptura entre psiquiatria e psicanálise se dá em função de critérios de cientificidade mais ou menos positivistas é jogar pelas regras de um jogo ultrapassado. Argumentar em torno da oposição entre técnica e ética, criticar o deslocamento do método de investigação para a tecnologia de pesquisa (Eriksen; Kress, 2004) no fundo confirma humanismo datado que atravessa a psicanálise, e a confina a defender uma posição que não é de fato posta em seus próprios termos. O importante é entender como as regras daquilo que estamos dispostos a contar como racional, no dispositivo social que é o diagnóstico, foram alteradas, muito recentemente, dispensando a concorrência de paradigmas e forçando falsas oposições.

Afirmamos anteriormente (Dunker, 2010) que existe uma desarticulação entre história e estrutura na racionalidade diagnóstica atual. Na psiquiatria baseada no DSM-IV, permanece uma grande oposição entre transtornos clínicos (eixo I) e de personalidade (eixo II). O eixo I busca descrever os sintomas da pessoa, enquanto o eixo II almeja descrever sua personalidade. A psiquiatria em curso no DSM não pretende constituir-se como uma psicopatologia estrutural, pois as classes não são definidas por regras de formação estáveis (princípio da convencionalidade operacional) e as ordens não se conectam com lógicas causais (princípio da exclusão etiológica). Daí as crônicas dificuldades classificatórias de elevadas consequências clínicas. Há um crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas que responde a uma demanda não apenas de medicamento e alívio, mas de sentido. Caberia assim à psiquiatria ao mesmo tempo tratar e produzir excesso de experiências improdutivas de determinação, a saber, a inflação nominalista da saúde mental sobre o sofrimento de *pathos*. Por outro lado, caberia à psicanálise ao mesmo tempo tratar e produzir uma espécie de *déficit* de experiências produtivas de indeterminação, a saber, a deflação da demanda de significação e ordem que acompanha o sofrimento de *pathos*.

Avaliamos que seja na crítica da cultura ou no diálogo com as classificações diagnósticas que a psicanálise tem uma contribuição específica a dar, na medida em que permite uma abordagem racional do subjetivo, do singular e dos aspectos irreduzíveis a grandes leis gerais sobre o sofrimento humano. Mas para isso terá que atravessar tanto a pertinência das objeções políticas quanto o rigor das críticas epistemológicas que se expressam na formulação do DSM-III, sem recuar para a posição anterior de compromisso semiológico diagnóstico. Por outro lado, a

psiquiatria ao se afastar da psicopatologia, reconhecendo nela um território demasiadamente ambíguo do sofrimento, do mal-estar e da significação, com sua polifonia de vozes e narrativas, aproxima-se perigosamente de uma prática mecânica de medicalização de massas. Dessa forma, a sua aspiração à universalidade decai em “totalidade operacional”, bem como sua capacidade para intervir na singularidade da clínica degrada-se em “generalidade particular”.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM V: the future manual**. Disponível em: <<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV.aspx>>. Acesso em: 15 out. 2010.

APA - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, D. C.: APA, 1968.

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 1<sup>nd</sup> ed. Washington, D. C.: APA, 1952.

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** 3<sup>rd</sup> ed. rev. Washington, D. C.: APA, 1987.

\_\_\_\_\_. **Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM IV-TR**. Porto Alegre: Editora Artemed, 2009.

BANZATO, C. et al. **Classificações diagnósticas: usos e riscos**. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol\\_id=7&boltex\\_id=27](http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol_id=7&boltex_id=27)>. Acesso em: 28 jun. 2010.

BANZATO, C. et al. (Eds.). Philosophical and methodological foundations of psychiatric diagnosis. **Psychopathology**, New York, 38(4), p. 155-230, 2005.

BAYER, R.; SPITZER, R. L. Neurosis, psychodynamics and DSM-III. A history of the controversy arch gen psychiatry. **Comprehensive Psychiatry**, Washington 42(2), p. 187-196, 1985.

BERLINCK, M. T. O que é psicopatologia fundamental. In: \_\_\_\_\_. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000. p. 11-27.

BERRIOS, G. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008.

\_\_\_\_\_. Como o passado pode nos ajudar a prever o futuro? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p.11-12, 2007.

\_\_\_\_\_. **The history of mental symptoms**. Cambridge: UK, 1996.

BURGY, M. The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects **Schizophr Bull. Oxford Journal**, Oxford, v. 34, p. 1200-1210, 2008.

CHEMOUNI, J. **História do movimento psicanalítico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

DAN, J. S. Philosophy and the DSM-III. **Comprehensive Psychiatry**, Cambridge, v. 32, issue 5, sept.-oct. , p. 404-415, 1991.

DUNKER, C. I. L. **Razão diagnóstica e psicopatologia psicanalítica**. São Paulo, 2010. 28p. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Constitution of the psychoanalytic clinic** – a history of its history and power. Karnac, Londres, 2010.

ELLENBERGER, H. **The discovery of the unconscious**. New York: Basic Books, 1970.

ERIKSEN, K.; KRESS, V. **Beyond the DSM story: ethical quandaries, challenges and best practices**. USA: Sage Publications, 2004

FREUD, S. (1905). **Fragmento de análise de um caso de histeria**. In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*, tomo 7, Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GROB, G. N. Origins of DSM I: a study in appearance and reality. **Am J Psychiatry**, Arlington, n. 148, v. 4, p. 421-431, abril 1991.

HENRIQUES, R. P. De H. Cleckley ao DSM IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 285-302, jun. 2009.

HONNETH, A. *Sufrimento de indeterminação*. São Paulo: **Esfera Pública**, 2007.

IONESCU, S. **Catorce enfoques de la psicopatologia**. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KUTCHINS, H.; KIRK, S. **Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders**. New York: Free Press, 1997.

MASOTI, A. L. **Trauma psíquico y síntoma**. Las falácias do neo-organicismo. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **J Hist Behav Sci**, New Jersey, n. 41, v. 3, p. 249-67, 2005.

OGDEN, C. K.; RICHARDS, I. A. **The meaning of meaning: a study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism (1923)**. San Diego: Harcourt; Brace Jovanovich, 1989.

OTHMER, E. **A entrevista clínica usando DSM-III-R**. São Paulo: Manole, 1992.

PARKER, I. et al. **Deconstructing psychopathology**. Londres: Sage, 1995.

PEREIRA, M. E. C. **O DSM IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para que?** Disponível em: <[www.estadosgerais.org/historia/98-dsm-.shtml](http://www.estadosgerais.org/historia/98-dsm-.shtml)>. Acesso em: 16 out. 2009.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. In: COUTO, L. F. S. **Pesquisa em Psicanálise**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1996. p. 43-54.

QUINET, A. **Psicanálise e psiquiatria**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RAMOS, G. A. **A histeria e a psicanálise depois de Freud**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2008.

ROBERTSON, B. M.; PARIS, J. The place of psychoanalysis in Academic Psychiatry. **Canadian J. Psychoanal**, n. 13, p. 333-355, 2005.

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

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

SPITZER, R. et. al. **Casos clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SZASZ, T. S. **Ideologia e doença mental**. Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

THE AMERICAN MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1917). Appendix VIII. Classification of mental diseases adopted by may 30, 1917, and by The New York State Hospital Commission, July 1, 1918.

TISSOT, R. **Función simbólica y psicopatología**. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

TOMM, K. A critique of the DSM. **Dulwich Centre Newsletter**, Toronto, n. 3, p. 5-8, 1990.

WATTERS, E. **Crazy like us** - the globaliazation of the american psyche. New York: Free Press, 2010.

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

---

<sup>i</sup> In selecting suitable diagnostic terms for each rubric, the Committee has chosen terms which it thought would facilitate maximum communication with in the profession and reduce confusion and ambiguity to a minimum. Rationalists may be prone to believe the old saying that "a rose by any other name would smell as sweet"; but psychiatrists know full well that irrational factors belie its validity and that labels of themselves condition our perceptions. The Committee accepted the fact that different names for the same thing imply different attitudes and concepts. It has, however, tried to avoid terms which carry with them *implications* regarding either the nature of a disorder or its causes and has been explicit about causal assumptions when they are integral to a diagnostic concept.

<sup>ii</sup> This category has been eliminated for several reasons. It suggested to some that homosexuality itself was considered a disorder. In the United States almost all people who are homosexual first go through a phase in which their homosexuality is egodystonic. Furthermore, the diagnosis of Ego-dystonic Homosexuality has rarely been used clinically

---

and there have been only a few articles in the scientific literature that use the concept. Finally, the treatment programs that attempt to help bisexual men become heterosexual have not used this diagnosis. In DSM-III-R, an example of Sexual Disorder nos are cases that in DSM-III would have met the criteria for Ego-dystonic Homosexuality.

<sup>iii</sup> Segundo Mayes e Horwitz (2005), o manual é uma referência internacional aceita na maior parte dos países do ocidente, utilizado massivamente pelos sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa psiquiátrica e farmacêutica.

<sup>iv</sup> A grande oposição não se dá entre fundamentação biológica ou psicológica. Basta lembrarmos das figuras teóricas como a neuro-psicanálise ou como a etnopsiquiatria, que invertem facilmente essa oposição, ou ainda figuras atitudinais de linhagem bio-psicossocial para verificar que o que está em questão, no fundo, é a própria inaniidade das atitudes fundacionistas em relação aos procedimentos práticos e de autonomização jurídica das regras de gestão da saúde mental.

Recebido em 02/09/2011

Aceito em 05/12/2011