

SOBRE O DSM-V*

ABOUT THE DSM-V

TOM STRONG

Psicólogo e professor da
Faculdade de Educação da
Universidade de Calgary, no
Canadá.
E-mail: strong@ucalgary.ca
Site: www.ucalgary.ca/strongt

RESUMO: O *Manual diagnóstico e estatístico dos Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; quinta edição; DSM-V)* está a ponto de ser publicado, embora tenha havido consideráveis controvérsias em sua gestação. Neste artigo faço uma revisão histórica crítica sobre os desenvolvimentos associados ao DSM-V, especialmente os desenvolvimentos relacionados às práticas de narrativa ou outras levadas a cabo por profissionais construcionistas. Relato os descobrimentos de uma pesquisa recém-completada na qual profissionais revelaram como respondem à influência do atual DSM-IV-TR em suas conversas com clientes, bem como as formas como responderam criativamente à tal influência. Fecho com sugestões para profissionais que trabalham junto a administrações que pedem o uso dos diagnósticos DSM-V em seu trabalho conversacional.

PALAVRAS-CHAVE: diagnóstico, pesquisa, pobreza linguística, classificação científica, terapia narrativa, terapia construcionista

ABSTRACT: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition; DSM-V) is nearing publication, despite considerable controversies over its development. In this paper I provide a critical historical review of developments associated with the DSM-V, particularly as these developments relate to the practices of narrative and other constructionist practitioners. I relate the findings of recently completed research in which practitioners shared how they responded to the influence of the current DSM-IV-TR on their conversations with clients, along with ways they creatively responded to that influence. I close with suggestions for practitioners who live with administrative expectations that they use DSM-V diagnoses in their conversational work.

KEYWORDS: DSM-5, diagnosis, research, linguistic poverty, scientific classification, therapy, constructivist therapy

Os seres humanos são criadores de cultura, eles desenvolvem crenças e padrões morais e constantemente transcendem o seu ego humano empírico, o único ego que a pesquisa científica pode reconhecer e compreender.
JASPERS, 1963, p. 8

O DSM-V, provável e rapidamente, se transformará num fato para todos os envolvidos com o bem-estar humano. Muitos terapeutas consideram que a direção tomada pelo DSM-V coage a forma como conversam com seus clientes. O DSM, que originalmente foi um discurso sobre sintomas médicos para pesquisadores, há muito tempo escapou do laboratório e encontrou o seu caminho em direção aos discursos público, administrativo e profissional. Argumentos contrários surgiram desde a aparição do DSM-I, em 1952. Para terapeutas, sistemas ou discursos construcionistas, bem como para a justiça social, os discursos de resolução de problemas existenciais ou normais são inconsistentes com um discurso psiquiátrico que simplesmente localiza as inquietações do cliente como déficits ou patologias nascidas no seu *interior*. Ainda assim, após considerável controvérsia nos bastidores da própria psiquiatria, o DSM-V está preparado para se transformar na *língua franca* da terapia. Porém, esse discurso não se atém a como as inquietações e sofrimentos dos nossos clientes são nomeadas; junto ao discurso do DSM há um discurso de intervenções baseadas em evidências. Uma solução mo-

* Este artigo está baseado num trabalho apresentado na Therapeutic Conversations X Conference, realizada em Vancouver, no Canadá, no dia 12 de maio de 2012.

derna e refinada para as inquietações humanas parece à mão: a de mapear as inquietações dos nossos clientes num único discurso com nomes e práticas cientificamente garantidas. No entanto, nem todos os profissionais aceitam tal solução nem a estreita ciência que dizem lhe servir de base.

Criticamente falando, o DSM implora pela desconstrução ao coagir a forma como terapeutas e clientes conduzem o seu trabalho conversacional. Falar sem fazer referência ao DSM está ficando complicado, seja porque os clientes apresentam suas inquietações usando termos DSM que encontram na internet ou em outras mídias, ou porque os procedimentos administrativos com os quais trabalham os terapeutas exigem diagnósticos DSM. Os meus comentários a seguir são primariamente dirigidos aos terapeutas narrativos e construcionistas, cujo trabalho é cada vez mais coagido por uma prática baseada em conceitos médicos e no DSM. Após uma história e visão geral da presença atual do DSM, identificarei as tensões que esses terapeutas encaram e ao mesmo tempo vou sugerir formas criticamente generativas de conversar com, em torno e além do DSM como um discurso de prática.

PAÑO DE FUNDO

Foi após uma conferência de terapia narrativa no início dos anos 1990 que as minhas inquietações sobre o DSM como discurso de prática surgiram. Na época, eu trabalhava como psicólogo comunitário na linda e isolada cidade de Smithers, no noroeste da Columbia Britânica. Os meus primeiros treinamentos foram sobre formas sistêmicas de terapia familiar, que têm muito pouca compatibilidade com a visão de prática do DSM (Strong, 1991). Com

vontade, abracei as práticas engenhosas e conversacionais que associava com terapias narrativas, focadas em soluções e colaborativas. A noção de que as inquietações dos pacientes e suas experiências deveriam ser mapeadas numa linguagem e numa lógica afastadas dos seus contextos e significados de vida pareciam cada vez mais loucas e sem ética para mim. Porém, essa era a realidade na instituição onde eu trabalhava, já que a prática na saúde mental pública estava se tornando cada vez mais articulada aos termos do DSM. No entanto, vivíamos os dias anteriores à prática baseada na evidência. Por isso, naquela época, eu podia dar diagnósticos mais gerais, como falta de adaptação, depressão ou ansiedade, e voltar a trabalhar como terapeuta narrativa ou sistêmico – chegando a novas experiências para resolver problemas que os clientes ajudavam a construir. Naquela época, e também hoje, eu aceitava todos os nomes que os clientes davam aos seus problemas, incluídas as denominações do DSM. Ao aceitá-las, no entanto, eu não estava amarrado a um diálogo terapêutico baseado neles.

O interesse no que hoje chamo terapias discursivas (Lock & Strong, 2012) parecia parcialmente em declínio na década de 1990, mesma época em que a prática baseada na evidência avançava com força (Busch, 2012). Escutar e conversar num consultório era algo que deveria seguir o ditado constante nos livros, fossem manuais ou roteiros para diagnose e tratamento dos problemas dos clientes. A prática baseada na evidência era, por sua vez, altamente controversa entre organizações como a American Psychological Association (Levant, 2005). E não seria possível sem o uso de diagnósticos do DSM. Parte do problema era sobre o que a evidência deveria considerar e

como deveria ser obtida. Trilhas clínicas bem controladas e escolhidas, como as levadas a cabo em clínicas universitárias, não se parecem em nada com a prática mais rotineira. Ainda assim, persiste a visão de que a maneira como os terapeutas conversam com seus pacientes pode ser avaliada do mesmo modo como testamos o uso de medicamentos curativos (Stiles & Shapiro, 1989). Trabalhar propriamente dessa forma significa aderir a manuais e roteiros de prática (Wilson, 2007), e esse diálogo terapêutico deve ser monitorado para garantir a “fidelidade do tratamento” (Tucker & Blythe, 2008). Para pesquisadores sobre terapia, há pouca evidência que apoie esse tipo de “metodolatria” (Hubble, Duncan, & Miller, 1999).

Essa visão medicalizada da prática cresceu sem se importar com os pungentes opositores ao papel do DSM-V em permitir a ocorrência de um pesadelo foucaultiano do diálogo terapêutico excessivamente determinado e pouco dinâmico (House, 2005). Divisões inteiras da American Psychological Association, da American Counseling Association, da American Family Therapy Association, sem mencionar os diretores de desenvolvimento do DSM-III e DSM IV, protestaram contra a ciência e o alcance do DSM-V com respeito às práticas de auxílio à saúde mental.

POR QUE CLASSIFICAR CIENTIFICAMENTE AS INQUIETAÇÕES HUMANAS?

Embora a conversa sobre sintomas sempre tenha sido um idioma da terapia, a terapia em si é relativamente recente, uma construção moderna (Cushman, 1995; Miller & Strong, 2007). Por isso entendemos que o

mesmo pensamento e ciência que ajudaram a levar o homem à lua e erradicar doenças tenham sido aplicados às inquietações humanas quanto ao seu bem-estar. A primeira necessidade, sob tal ponto de vista, é a de uma linguagem científica para identificar e classificar as inquietações a serem des-trinchadas. No entanto, os homens e suas inquietações não podem ser conhecidos e classificados da mesma forma que os minerais e micróbios; eles podem opinar sobre como são vistos (Latour, 1999). Ainda assim, a moderna ciência social parece prometer que as inquietações humanas podem ser corretamente conhecidas e classificadas – promessa que, talvez coincidentemente, combina com a atual prática gerencial de governar a terapia (House, 2005).

Terapeutas pós-modernos sentem certa estranheza, desdém e desgosto frente ao que Amudson e seus colegas (Amudson, Stewart, & Valentine, 1993) chamam de modernas “tentativas de certeza”. Essas tentativas estão presas à sobrevivência, e ganham maior destaque com o êxito alcançado no combate a pragas bubônicas, incêndios arrasa-quarteirão e desejos de melhoria nos transportes. A ciência iluminista ofereceu e continua oferecendo soluções efetivas a vários assuntos ligados à sobrevivência e bem-estar. O que ela não oferece é a certeza. E, como pós-estruturalistas e construccionistas sociais deixam claro, nenhum resultado científico no campo social pode oferecer a palavra final para qualquer fenômeno ou experiência humana. Em vez de respostas corretas a inquietações humanas pujantes, o que encontramos são respostas potencialmente efetivas articuladas a vocabulários potencialmente efetivos que são aplicados a pacientes envolvidos em circunstâncias em constante

movimento. Ainda assim, determinar o que é efetivo é uma recente tentação moderna: uma sedução baseada na evidência ou obsessão emprestada da medicina. A tentativa de estabelecimento de uma base de evidência para a terapia exigiu a linguagem diagnóstica do DSM.

A tentativa de dar nomes às inquietações humanas para que tais inquietações possam ser reconhecidas e comentadas facilmente por outros é tão antiga quanto a história de Zog explicando ao restante dos seus camaradas de caverna por que Og, que acabara de ser comido por um tigre dente de sabre, não os acompanhará no jantar. Queremos nomes e queremos entender o que nos interessa. No entanto, nem sempre é suficiente dar nomes às coisas; aparentemente também é preciso distribuir prescrições para a ação. Para Wittgenstein (1953), as linguagens, nossas variadas formas de compartilhar significados e coordenar ações, possibilitaram “formas de vida”. Porém, todas as formas humanas de vida precisam se adaptar às alterações de circunstâncias.

As modernas e bem intencionadas tentações de certeza continuam animando esforços científicos para dar um fim a aspectos problemáticos da natureza humana. Portanto, os humanos atacam as suas construções sociais – linguagens e práticas – contra aquilo que os perturbam. No entanto, como sugere David Abram (1996), ao usar a linguagem os humanos podem terminar sendo presas do conceito de que são capazes de controlar a natureza – incluindo a natureza humana. O impulso humano de usar a linguagem para traduzir todas as coisas arrasta um custo que alguns chamam de “captura discursiva” (Massumi, 2011) ou “cilada narrativa” (Shotter, 1993). O conceito moderno é que os nomes científicos re-

fletem os fenômenos “como eles são”, de formas universalmente classificáveis e aplicáveis. Além do mais, territórios como a tristeza humana podem ser vistos como necessitados de nomes científicos e classificações, com suas correspondentes respostas; ou, de forma controversa, como circunstâncias que convidam a intermináveis (re)territorializações (Rapley, Moncrieff, & Dillon, 2012). E assim voltamos à história crítica de Foucault (2006) sobre o que chamamos “loucura” – ao que o DSM oferece a última novidade.

Como é possível que, em mais de sessenta anos, os problemas humanos tenham passado a ser tão dirigidos por termos médicos que chegaram a preocupar o diretor do anterior processo DSM-IV, Allen Frances (2011)? Eu acho que a resposta tem algo a ver com o que Paul Ricoeur (1976) descreveu como a nossa tendência de “apostar” nos significados – nesse caso, num desejo insaciável de usar os diagnósticos e intervenções médicas para afugentar as nossas inquietações humanas. Na medicina, diagnosticar uma preocupação significa estar seguindo um bom caminho. Dar nomes ou diagnosticar os problemas dos nossos clientes, em termos de sintomas ou déficits internos, é uma promessa de cura médica ou bom gerenciamento da saúde pública.

A história do que foi diagnosticado nos termos do DSM é recente e faz parte do que Grob (1991, p. 430) chamou de “anseio de onisciência”. Termos como neurótico, idiota, mente fraca, neurastênico ou simplesmente “louco” há muito tempo dominam o discurso da saúde mental, ainda antes do DSM-I, de 1952, e abriram espaço a políticas como a eugenia ou o remanejamento especializado entre os militares. Alguns enxergam a nuance incrível dos vocábulos do DSM-II, DSM-III, DSM-IIIR, DSM-IV, DSM-IV-TR e do

vindouro DSM-V como uma evidência da triunfal marcha da ciência. Deixemos a evidência decidir, dizem eles, mas a evidência não nos chega por obra do divino Espírito Santo. Ela é alimentada uma e outra vez por vocábulos, métodos e formas de referência humanamente construídos. Dando uma olhada profunda no processo do DSM é possível encontrar debates altamente contenciosos sobre assuntos como abandonar um quadro psicodinâmico ou des(medicalizar) a homossexualidade, bem como debates contemporâneos sobre a necessidade de diagnosticar a síndrome do trauma pós-aborto ou se a tristeza deveria ser uma categoria. A psicóloga canadense Paula Caplan (1996) oferece um olhar instrutivo, ou mesmo desconcertante, sobre o que acontece no interior dos comitês da American Psychiatric Association, que é onde se decide o que entra nos DSM – no seu caso, o DSM-IV.

As pessoas ficam compreensivelmente irritadas ou ansiosas quando a ciência e a política são equiparadas ou fundidas. A ciência deveria estar acima das políticas e desprovida de valor, embora estruturas centrais como a objetividade entrem em metamorfose com valores e políticas há eras (Datson & Galison, 2007). O que passa a ser fato científico tem uma trajetória humana bem longa (Fleck, 1979). Ian Hacking (1998) se referiu a isso como “efeito looping” – prover contestáveis autoidentificações DSM a pessoas interessadas em tais autodescrições. Padronizada como experiência humana, essa linguagem e suas aplicações se entrelaçaram em realidades institucionais e culturais. Há uma série de práticas não questionadas, embora humanamente padronizadas (Turner, 2011), como a pontualidade e a hora mundial (Galison, 2004).

Philip Cushman (1995) dá um passo além nesta linha de análise sugerin-

do que a cultura terapêutica norte-americana está engrenada num diálogo em andamento com os que definem o – “self” em termos normativos ou psicológicos. O “self” que queremos ser tem um selo científico de aprovação, e essas mesmas bandeiras científicas nos apontam o “self” que devemos aprender a diagnosticar e tratar. Incluindo Foucault nestas observações, chegamos ao que o sociólogo Nikolas Rose (1990) chamou de “o complexo psi”, um empreendimento normativo por meio do qual terapeutas, usando tal ciência, transformam-se em cúmplices da manutenção de um desajustado *status quo* social. Um óbvio beneficiário do processo de desenvolvimento do DSM é a indústria farmacêutica. A cada nova condição diagnosticada, novos medicamentos são impulsionados (Angell, 2011; Greenberg, 2010). E claro que o é bom para a América é bom para o mercado global. Ethan Watters (2010) nos oferece um assustador relato do que acontece quando os diagnósticos e a lógica do DSM entram em culturas nas quais, até pouco tempo, tal lógica era desconhecida. Dizer que tais desenvolvimentos são neutros, pois garantidos cientificamente, é ignorar que os diálogos da ciência sempre colocam em evidência certos valores e entendimentos humanos sobre outros.

Parte da ansiedade que os terapeutas narrativos sentem frente ao que descrevem a ver com o reconhecimento de que existem múltiplos discursos para des-trinchar as inquietações humanas. Como padrão, o DSM possibilitou a medicalização do sofrimento (Rapley *et al.*, 2012), aquilo que Gergen (1990) provocativamente referiu-se como uma linguagem de enfraquecimento. Os códigos numéricos de diagnósticos do DSM foram há muito tempo reconhecidos como fornecedores dos atuariais

meios necessários para limitar a terapia a condições diagnosticadas acopladas a intervenções baseadas em evidências (Sharfstein, 1987). Um autor foi longe o suficiente para dizer que essa união de diagnósticos com intervenções baseadas em evidência nos oferecem “algoritmos de prática” (Rush, 2001). Hoje, os serviços de educação especial, por exemplo, são quase impossíveis de serem fundados ou conceitualizados sem que se faça referência a condições diagnosticadas e intervenções esperadas (Linton, Russett, & Taleff, 2008).

O desfecho dessa visão sobre a prática é uma paisagem clínica abstrata e distanciada dos contextos humanos de vida – grupos de sintomas abstratos mapeados em intervenções ou roteiros de prática abstratos, quando não idealizados. Embora discutivelmente, isso nos aproxima de uma aspiração de Lord Layard (2006), o economista britânico campeão da felicidade, de que os humanos conquistaram grande parte do mundo, embora ainda tenham que “conquistar a si mesmos”. No entanto, tal mapeamento não é o único território dos especialistas em saúde mental, outros utilizam compreensivelmente tais formas especializadas de entendimento na autodiagnose ou na diagnose dos filhos e cônjuges, estudando o discurso de entendimento e intervenção (Strong, Lysack, & Sutherland, 2008; Watters, 2010). O que venho descrevendo é um contexto controverso de autoajuda e busca de ajuda que se transformou em algo cada vez mais dominado pelo pensamento e pela prática do DSM (Eriksen & Kress, 2005).

O QUE OS TERAPEUTAS TÊM A DIZER SOBRE O DSM

“Eu trabalho com clientes para escolher seus próprios diagnósticos. (...)

podemos nomeá-lo como isso ou isso.” (Terapeuta que respondeu à pesquisa de Strong, Gaete Silva, Sametband, French, & Eeson, 2012)

Nos últimos dois anos, conversei com vários terapeutas sobre o DSM, sobre como o DSM influi na conversa que têm com os seus clientes, e sobre como respondem de forma criativa ao DSM como atributo da paisagem clínica, e as respostas foram diversas. Ainda que vários tenham dito usar o DSM por recomendação administrativa, tais expectativas ainda não foram traduzidas aos algoritmos da prática anteriormente descritas (Rush, 2001). Na verdade, atrás das portas fechadas dos consultórios, os diálogos terapêuticos variam de acordo com as práticas plurais de terapeutas e orientadores psicológicos (Cooper & McLeod, 2010). Conscientes de detalhes como a estigmatização dos diagnósticos, os pedidos de entendimento comum entre profissionais com “casos” particulares e as papeladas de requerimentos administrativos, os terapeutas conversaram sobre as várias formas pelas quais suas práticas foram influenciadas pelo DSM-IV-RT, e sobre como responderam, muitas vezes de forma criativa, a tal influência.

Num estudo recente (Strong *et al.*, 2012), alguns alunos a ponto de se formar e eu buscamos respostas de terapeutas sobre o DSM por questionários enviados pela internet, de entrevistas telefônicas e de um blog de discussão onde surgiram diferentes temas ligados ao DSM e à prática profissional. As pessoas envolvidas na pesquisa tinham práticas bem variadas de trabalho, incluindo as relacionadas a diagnósticos DSM e baseadas em evidências. Estávamos particularmente interessados nas tensões experimentadas por terapeutas na linha de frente da terapia;

sobretudo em como terapeutas usando abordagens diferentes eram capazes de conversar sobre as inquietações dos clientes sem transformar os sintomas psiquiátricos em pontos focais. Se a terapia foi ficando cada vez mais padronizada por conta do DSM e das práticas baseadas em evidências, os terapeutas que nos responderam só aceitavam parcialmente tal fato.

Para mim, um ponto animador é que as administrações de serviços de saúde não apertaram o cerco com a mesma veemência como pregam os envolvidos com a “fidelidade” ao diagnóstico e tratamento (Sells, 2012). Ao contrário, as pessoas que nos responderam, que trabalham em contextos públicos e privados, disseram que, embora influenciados pelo DSM, eram apenas algumas vezes dominados por ele. Então, por exemplo, é muito comum que terapeutas que trabalham para administrações que exigem diagnósticos DSM, na prática, sigam caminhos inconsistentes com a abordagem psiquiátrica do DSM. Esse movimento retórico não é distinto do que Michael White (1984) fez ao comentar sobre uma família que pressentia um problema de defecação involuntária, chamando o problema de “*sneaky poo*”^{*}. No entanto, para outros terapeutas os desafios conversacionais eram mais substanciais, como quando alguém disse ser obrigado a relatar a sua prática numa linguagem “oficial” (o DSM) embora conversasse de forma diferente com os clientes. Da mesma forma, alguns descreveram usar a “terapia cognitiva” para condições DSM, embora praticassem a terapia narrativa, pois não seriam capazes de acompanhar os seus clientes sem fazer isso. Esse tipo de dilema prático e ético foi altamente controverso, e o *Journal of Contemporary Therapy* dedicou um número especial ao tema alguns anos

* Em inglês, a expressão *sneaky poo* significa o ato de defecar em locais inesperados.

atrás (Moses, 2000). Embora existam pedidos de maior aproximação aos diagnósticos e protocolos de tratamento baseados em evidências (Wilson, 2007) parece que a maior parte da prática clínica ainda não alcançou o cenário de pesadelo de Wylie (1995), descrito anos atrás, de um “big brother” plantado no consultório.

Em vez do mundo clínico ordenado desejado pelos que pretendem sistematizar as conversas terapêuticas de acordo com os diagnósticos do DSM e dos protocolos de tratamento baseados em evidências, os terapeutas parecem negociar as linguagens que usam com clientes, administradores, colegas e outros. Para algumas pessoas isso pode soar como uma conversa anárquica; para muitos dos que respondem à nossa pesquisa é uma marca registrada do diálogo centrado no cliente. Muitos dos que nos responderam, especialmente os que praticam a narrativa ou outros modelos focados, disseram ter de negociar com os clientes que lhes apresentam seus problemas baseados em conceitos DSM. Tal negociação muitas vezes envolve frases como: “Bem, essa é a maneira como os psiquiatras fariam sobre o seu problema, mas o que é deixado de lado por conta disso?” Depois, a conversa pode prosseguir por diferentes trilhas conversacionais que abrem caminhos, aliviando os sintomas DSM. Alguns entrevistados estavam preocupados com a conversa baseada em sintomas DSM, enxergando-a como importante para negociar com outros profissionais, para garantir a continuidade do cuidado inclusivo do tratamento psiquiátrico e para manter-se um tempo longe do trabalho. Eles negociavam a potencial utilidade e o estigma associado aos diagnósticos DSM com os clientes (Grunebaum & Chasin, 1978) como parte do seu trabalho conversa-

cional. E também a negociavam como uma condição do seu trabalho: em encontros de supervisão e de exposição de casos, em papeladas administrativas, em garantir que seus clientes encontrem critérios DSM (por exemplo: trabalhando com um cliente “depressivo” e seu cônjuge, em vez de chamar o trabalho de terapia de casal) e em conversas com outros profissionais do ramo. Alguns disseram seguir mecanicamente os procedimentos de avaliação, em papeladas ou requerimentos administrativos, até conseguirem encontrar outros caminhos de conversar sobre as inquietações dos seus clientes. Em resumo, os profissionais muitas vezes negociam o uso do DSM para propósitos institucionais ou em encontros com os que financiam seus honorários. Não sei se isso resolve pontadas de náuseas éticas, mas seria uma possibilidade.

O que rapidamente aumentou as expectativas de que os profissionais lancem mão do DSM foram as diminuições dos financiamentos de trabalhos que não podem ser justificados como medicamente garantidos. O movimento baseado em evidências cresceu, em parte, para que argumentos científicos pudessem dar lastros a financiamentos dos serviços de “saúde mental” (Busch, 2012). Muitos terapeutas, particularmente os narrativos e outros da linha construcionista, tiveram de conviver com essa desconfortável ambivalência sobre uma direção médica do seu trabalho conversacional com os clientes. Atualmente houve grandes recortes de orçamento nos serviços de saúde mental do governo dos Estados Unidos e da Grã-Bretanha, após terem sido lançados esforços focados em como administrar melhor o oferecimento de terapias. Tais esforços para melhorar a administração de terapias foram grandes motivadores

para o desenvolvimento e a revisão dos DSM, e também para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências como formas de prática médica (Rapley *et al.*, 2011). De certa forma, era o caso dos terapeutas terem de seguir o dinheiro (Cushman & Guilford, 2000), ou como diz Wylie (1995), de maneira rude, de “diagnósticos por dólares”.

Para terapeutas narrativos e de família, dado esse foco médico na atribuição de sintomas individuais e as prescrições descontextualizadas, a forma como as inquietações dos clientes são nomeadas se transforma em algo ainda mais crítico no seu trabalho conversacional. Localizar os problemas no interior dos clientes, como déficits ou sintomas a serem tratados, pode obscurecer ou transformar os terapeutas em cúmplices das injustiças sociais e realidades culturais que fazem nascer tais déficits ou sintomas (Rose, 1990). Essa direção também tira ênfase das possíveis maneiras de os clientes trabalharem de forma conversacional com os terapeutas para dirigir as circunstâncias que Szasz (1961) há muito tempo chamou de problemas do viver.

O discurso do “diagnóstico e tratamento” do DSM-V e sua evidência baseada em intervenções podem aproximar-se do que Deleuze e Guattari (1987) chamaram de “machinic assemblage”, ou do que Agamben (2009), baseado em Foucault, referiu-se como aparato. No interior de um “assemblage” ou aparato está embutida uma forma previsível de sentido e de resposta à experiência – um potencial dilema de “captura discursiva” (Massumi, 2011). Sendo uma forma atraente de mapear as inquietações humanas e a respostas a elas para financiadores e administradores do sistema de saúde, o DSM-V, comparado a versões pré-

vias do DSM, é um discurso expansionista. Outras inquietações humanas, o luto, por exemplo, foram alvo da medicalização DSM, levando a grandes críticas, incluindo oposição feroz do ex-diretor do DSM, Allen Frances (2012). O que transforma em aparatosas as formas de medicalizar as inquietações humanas do DSM está relacionado à maneira como o DSM domina os entendimentos e práticas dos que seguem o seu discurso, e as formas excludentes pelas quais entendimentos e práticas alternativas podem passar a ser não toleradas. Por exemplo, eu certa vez participei de um encontro de gerenciamento onde fiz comentários sobre os recursos e relações de um cliente, para ouvir do diretor do encontro que tais palavras me colocavam na mesma liga dos geógrafos que, assim como eu, não têm papel algum em tais circunstâncias. No interior de tal aparato, são requeridos entendimentos e práticas particulares, e qualquer desvio é visto como não científico ou, em outras circunstâncias, herege.

Séculos atrás, o filólogo Giambattista Vico (2001/1744) tornou públicas suas preocupações sobre as ortodoxias estarem se desenvolvendo sobre uma visão newtoniana/cartesiana (“machinic”) do ser humano. Enquanto essa visão supostamente prometia um entendimento final da humanidade, aos olhos de Deus, Vico enxergava diferentes formas de senso comum, diferentes maneiras compartilhadas de as pessoas viverem e entenderem o mundo. Para Vico, qualquer forma de senso comum pode adquirir o que ele chama de pobreza linguística, o que só poderia ser superado pela sabedoria poética; os tipos de talentosos e inovadores usos da linguagem familiar entre terapeutas construcionistas. Muitos de nós podemos simpatizar com a visão de Vico. O “zeitgeist” da sua época era animado

pela promessa da ciência Iluminista de que poderia nomear propriamente a experiência para depois seguir em frente, como um relógio bem azeitado (Dolnick, 2012). Ainda que o DSM-V e as intervenções baseadas em evidências não ofereçam um “relógio azeitado”, oferecem uma promessa similar: nesse caso, de dirigir-se às inquietações humanas de forma científica. Para os amantes do DSM, alternativas a esse discurso podem ser vistas como não científicas, administrativamente subversivas, profissionalmente questionáveis e assim por diante. Os terapeutas narrativos usam histórias e discursos enquanto os terapeutas informados cientificamente usam diagnósticos calculáveis e protocolos de tratamento. Ainda que exista certa simpatia de terapeutas narrativos e outros construcionistas frente às preocupações de Vico sobre vencer a pobreza linguística, pode parecer desencorajador propor uma sabedoria poética quando o DSM e o discurso baseado em evidências prometem tanto. O discurso DSM também pode afastar a linguagem das experiências de vida das pessoas, como sugere o crítico historiador da psicologia Kurt Danziger (1997). Quando mais intransigentes são os terapeutas em seus comprometimentos exclusivos com os requerimentos da linguagem científica mais empobrecidas ficam as descrições, pelo menos do ponto de vista do seu uso ordinário (p. 192).

Associado à pobreza linguística está um conceito mais bem expressado nesta questão: nós somos usuários ou somos usados pela linguagem? Em grande parte, as pessoas usam as línguas nas quais vivem de forma inquestionável, e tais linguagens costumam nos ajudar a negociar em circunstâncias e relacionamentos nos quais a empregamos. Mas uma espécie de inércia por acomodação pode ser desenvolvida quan-

do usamos uma linguagem durante muito tempo – e é exatamente por isso que a linguagem pode nos usar, pois não nos importamos com antigos significados ou usos da linguagem.

A pobreza linguística ocorre quando a linguagem nos usa, traindo-nos em negociações com novas pessoas e em novas circunstâncias. Também pode ser o caso de que as palavras e o que elas pretendem representar invariavelmente falhem ao capturar qualquer experiência em sua totalidade. Existe sempre mais a ser dito sobre uma experiência (Ricoeur, 1976). Para o teórico do diálogo, Mikhail Bakhtin (1981), temos que “povoar” nossas palavras com as nossas intenções para mantê-las vivas nas negociações e nos diálogos onde são empregadas. Claro que tais desafios da negociação e falhas não têm a ver unicamente com as palavras, também importa a forma como as empregamos. Uma linguagem científica para o luto pareceria um empobrecimento, certo? Ainda assim, o DSM-V oferecerá mais termos psiquiátricos e novas intervenções baseadas em evidências (incluindo medicamentos).

RESPONDENDO AO DSM-V?

...onde quer que as palavras estejam postas, coisas novas surgem (Erving Goffman, 1961, p. 305)

Os terapeutas não têm se calado sobre o DSM-V. Comunicados e petições oficiais surgem de grupos tão variados quando o American Counseling Association, o American Family Therapy Academy, o Humanistic Psychology da American Psychological Association (veja a bem conhecida petição por eles lançada: www.ipetitions.com/petition/dsm5/) e outros. Preocupações científicas sobre o DSM-V mereceram

comentários nos jornais científicos mais prestigiosos, como *Nature* (Ledford, 2011) e *Scientific American* (Jabr, 2012). As respostas dos profissionais em grande parte focaram na diretriz medicalizadora do DSM-V e nas suas intervenções associadas, baseadas em evidências. Algumas das preocupações estão relacionadas à ideia de que mover-se nessa direção pode, mais tarde, marginalizar terapias não consoantes com as hipóteses médicas associadas ao DSM-V. Certas abordagens para problemas que não podem ser refletidos nas fórmulas do DSM-V são frequentemente descartadas como formas de ajudar os clientes. Da mesma maneira, o casamento de diagnósticos DSM com intervenções baseadas em evidências traduziram um novo tipo de microgerência ou racionamento da terapia: o diagnóstico X requer três sessões de tratamento Y. Grande parte da comunidade terapêutica pronunciou-se sobre o DSM-V e sobre onde ele poderia levar a terapia.

Dito isso, um discurso de prática comum (Strong *et al.*, 2012) diz que os diagnósticos DSM são úteis na tradução das inquietações dos clientes em sintomas para tratamentos bancados por fundos públicos ou privados. Por trás de tal discurso está a suposição de que o DSM é benigno, de que os profissionais podem continuar a praticar suas várias formas de terapia sem restrição de diagnósticos e de tratamentos cientificamente prescritos a elas. Sobre tal visão, os profissionais descrevem um problema duplo: (a) usar os termos DSM para supervisores e administradores e (b) usar variações de descrições como “sneaky poo” (White, 1984) para clientes que buscam nomes plausíveis e poderosos para suas inquietações. Esse é o tipo de pensamento e prática que garantiu uma edição especial do *Journal of Contemporary*

Psychotherapy (Moses, 2000). Quais são as éticas profissionais e cotidianas de tais práticas poéticas quando os sistemas e as instituições que permitem tais práticas conduzem seus negócios de forma científica?

O DSM pode ser visto como um simples discurso de ajuda entre os muitos que existem e que os administradores e financiadores aprovam. No entanto, a terminologia DSM e o uso das “correspondentes” intervenções baseadas em evidências sempre foram vistos como animadores de contenção de custos, treinamento e supervisão da prática terapêutica (Rogers & Wupperman, 2007; Sharfstein, 1987). E também permitem um certo controle foucaultiano da fidelidade do tratamento (Tucker & Blythe, 2008), supostamente garantindo que os profissionais estão diagnosticando *corretamente* os clientes e seguindo *apropriadamente* os tratamentos baseados em evidências. Tais visões de correção e propriedade surgem de prosaicas suposições sobre o DSM, permitindo que a terapia seja conduzida e administrada “de acordo com o livro”.

Os terapeutas narrativos têm pontos de vistas diferentes, mas muitas vezes enxergam o seu trabalho conversacional com clientes como um auxílio para que eles reconheçam, resistam e superem formas da “captura discursiva” (Deleuze & Guattari, 1987; Winslade, 2009). Todos os discursos oferecem possibilidades de vida e conversação enquanto coagem outros. O DSM-III permitiu o reconhecimento, tratamento e compensação de veteranos de guerra do Vietnã, que encontraram o critério sintomático da desordem pós-traumática, por exemplo. A “captura discursiva” acontece quando um único discurso prescrito leva à pobreza linguística (Vico, 2001) para os que convivem com tal prosa. Preocupações

intelectuais também se estendem ao excessivo alcance do DSM-V como presumível discurso universal da saúde mental, marginalizando a cultura local, que auxilia nas práticas (Watters, 2010). Terapeutas construcionistas (incluindo os narrativos; Lock e Strong, 2012) tendem a engajar os clientes em conversas que usurpam qualquer problema da dominação de discurso, obtendo e mobilizando engenhosos discursos de possibilidades.

No mínimo, os terapeutas narrativos podem continuar a conversar com seus clientes usando as noções de “dupla descrição” de Bateson (1980), mais tarde adaptadas por Michael White (1986) a formas próximas à terapia narrativa. Embora os clientes costumem apresentar suas inquietações usando um discurso descritivo, os terapeutas respondem usando outros que, para eles, representam maiores possibilidades quando associados à sua experiência. Terapeutas narrativos, no entanto, tendem a conversar a partir de uma ética de colaboração, como eles fazem essa dupla-descrição das inquietações. Os nomes e discursos levantados para definir e superar as inquietações são negociados entres os terapeutas e clientes de forma a serem intencionalmente apropriados às experiências e preferências dos clientes (Madsen, 1999). Os terapeutas também podem desconstruir diagnósticos, bem como a diagnose como prática profissional, junto aos clientes (Parker, 1999). Eles também podem explorar o que os diagnósticos excluem do entendimento e anseio dos clientes (Strong, 2000). Se a manutenção de tais práticas conversacionais será aceita por administradores e financiadores é outra história.

As controvérsias associadas ao desenvolvimento do DSM-V e à sua correlata prática baseada em evidências

focou, e muito, no discurso médico que geram. Menos proeminente nas discussões foram as considerações sobre o DSM como discurso administrativo – especialmente num período prolongado de responsabilidade fiscal (Johnson, 1995; Linton *et al.*, 2008). Nos contextos acadêmicos e profissionais houve uma intensa ambivalência sobre essa direção medicalizada, com muitos terapeutas abraçando a direção baseada em evidências que o DSM permite. Em outras situações, acadêmicos e profissionais lutaram contra as consequências excludentes de mover-se nessa direção. Ao mesmo tempo, o público tenta entender os diagnósticos do DSM e o que eles e os profissionais podem fazer para endereçá-lo (Greenberg, 2010). Tradições inteiras de práticas (por exemplo, a sistêmica, narrativa, existencial, feminista) são incompatíveis com a direção medicalizada do DSM e da prática baseada em evidências (Eriksen & Kress, 2005). Enxergar problemas como acontecendo entre pessoas ou como problemas externos às pessoas e que devem ser contornados é diferente de diagnosticar déficits e patologias internas a serem tratadas. Diferentes tipos de ciências e avaliações são agrupadas por essas abordagens não medicalizadas (Harper & Thompson, 2012), embora a ciência tradicional e a avaliação demonstrem constantemente que as inquietações dos clientes são mais bem enxergadas quando existe um bom relacionamento deles com os profissionais que os ajudam (Hubble *et al.*, 1999). Enquanto as comunidades profissionais e científicas começam a discutir o DSM-V, a aproximação dos envolvidos no seu estabelecimento com a indústria farmacêutica continua crescendo (Angell, 2011). É improvável que o pluralismo evidente das nossas várias formas de trabalho seja substi-

tuído por um único discurso médico de diagnóstico e tratamento das inquietações humanas (Cooper & McLeod, 2010). E isso acontece mesmo frente ao forte impulso retórico e administrado em favor de um discurso médico que promete minimizar e gerenciar a intrusão das inquietações na existência humana. Os terapeutas continuam tateando os caminhos ao redor do DSM e da prática baseada em evidências. Eles também vão mais fundo em suas conversas com clientes quando a terapia começa a ficar cada vez mais racionada por conta da condição diagnosticada e do uso de tratamentos baseados em evidências (Cushman & Gilford, 2000). O que os terapeutas responderam inadequadamente, no entanto, foi frente às expectativas de justificar seus serviços aos financiadores – por terem usado outros discursos de prática.

Parte da minha escolha de voltar à vida acadêmica foi baseada na direção medicalizada da terapia sobre a qual levantei meus questionamentos aqui. Ainda que seja uma conveniente porém politicamente divisora prescrição (Hallward, 2005) de racionalizar os diálogos administrados por terapeutas frente aos clientes, o DSM-V, como os DSM anteriores, invariavelmente se transformam em empobrecedores da linguagem. As principais respostas a esse problema foram encontrar formas de ignorar tal movimento ou seguir com outras políticas profissionais ou científicas. A presunção de que a ciência social ou suas aplicações (como a terapia) são mais bem praticadas usando um único discurso, avaliado por um único conjunto de critérios, ataca os terapeutas construcionistas ou pós-construcionistas como incrivelmente ultrapassados. No entanto, contrapor-se ao DSM enquanto ele continua a dominar tantos aspectos da ajuda pro-

fissional, parece fora de contexto. Os terapeutas se sentem impotentes para desafiar a ciência que alegadamente sustenta o domínio do DSM e das suas intervenções baseadas em evidências. Eles também podem se mostrar intensamente ambivalentes sobre estarem disponíveis a serem pagos para usar os diagnósticos DSM (Wylie, 1995). Ao mesmo tempo, outras formas de entender e responder às inquietações humanas perdem valor.

A minha esperança, enquanto os terapeutas seguem em frente, é responder ao mesmo tipo de inquietações que animaram o desenvolvimento do DSM. Como podemos demonstrar aos clientes que a conversa deles conosco – com os que não usamos os diagnósticos DSM – pode ser útil para responder às suas inquietações? Como fazer para que público entenda melhor o nosso trabalho conversacional com os clientes, como não regredir a um modelo medicalizado do que fazemos? Como conseguir com que financiadores reconheçam que o nosso trabalho pode fazer diferença na vida dos clientes? Atualmente, questões como essas parecem mais bem resolvidas seguindo o tipo de ciência prevista pelo DSM, enquanto as terapias narrativas e outras construcionistas resistem ou ao menos lutam com os resultados. Precisamos fazer mais pela nossa causa usando a nossa ciência pós-estruturalista e suas práticas.

REFERÊNCIAS

- Abram**, D. (1996). *The spell of the sensual: perception and language in a more-than-human world*. New York, NY: Pantheon.
- Agamben**, G. (2009). *'What is an apparatus?' and other essays* (D. Kishik & S. Pedatella, Trans.). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Aho**, K., & **Guignon**, C. (2011). Medicalized Psychiatry and the Talking Cure: A Hermeneutic Intervention. *Human Studies*, 34, 293-308.
- American Counseling Association**. (2011). ACA Expresses DSM-5 Concerns to the American Psychiatric Association. Recuperado de <http://www.counseling.org/Press-Room/NewsReleases.aspx?AGuid=315a280b-4d0b-48af-9421-1f7d3f01b4b7>.
- American Psychiatric Association**. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association**. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association**. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association**. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association**. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amundson**, J., **Stewart**, K., & **Valentine**, L. (1993). Temptations of certainty. *Journal of Marital & Family Therapy*, 19(1), 111-123.
- Angell**, M. (2011). The illusions of psychiatry. *The New York Review of Books*. Recuperado de: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/?pagination=false>.

- Bakhtin**, M. (1981). *The dialogic imagination*. (M. Holquist, Ed.; C. Emerson & M. Holquist Trans.). Austin, TX: University of Texas Press.
- Bateson**, G. (1980). *Mind and nature: a necessary unity*. New York, NY: Bantam New Age Books.
- Buck**, J. (2003). Medicaid, Health Care Financing Trends, and the Future of State-Based Public Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 54(7). Recuperado de: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=54&page=969&journalID=18> doi: 10.1176/appi.ps.54.7.969
- Busch**, R. (2012). Problematising social context in therapy evaluation practice/governance. In A. Lock & T. Strong (Eds.). *Discursive perspectives in therapeutic practice* (pp. 245–267). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Caplan**, P. J. (1996). *They say you're crazy: how the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*. New York, NY: Da Capo Press.
- Cooper**, M., & **McLeod**, J. (2010). *Pluralistic counselling and psychotherapy*. London, UK: Sage.
- Cushman**, P. (1995). *Constructing the self, constructing America: a cultural history of psychotherapy*. New York, NY: Perseus.
- Cushman**, P., & **Gilford**, P. (2000). Will managed care change our way of being? *American Psychologist*, 55, 985–996.
- Danziger**, K. (1997). *Naming the mind: how psychology found its language*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daston**, L., & **Galison**, P. (2007). *Objectivity*. New York, NY: Zone Books.
- Deleuze**, J., & **Guattari**, F. (1987). *A thousand plateaus: capitalism and schizophrenia*. (B. Massumi, Trans.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Dolnick**, E. (2012). *The clockwork universe: Isaac Newton, the Royal Society, and the Birth of the Modern World*. New York, NY: Harper Perennial.
- Eriksen**, K., & **Kress**, V. E. (2005). *Beyond the DSM story: Ethical dilemmas, challenges, and best practices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fleck**, L. (1979). *Genesis and development of a scientific fact*. (T. J. Trean & R. K. Merton, Eds.; F. Bradley & T. J. Trean, Trans.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Foucault**, M. (2006). *The history of madness*. New York, NY: Routledge.
- Frances**, A. (2011). DSM 5 will further inflate the ADD bubble [web log comment]. Recuperado de <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201108/dsm-5-will-further-inflate-the-add-bubble>.
- Frances**, A. (2012, May 11). Diagnosing the D.S.M. Retrieved online from the *New York Times*: <http://www.nytimes.com/2012/05/12/opinion/break-up-the-psychiatric-monopoly.html?ref=us>.
- Galison**, P. (2004). *Einstein's clocks and a Poincaré's maps*. New York, NY: W. W. Norton.
- Gergen**, K. J. (1990). Therapeutic professions and the diffusion of deficit. *Journal of Mind and Behavior*, 11, 353–368.
- Goffman**, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, NY: Doubleday Anchor.
- Greenberg**, G. (2010). *Manufacturing depression: the secret history of a modern disease*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Grob**, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148, 421–431.
- Grunebaum**, H., & **Chasin**, R. (1978). Relabeling and reframing reconsidered: the beneficial effects of a pa-

- thological label. *Family Process*, 17, 449–455.
- Hacking, I.** (1998). *Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harper, D., & Thompson, A. R.** (2012). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Hallward, P.** (2005). The politics of prescription. *The South Atlantic Quarterly*, 104, 769–789.
- House, R.** (2005). *Therapy beyond modernity: deconstructing and transcending profession-centred therapy*. London, UK: Karnac.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. D.** (Eds.) (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jabr, F.** (2012). Field tests for revised psychiatric guide reveal reliability problems for 2 major diagnoses. *Scientific American*. Recuperado de: http://blogs.scientificamerican.com/observations/2012/0/06/field-test-for-revised-psychiatric-guide-reveal-reliability-problems-for-two-major-diagnoses/?WT_mc_id=SA_DD_20120507.
- Jaspers, K.** (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, trans.). Chicago, IL: University of Chicago Press. (Original published in 1923.).
- Johnson, L.** (1995). *Psychotherapy in the age of accountability*. New York, NY: W. W. Norton.
- Latour, B.** (1999). When things strike back – a possible contribution of “science studies” to the social sciences. *British Journal of Sociology*, 51(1), 105–123.
- Layard, R.** (2006). *Happiness: lessons from a new science*. London, UK: Penguin.
- Ledford, H.** (2011). Mental-health guide accused of overreach. *Nature*, 479, Issue 731. Recuperado de: <http://www.nature.com/news/mental-health-guide-accused-of-overreach-1.9291>.
- Levant, R. F.** (2005). *Report of the presidential task force on evidence-based practice*. American Psychological Association.
- Linton, J. M., Russett, J., & Taleff, M. J.** (2008). Caught between a rock and a funding source. In L. Tyson, J. Culbreth, & J. Harrington (Eds.). *Critical incidents in clinical supervision: addiction, community, and school counseling* (pp. 47–53). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Lock, A. & Strong, T.** (Eds.) (2012). *Discursive perspectives in therapeutic practice*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Madsen, W.** (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York, NY: Guilford.
- Massumi, B.** (2011). *Semblance and event: activist philosophy and the ocurent arts*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Miller, G., & Strong, T.** (2007). Constructing therapy and its outcomes. In J. Gubrium & J. Holstein (Eds.). *Handbook of constructionist research*. (pp. 609–625). New York, NY: Guilford Press.
- Moses, I.** (2000). Is it ethical to deceive managed care companies? *Journal of contemporary psychotherapy*, 30, 217–237.
- Parker, I.** (1999). Deconstructing diagnosis: Psychopathological practice. In C. Feltham (Ed.). *Controversies in psychotherapy and counselling* (pp. 104–112). London, UK: Sage.
- Rapley, M., Moncrieff, J., & Dillon, J.** (Eds.) (2011). *De-medicalizing misery: psychiatry, psychology, and the human condition*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

- Ricoeur, P.** (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, TX: Texas Christian University Press.
- Rogers, R., & Wupperman, P.** (2007). Diagnostic interviews and clinical practice. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, & R. West (Eds.). *The Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 251–255). New York, NY: Cambridge University Press.
- Rose, N.** (1990). *Governing the soul*. New York, NY: Routledge.
- Rush, A. J.** (2001). Practice guidelines and algorithms. In M. M. Weissman (Ed.). *Treatment of depression: bridging the 21st century* (pp. 213–242). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sells, S.** (2012). Welcome to the new frontier: The many challenges of transporting evidence-based practices. Presentation to the International Family Therapy Association Conference, Vancouver, BC Canada.
- Sharfstein, S. S.** (1987). Third-party payments, cost containment, and DSM-III. In G. L. Tischler (Ed.), *Diagnosis and classification in psychiatry: a critical appraisal of DSM III*. (pp. 530–538). New York, NY: Cambridge University Press.
- Shotter, J.** (1993). *Conversational realities: Constructing life through language*. London: Sage.
- Stiles, W., & Shapiro, D.** (1989). Abuse of the Drug Metaphor in Psychotherapy Process-Outcome-Research. *Clinical Psychology Research*, 9, 521-543.
- Strong, T.** (1993). DSM-IV and describing problems in a family therapy. *Family process*, 32, 249-253.
- Strong, T.** (2000). Unpicking labels. *New therapist*, 6, (March/April), p. 36.
- Strong, T., Lysack, M., & Sutherland, O.** (2008). Considering the dialogic potentials of cognitive therapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 10, 207–220.
- Strong, T., Gaete Silva, J., Sametband, I., French, J., & Eeson, J.** (2012). Counsellors respond to the DSM-IV-TR. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(2), 85–106.
- Szasz, T. S.,** (1961). *The myth of mental illness*. New York, NY: Harper & Row.
- Tucker, A.R., & Blythe, B.** (2008). Attention to treatment fidelity in social work outcomes: A review of the literature from the 1990s. *Social Work Research*, 32(3), 185-190.
- Turner, K.** (2011). The screw that changed the world. Episode from Ideas with Paul Kennedy radio show: Canadian Broadcasting Corporation. Recuperado de: <http://www.cbc.ca/ideas/episodes/2011/10/17/the-screw-that-changed-the-world>.
- Vico, G.** (2001). *New Science* (D. Marsh, Trans.). London, UK: Penguin. (Original published in 1744.)
- Watters, E.** (2010). *Crazy like us: globalizing the American Psyche*. New York, NY: Free Press.
- White, M.** (1984). Pseudo-encopresis: From avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family Systems Medicine*, 2, 150–160.
- White, M.** (1986). Negative explanation, restraint, & double description: A template for family therapy. *Family Process*, 25, 169–184.
- Wilson, G. T.** (2007). Manual based treatment: evolution and evaluation. In T. A. Treat, R. R. Bootsin & T. B., Baker (Eds.), *Psychological clinical science: papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 105–131). New York, NY: Routledge.
- Winslade, J.** (2009). Tracing lines of flight: implications of the work of Gilles Deleuze for narrative practice. *Family Process*, 48, 332–346.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. (E. Anscombe, Ed.). New York, NY: Macmillan.

Wylie, M. S. (1995). The power of DSM-IV: Diagnosing for dollars. *Family Therapy Networker*, 19(3)22-32.