

AGRESSIVIDADE: O DIAGNÓSTICO NA INFÂNCIA E SUAS CONTROVÉRSIAS

*Karin Yasmin Veloso Müller**
*Cristiana Carneiro***

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discutir a agressividade na infância a partir de duas diferentes abordagens: a visão dita a-teórica do DSM-5 e a visão teórica da psicanálise freudiana. Questiona sobre a centralidade da agressividade nos diagnósticos em sua relação com os possíveis ideários de normal e patológico que atravessam a infância nesses discursos. Em relação ao manual, foi realizada uma busca do radical “agress” que leva aos termos “agressividade”, “agressivo”, “agressivos” e “agressão” na sua versão virtual. Em relação à obra freudiana, foi efetuada uma leitura longitudinal da agressividade em relação aos seus principais textos. A partir desses levantamentos, o artigo conclui que ambas as abordagens oferecem ideários de infância, ainda que no manual os comportamentos ditos disfuncionais não aludem diretamente a uma teoria de desenvolvimento.

Palavras-chave: agressividade, infância, diagnóstico, psicanálise, DSM-5.

AGGRESSIVENESS: THE DIAGNOSIS IN CHILDHOOD AND ITS CONTROVERSIES

ABSTRACT

This article aims to discuss aggression in childhood from two different approaches: the so-called a-theoretical perspective of the DSM-5 and the theoretical perspective of Freudian psychoanalysis. It questions the centrality of aggression in diagnoses and its relationship with the possible ideologies of normal

* Doutoranda em Psicologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro; Mestre em Psicologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: karinymuller@hotmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-1923-5258>

** Doutora em Psicologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro; Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: cristianacarneiro13@gmail.com; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4042-1155>

and pathological that influence childhood in these discourses. Regarding the manual, a search was conducted for the root “aggress,” leading to the terms “aggressiveness,” “aggressive” and “aggression” in its virtual version. In relation to Freudian works, a longitudinal reading of aggression concerning its main texts was performed. Based on these findings, the article concludes that both approaches offer ideologies of childhood, even though in the manual, the so-called dysfunctional behaviors do not directly refer to a developmental theory.

Keywords: aggressiveness, childhood, diagnosis, psychoanalysis, DSM-5.

AGRESIVIDAD: EL DIAGNÓSTICO EN LA INFANCIA Y SUS CONTROVERSIAS

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo discutir la agresividad en la infancia a partir de dos enfoques diferentes: la visión supuestamente a-teórica del DSM-5 y la visión teórica del psicoanálisis freudiano. Se cuestiona la centralidad de la agresividad en los diagnósticos y su relación con los posibles idearios de lo normal y lo patológico que atraviesan la infancia en estos discursos. En relación con el manual, se realizó una búsqueda del radical “agress” que lleva a los términos “agresividad”, “agresivo”, “agresivos” y “agresión” en su versión virtual. En relación con la obra freudiana, se efectuó una lectura longitudinal de la agresividad en relación con sus principales textos. A partir de estos levantamientos, el artículo concluye que ambos enfoques ofrecen ideologías de la infancia, aunque en el manual los comportamientos considerados disfuncionales no aluden directamente a una teoría del desarrollo.

Palabras clave: agresividad, infancia, diagnóstico, psicoanálisis, DSM-5.

INTRODUÇÃO

Este artigo baseia-se na dissertação de mestrado intitulada “Controvérsias sobre a agressividade na infância: o sintoma entre a lógica médica vigente e a psicanálise” (Müller, 2023) e reflete sobre diferentes possibilidades de leitura das manifestações de agressividade na infância.

Ao procurar o sentido corrente da palavra diagnóstico, observa-se que há uma relação com o exame médico e a busca para encontrar a razão e a natureza da afecção, bem como a determinação de uma doença a partir da descrição de seus sintomas (Aurélio, 2019). No entanto, etimologicamente, a origem da palavra diagnóstico vem do grego

diagnósis, que significa discernimento e decisão. É o processo utilizado para chegar a uma conclusão, bem como o nome dado à conclusão em si mesma (Simões et al., 2014). Assim, o diagnóstico pode se referir tanto ao processo quanto à decisão final, ou seja, à nomeação da afecção a partir de um sistema classificatório.

Como já apontado em outros trabalhos (Lopes & Carneiro, 2020; Carneiro, Scrinzi, & Zelmanovich, 2020), há, no contemporâneo, mudanças significativas em relação à cultura diagnóstica em saúde mental, especialmente na infância. A expansão do uso das classificações nosográficas no dia a dia indica um alargamento que invade o cenário educativo, midiático e familiar, trazendo em seu bojo um ideário implícito, ou explícito, sobre a criança que se situa na norma e fora dela. Nesse sentido, a expansão da nova cultura diagnóstica e o discurso correlato que associa o comportamento fora da norma à patologia nos levam a refletir sobre os sentidos que a agressividade na infância pode estar assumindo em nossos tempos.

Como pensar a agressividade nesse contexto? Em que medida a discussão sobre agressividade e diagnóstico pode refletir sobre os ideários de infância construídos atualmente?

Tendo esse questionamento como guia, o texto se volta para duas abordagens distintas da agressividade na infância: uma que a situa como critério de transtorno em uma visão dita a-teórica (DSM-5), e outra (psicanálise freudiana) que a vê como conceito incluído em uma teorização sobre a constituição do sujeito. Partimos da hipótese de que, embora o último manual classificatório sobre as doenças mentais se descreva como a-teórico, ou seja, não especificamente comprometido com teorias psicopatológicas da infância, acaba por oferecer uma concepção de infância.

Neste intuito, utiliza-se o principal manual diagnóstico, o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), para delinear como a agressividade infantil tem sido vista nos diagnósticos regidos pela lógica hegemônica da psiquiatria. São buscadas todas as ocorrências do radical “agress” no manual e, a partir dos resultados, filtrados e comentados os diagnósticos que podem ser dados na infância e têm a agressividade como critério diagnóstico significativo.

De outra forma, para a leitura psicanalítica da questão, foi realizado um levantamento bibliográfico da obra freudiana, no qual o conceito de agressividade na psicanálise é delimitado a partir de importantes marcos teóricos, privilegiando a dimensão econômica de sua construção. O aspecto fundante e constitucional da agressividade é enfatizado, apontando possíveis impactos nos ideários de infância.

A AGRESSIVIDADE NO *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM-5)* E A INFÂNCIA NEUROBIOLÓGICA

Atualmente, nas práticas em saúde mental infantojuvenil, dois manuais são prioritariamente utilizados para diagnosticar doenças, oferecendo classificação e catalogação em ampla escala. Os dois manuais oficiais são o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), dos Estados Unidos, e a *Classificação Internacional de Doenças* (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde. Com a hegemonia do discurso médico e por esquematizar objetivamente os nomes dos transtornos e seus sintomas característicos, esses manuais não são usados apenas como base para clínicos e pesquisadores, mas também por assistentes sociais, estatísticas de saúde pública, companhias de seguros, parlamentos políticos e pelas áreas jurídica, escolar e organizacional.

O DSM foi criado nos Estados Unidos da América e, por este país ser um polo de dominação epistemológica, é utilizado amplamente ao redor do globo a ponto de, por vezes, ser chamado de “bíblia da psiquiatria” (Paris, 2013a). Especificamente focado na saúde mental, o manual influencia o que é definido pela Organização Mundial da Saúde na categoria de transtornos mentais da Classificação Internacional de Doenças, de modo que, no prefácio do DSM, há a informação de que sua classificação está harmonizada com a publicação da Organização Mundial da Saúde (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 12). Sua primeira publicação foi em 1952, e hoje o manual está em sua quinta edição. A cada edição há modificações e acréscimos no que se considera patologia.

Em sua primeira edição, o manual tinha influência da psicanálise em suas classificações diagnósticas. Problemas psíquicos envolviam a relação do indivíduo com seu contexto social, seus hábitos e situações de estresse, por exemplo (Fonseca & Martins, 2023). Pensava-se em sintomas como expressões de conflito, cujo sentido poderia ser elucidado.

Já no DSM-II, segunda edição do manual, houve uma tentativa de conciliação entre o que era proposto pela Organização Mundial da Saúde e a visão americana da psiquiatria (Danziato, 2000). Até então, o manual tinha pouco impacto na prática clínica (Paris, 2013a). O surgimento de novas medicações e a influência da indústria farmacêutica encorajaram o combate à influência da psicanálise e a criação e mudança de diagnósticos, pois facilitaria e incentivaria a prescrição e o consumo de medicamentos (Shorter, 2013). Deste modo, questões que até então não eram consideradas problemas médicos, passaram a ser índices de transtornos ou doenças. Em consequência a esse alinhamento, desde a terceira edição do DSM, publicada em 1980, o manual pretende ser a-teórico, descritivo e estatístico a partir de fenômenos observáveis, afastando-se dos modelos psicodinâmicos e psicossociais.

À época, era notável que havia divergentes perspectivas quanto a transtornos psiquiátricos em diferentes partes do mundo. Ao mesmo tempo, nascia a medicina baseada em evidências, com experimentos controlados na prática médica, à qual os manuais passaram a se inclinar. No livro *“Making the DSM-5: Concepts and controversies”* (2013), Shorter compara a delimitação dos transtornos feita na força-tarefa de criação do DSM-III mais a uma negociação do que ao resultado de uma admiração pela ciência (p. 11). O autor defende que as mudanças feitas no manual foram mais uma resposta a uma pressão política, do que um avanço conceitual.

Nas publicações subsequentes, DSM-IV e DSM-5, a lógica de tentar manter o manual a-teórico se manteve, apesar de, na prática, ele se inclinar à neurociência, à psiquiatria biológica e à lógica da medicina baseada em evidências. Inclusive, na força-tarefa de preparo do DSM-5, a Associação Americana de Psiquiatria cogitou introduzir uma mudança de paradigma na qual os diagnósticos psiquiátricos estariam ainda mais explicitamente alinhados à neurociência:

“O avanço da neurociência trouxe a esperança de que os transtornos mentais pudessem ser explicados pela genética, neuroquímica, neurocircuitos e neuroimagens. A psiquiatria, como um todo, adotou esse ponto de vista, e alguns proponentes sugeriram que a psiquiatria deveria juntar-se novamente à neurologia e se redefinir como a aplicação clínica da neurociência.” (Paris, 2013b, p. 40, tradução nossa).

Entretanto, as bases teóricas que se tinham eram tão fragmentadas, que recuaram desta proposta (Paris, 2013b). Ver apenas o campo da neurociência é reducionista e contrário ao princípio da psiquiatria exigir um modelo biopsicossocial. Deste modo, se veria a mente como um “epifenômeno do cérebro” (Paris, 2013b, p. 40). A mente não existe sem cérebro, mas não pode ser reduzida a neurocircuitos ou mecanismos celulares (Paris, 2013b). Apesar dessa observação crítica de Paris (2013b), o cérebro e seus substratos neurobiológicos parecem ter continuado a ocupar um lugar de relevo na psicopatologia. Isso nos leva a parodiar Ehrenberg (2009) e dizer que a “criança cerebral” se encontra infiltrada nas classificações do DSM-5. Ou seja, ainda que não haja uma discussão etiológica explicitada no manual, as menções neurobiológicas dão a ver uma infância na qual essa seria a condição central na saúde/doença mental.

Apesar de todos os manuais desde o DSM-III incluírem um aviso de não usar o texto como guia de tratamentos, os médicos não parecem estar levando isso em conta. “É prático e tentador fazer um diagnóstico rápido e prescrever um medicamento” (Paris, 2013b, p.43).

No prefácio atual, o manual prevê que os critérios diagnósticos para cada transtorno são concisos e claros, na intenção de facilitar uma avaliação objetiva de sintomas em diversos contextos clínicos e para estudos epidemiológicos comunitários sobre transtornos mentais. (APA, 2013, p. 12). Apesar de ser amplamente utilizado e, atualmente, não se pensar em uma psiquiatria que não siga o DSM, o manual apenas classifica transtornos mentais, mas não os explica ou guia o tratamento deles. Os diagnósticos psiquiátricos ainda parecem um “sistema improvisado que comunica, mas raramente explica” (Paris, 2013b, p. 41).

Pode-se dizer que o DSM é mais um documento cultural do que científico (Shorter, 2013). O líder da força-tarefa para redação do DSM-III, Robert Spitzer concordou com um entrevistador que

afirmou que o DSM havia se tornado um “evento cultural” (Shorter, 2013). Spitzer ainda emendou dizendo que diagnósticos “definem as coisas”, “definem o que é a realidade” (Shorter, 2013, p. 17, tradução nossa). Inclusive, o presidente da força-tarefa para a redação do DSM-IV, Allen Frances admitiu que nunca ficou orgulhoso do seu trabalho no DSM-IV, assim como não sentiu que foi de grande contribuição para a psiquiatria. Ele afirma ter percebido que “a psiquiatria descritiva havia chegado a seus limites de utilidade” e que o melhor que se poderia esperar alcançar seria não fazer mal, e estabelecer um padrão alto de provas empíricas, para “evitar mudanças arbitrárias” (Frances, 2009, tradução nossa).

Ao se pensar na visão sobre a infância, na primeira edição do DSM, havia poucas menções a diagnósticos na infância, sendo somente ligados à “reação esquizofrênica de tipo infantil” ou à “reação de adaptação da infância”, associada a uma interação com o ambiente ou um “conflito emocional interno” e com manifestações cujos exemplos do manual envolvem acessos de raiva, destrutividade e agitação (Fonseca & Martins, 2023). Essas manifestações eram vistas como “reações sintomáticas transitórias” (APA, 1952, p. 41) a situações ou conflitos emocionais internos, indicando que o sintoma poderia ser transitório (Fonseca & Martins, 2023). Nesta publicação, a infância também aparecia como um componente da etiologia, da história das doenças dos adultos.

Na publicação seguinte, o DSM-II, surge a categoria “Transtornos de comportamento na infância e na adolescência” (APA, 1968). A agressividade seguia sendo um possível sintoma clínico, com a diferença de poder se enquadrar não mais em uma reação transitória, mas também em uma possível patologia de comportamento (Fonseca & Martins, 2023).

Ainda no DSM-III e no DSM-IV, há um capítulo com o título “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”, que inexistia na quinta edição do manual. Caponi (2018) aponta que um efeito recente da última edição do manual é a dissolução das fronteiras entre o que é considerado uma questão adulta e as questões da infância. Assim, torna-se legítima a indistinção entre diagnósticos próprios da infância e os presentes na vida adulta, aumentando as possibilidades diagnósticas na infância.

Para os transtornos, o DSM-5 também delimita os “fatores de risco” (temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos) que aumentariam a chance de alguém ser diagnosticado. Caponi (2018) explica que a noção de risco se mantém forte com a consolidação da chamada “psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência”. Diferentemente da noção de sintomas transitórios presente no DSM-I, a ideia de risco articulada ao DSM-5 e vê os transtornos mentais como “comportamentos disfuncionais que se agravarão ao longo da vida de um indivíduo, desde a infância até a idade adulta, exigindo que seja reforçada a atenção nos primeiros anos de vida” (Caponi, 2018, p. 302). Há também o tópico “Desenvolvimento e curso”, que no DSM-IV era apresentado como “Curso”, no qual os diagnósticos têm referência na infância e na adolescência, momentos de início ou primeiros sinais da patologia (Caponi, 2018). A autora ainda postula que detectar precocemente transtornos mentais na infância pode ser considerado o eixo central do DSM-5, possibilitando antecipar riscos médicos e jurídicos. Esta lógica diagnóstica favorece um controle social durante toda a vida, trazendo a ideia de saúde como raiz de uma nação potente, produtiva e rica.

Agressividade na infância no DSM-5

Diante deste panorama, da afirmação de que o manual se diz a-teórico e da noção de haver categorias diagnósticas nas quais a agressividade é vista como sintoma, é importante buscar nas linhas e entrelinhas do manual o que está sendo proposto como normal e patológico ao se abordar a agressividade na infância. Para isso, foi realizada uma busca do radical “agress” que leva aos termos “agressividade”, “agressivo”, “agressivos” e “agressão” na versão virtual da publicação mais recente do manual, na qual ficará evidente o que a psiquiatria e a medicina têm postulado sobre a agressividade na infância (APA, 2013).

Após realizar essa busca, foram filtrados os diagnósticos que podem ocorrer na infância e para os quais a agressividade é vista como critério diagnóstico, portanto um sintoma central ao transtorno. Eles são o “Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor” (F34.8), uma subcategoria dos “Transtornos Depressivos”; o “Transtorno do Estresse Pós-Traumático” (F43.10) e o “Transtorno do Estresse Agudo” (F43.0),

subcategorias dos “Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores”; o “Transtorno de Oposição Desafiante” (F91.3), o “Transtorno Explosivo Intermitente” (F63.81) e o “Transtorno da Conduta, tipo com início na infância” (F91.1), subcategorias dos “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta”, como vistos na Tabela 1.

Tabela 1: *Transtornos da infância que têm a agressividade como critério diagnóstico no DSM-5.*

Transtornos Depressivos	Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta
Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (F34.8)	Transtorno do Estresse Pós-Traumático (F43.10)	Transtorno de Oposição Desafiante (F91.3)
	Transtorno do Estresse Agudo (F43.0)	Transtorno Explosivo Intermitente (F63.81)
		Transtorno da Conduta, tipo com início na infância (F91.1)

Fonte: As autoras

Como pode ser lido na Tabela 1, a agressividade como critério diagnóstico predominante na infância aparece em três grandes categorias. Nas três, há pelo menos uma subcategoria que tem a agressividade como um dos sintomas centrais e em todos os casos, os diagnósticos podem ser fechados ainda na infância. Entretanto, na segunda categoria, de “Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores”, a agressividade e a raiva são externalizadas, mas não são os sintomas principais ou centrais, portanto, não será mais aprofundada neste texto.

A agressividade aparece primeiramente, de forma mais central, como critério diagnóstico primordial do “Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor” (F34.8), subcategoria dos “Transtornos

Depressivos”. Este transtorno não constava até o DSM-IV, surgindo apenas no DSM-5 como um transtorno depressivo para jovens, corroborando a ideia da dissolução da fronteira entre questões adultas e infantis no manual. O diagnóstico pode ser feito entre 6 e 18 anos, com observação dos sintomas desde antes dos 10 anos, ou seja, na infância. É caracterizado por uma irritabilidade crônica grave, associada ao humor. Nesse transtorno, há explosões de raiva consideradas inconsistentes com o nível de desenvolvimento do sujeito, ocorrendo três ou mais vezes por semana, por 12 meses ou mais, em pelo menos dois dos três seguintes ambientes: em casa, na escola ou com os pais. O DSM costuma considerar a ocorrência quantitativa dos comportamentos para defini-los como sintomas patológicos, o que reflete a base estatística do manual. As crianças com esse transtorno podem apresentar perturbação na família e nas relações com os pais, além de impacto no desempenho escolar. O manual não especifica se há sofrimento subjetivo para a criança com esse transtorno, mas determina que essas crianças têm risco aumentado de desenvolver depressão e ansiedade na vida adulta.

Outra categoria central ao buscar o termo agressividade é a dos «Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta», que envolvem problemas de autocontrole de emoções e comportamentos. Esses transtornos se manifestam em comportamentos que «violam os direitos dos outros e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade» (APA, 2013, p. 461). Esses comportamentos são vistos como possíveis resultados de emoções mal controladas, como a raiva. Dentre eles, três subcategorias podem ser diagnosticadas na infância e têm a agressividade como critério diagnóstico: “Transtorno de Oposição Desafiante”, “Transtorno Explosivo Intermitente” e “Transtorno da Conduta, tipo com início na infância”.

Todos os transtornos dessa categoria são considerados no DSM-5 como diagnósticos de risco para um diagnóstico de “Transtorno de Personalidade Antissocial” (F60.2) na vida adulta (APA, 2013), caracterizado por desconsiderar ou violar os direitos das outras pessoas repetidamente, um transtorno diretamente associado a questões legais, delitos e delinquência. Assim, a agressividade na infância é vista como uma questão médica na fronteira com possíveis questões jurídicas e de criminalidade.

A leitura do manual revela diferenças na gravidade dos prejuízos associados a cada um dos “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta”. A amplitude dos prejuízos parece ser menor no “Transtorno de Oposição Desafiante”, que apenas aponta sofrimento do indivíduo ou das pessoas com quem convive socialmente. De acordo com o manual, os sintomas desse transtorno geralmente surgem nos anos de pré-escola.

A gravidade dos prejuízos parece ser maior no “Transtorno Explosivo Intermitente” do que no “Transtorno de Oposição Desafiante” (TOD), levando a prejuízos profissionais ou interpessoais, incluindo possíveis consequências financeiras ou legais. No entanto, para crianças em nossa cultura, ainda não há uma vida profissional ou financeira estabelecida. Assim, o manual não diferencia um transtorno da infância de um transtorno da vida adulta, como apontado por Caponi (2018). A idade cronológica para estabelecer esse diagnóstico é de pelo menos 6 anos, ou nível de desenvolvimento equivalente.

No “Transtorno de Conduta com Início na Infância”, a gravidade parece aumentar ainda mais, levando a prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. O manual acrescenta que “indivíduos com transtorno da conduta também podem frequentemente cometer violações graves a normas (por exemplo, na escola, em casa, no trabalho)” (APA, 2013, p. 472). O manual não comenta sobre o sofrimento para o próprio indivíduo como consequência do transtorno. Vale ressaltar que o “Transtorno de Conduta” pode não ter somente início na infância, havendo outras subcategorias possíveis. Na subcategoria com início na infância, apenas se especifica que os sintomas devem começar antes dos 10 anos de idade.

Portanto, parece que a idade mínima para esses três transtornos aumenta conforme a gravidade do transtorno e dos prejuízos previstos no manual. A agressividade pode ser um indício de transtorno nessa lógica, desde os anos da pré-escola.

Em todas as categorias diagnósticas, há um ponto que chama a atenção: apesar da determinação de idade para diagnósticos, o manual não inclui nenhuma teoria de desenvolvimento que explique o que é esperado para cada faixa etária.

Fica evidente nesta leitura do manual que a perspectiva vigente de transtorno mental se apropria de questões da infância de forma geral,

buscando examinar as doenças e os riscos para a vida futura e adulta. A definição de transtorno mental do manual determina que “desvios sociais de comportamento (por exemplo, de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais” (APA, 2013, p. 20). Nos transtornos abordados, somente o Transtorno de Conduta, tipo com início na infância, tem alguma ressalva quanto à possibilidade de um conflito referente ao indivíduo e à sociedade, ao mencionar zonas de guerra e áreas com alta prevalência de crimes. Já as respostas subjetivas a situações estressantes e perigosas no ambiente familiar ou escolar não são consideradas na definição de transtorno. Deste modo, o desvio passa a ser visto como uma questão da criança sem levar em conta o meio em que ela vive, sua família e escola.

No manual, todos os transtornos constam com um subtítulo de fatores de risco “genéticos e fisiológicos” aos quais poderiam ser associados. Em cada um dos transtornos, o manual aponta para algum indício neurológico que poderia, talvez, ser associado ao quadro. Mas, apesar dessa inclinação vigente à neuropsiquiatria, nos casos de transtornos que têm como critério diagnóstico central comportamentos agressivos, não há sintomas físicos, lesões ou marcadores neurológicos que sejam determinantes para o estabelecimento diferencial da patologia. Pode-se inferir que a busca pela qualidade de vida da população pelos médicos se dá, nestes casos, com base em normas pré-estabelecidas quanto a comportamentos observados na esfera social e uma ideia não delimitada pelo manual de desenvolvimento.

Cabe citar que na definição de transtorno contida no DSM-5, os transtornos refletem disfunções:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. (APA, 2013, p. 20).

E essas disfunções são delimitadas objetivamente a partir de sintomas. Os sintomas são índices, expressões diretas dos transtornos e, portanto, são eles que precisam ser tratados. De acordo com o prefácio do manual,

os transtornos foram descritos de modo que o sintoma possa ser avaliado objetivamente (APA, 2013). A abordagem se foca somente no sintoma observável e nos relatos sobre suas manifestações, quantitativamente. O comportamento agressivo aparece como sintoma de transtornos do DSM-5, manifestando-se em agressões verbais ou físicas ou em explosões de raiva, observáveis com pessoas ou animais.

Nesta leitura, a função do sintoma seria, portanto, mostrar a disfuncionalidade presente no indivíduo. Se o DSM define o que é realidade, como visto na afirmação de Shorter (2013), qual é a infância que parece ser visada, diante desta delimitação de manifestações patológicas de agressividade? Uma infância sem manifestações de raiva e agressões, desde a idade pré-escolar. Diagnósticos realizados de forma objetiva, sem necessariamente escutar o sofrimento da criança que as manifesta ou compreender se há questões no ambiente que possam trazer estes comportamentos.

A AGRESSIVIDADE CONSTITUCIONAL NA PSICANÁLISE E O DIAGNÓSTICO

Desde o início da teoria freudiana, pode-se perceber menções à agressividade, que ganha importância crescente ao longo da obra do pai da psicanálise. Em sua clínica, desde os primórdios, Freud percebia a agressividade na resistência que os pacientes apresentavam à análise. A intervenção da agressividade fazia, para Freud, parte do tratamento psicanalítico. A agressividade, as tendências hostis, o ódio, o sadismo e a destrutividade são pontos importantes na concepção do psiquismo humano e na clínica freudiana.

Há, na psicanálise, diversas teorias e aprofundamentos possíveis para se pensar a agressividade. Neste texto, privilegia-se a leitura econômica como a via que guiará a construção teórica. Ao analisar a temática da agressividade na obra de Freud, é notável o quanto ela é indissociável da teoria das pulsões. Inicialmente, Freud associou a agressividade às pulsões sexuais. Em seu texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905), ele declarou que a sexualidade da maioria dos homens tem características de agressividade, inclinação a subjugar.

Ao longo destes primeiros escritos, Freud se debruçou predominantemente sobre a ideia de sadismo (Freud, 1930/1929), que consistiria em “um componente agressivo autonomizado e exagerado da pulsão sexual” (Freud, 1905, p. 149), no qual haveria “desde uma atitude meramente ativa ou mesmo violenta para com o objeto sexual até uma satisfação exclusivamente condicionada pela sujeição e maus-tratos a ele infligido” (Freud, 1905, p. 150). Sadismo não é um exato sinônimo de agressividade, apesar de, em alguns momentos de sua obra, Freud utilizar o termo com menos rigor, sem associar à satisfação sexual.

Nos ensaios sobre a sexualidade, Freud (1905) tornou o sadismo uma pulsão componente ou parcial da pulsão sexual. O psicanalista descrevia o sadismo como um componente agressivo da pulsão sexual que se tornou independente e exagerado, deslocado para a posição dominante. Sentimentos hostis e agressivos nas relações de afeto teriam influência do componente sádico da pulsão sexual. Freud percebia a infância como um tempo de notórias demonstrações de comportamentos sádicos.

Deste modo, pode-se perceber que já em 1905, o componente de crueldade da pulsão sexual era visto pela psicanálise como “natural” ao caráter infantil. Freud postulava que este componente de crueldade se desenvolveria com grande independência das zonas erógenas, satisfazendo a pulsão de dominação. E alertava que “a ausência da barreira da compaixão traz consigo o risco de que esse vínculo estabelecido na infância entre as pulsões cruéis e as erógenas torne-se depois indissolúvel na vida” (Freud, 1905, p. 182). Desse modo, alguma noção de risco também estava presente na fala de Freud, mas não necessariamente associada a uma patologia ou à possibilidade de criminalidade, mas no curso de um mecanismo no psiquismo.

Freud também percebia que, até certo momento, as crianças davam livre curso à propensão humana à crueldade e à agressividade, constituintes da natureza humana. É na formação cultural que vão percebendo que precisam suprimir estas propensões. Freud (1905b) observava que, apesar de a educação tentar soterrar as forças da sexualidade e da agressividade, ela não consegue ter sucesso. Assim, acaba por não preparar as crianças e sujeitos para o que de fato vivenciarão e experimentarão ativa e passivamente ao longo de suas vidas. Por mais que tentem suprimir estas forças, há algo que escapa, ainda que em forma de sintoma.

Desde o início da obra freudiana, na associação da agressividade com a sexualidade, pode-se pensar em uma agressividade fundante, fundamental desde as organizações pré-genitais das pulsões e presente na motilidade, no movimento (Freud, 1905).

Durante sua obra, Freud não associou a agressividade somente à sexualidade, mas também a uma função defensiva e de diferenciação. Na primeira fase de sua teorização pulsional, Freud dividia as pulsões em sexuais e do ego. Pode-se observar um segundo momento da teorização de Freud sobre a agressividade no texto *As pulsões e seus destinos* (Freud, 1915), em que Freud sugere que as manifestações agressivas tenderiam mais para as pulsões do ego.

As pulsões sexuais eram consideradas por Freud como autoeróticas no início da vida do ser humano. O ego, que é o primeiro objeto das pulsões, catexizado com as pulsões parciais, seria capaz de satisfazer-se em si mesmo até certo ponto (Freud, 1915). Nesta situação, o mundo externo não é catexizado, é visto como indiferente e potencialmente desagradável, por ser fonte de estimulação. Concomitantemente, o sujeito do ego coincide com aquilo que é agradável (Freud, 1915). Com o desenvolvimento, sob o domínio do prazer, objetos que são apresentados como fonte de prazer seriam, pelo ego, introjetados. Em paralelo, os objetos que causam desprazer seriam expelidos e vistos como um remanescente estranho. Neste arranjo, o mundo externo passaria a coincidir com o desprazer. Freud observava que eram as pulsões de autoconservação que levavam o objeto do mundo externo para o ego. Foi nesta relação entre o ego e o mundo externo que Freud situou a origem do ódio: “Logo no começo, ao que parece, o mundo externo, objetos e o que é odiado são idênticos. Se depois um objeto vem a ser uma fonte de prazer, ele é amado, mas é também incorporado ao ego, de modo que para o ego do prazer purificado mais uma vez os objetos coincidem com o que é estranho e odiado” (Freud, 1915, p. 141).

Nas situações em que os objetos eram vistos como fontes de sensações desagradáveis, uma ânsia em aumentar a distância entre o ego e o objeto era percebida por Freud. O sujeito buscava repetir em relação ao objeto a tentativa original de fuga do mundo externo e seus estímulos. “Sentimos a ‘repulsão’ do objeto, e o odiamos; esse ódio pode depois intensificar-se

ao ponto de uma inclinação agressiva contra o objeto - uma intenção de destruí-lo” (Freud, 1915, p. 142).

Diferentemente da agressividade como um todo, Freud dissociou o ódio da função sexual:

O ego odeia, abomina e persegue, com intenção de destruir, todos os objetos que constituem uma fonte de sensação desagradável para ele, sem levar em conta que significam uma frustração quer da satisfação sexual, quer da satisfação das necessidades autopreservativas (Freud, 1915, pp. 142-143).

Portanto, foi ao desprazer e à autopreservação que Freud associou o ódio. O ódio seria a forma originária da hostilidade, presente na base do princípio do prazer. No ódio, haveria uma intenção agressiva por parte do ego. O ódio é constitutivo, fundamental no processo de separação e demarcador do que é interno e externo ao sujeito.

Reiterando o pensamento de 1915, no texto *A negativa* (1924), Freud propôs que “aquilo que é mau, que é estranho ao eu, e aquilo que é externo são, para começar, idênticos” (p.141). Por sua teoria, pode-se perceber uma expulsão primordial daquilo que causa desprazer ao eu, colocado como algo externo. Isto produziria uma primeira diferenciação entre eu e não-eu. A primeira inscrição da experiência de diferenciação eu/não-eu e dentro/fora teria, como condição de possibilidade, a emergência do ódio.

Jacques Lacan (1948), psicanalista de uma geração posterior a de Freud, foi além da teoria freudiana sobre a constituição do sujeito ao explicar que o sujeito se estruturaria rivalizando consigo mesmo. A teoria lacaniana não será aprofundada neste texto, mas vale destacar que o psicanalista lembrou *Totem e Tabu*, de Freud (1913), e elucidou que toda identificação demandaria agressividade e deixaria na subjetividade uma marca de paranoia original (LACAN, 1948).

Jacques Lacan (1957-58) ainda acrescentou em sua obra uma distinção entre agressividade e violência. Na violência, haveria uma impossibilidade de dizer, de simbolizar, que leva ao ato de agredir:

Para lembrar coisas de evidência primária, a violência é de fato o que há de essencial na agressão, pelo menos no plano humano. Não é a fala, é até exatamente o contrário. O que pode produzir-se numa relação inter-humana são a violência ou a fala. Se a violência se distingue em

sua essência da fala, pode colocar-se a questão de saber em que medida a violência como tal - para distingui-la do uso que fazemos do termo agressividade - pode ser recalcada, uma vez que postulamos como princípio que só pode ser recalcado, em princípio, aquilo que revela ter ingressado na estrutura da fala, isto é, a uma articulação significante.” (LACAN, 1957-1958, pp. 470-471).

Portanto, a violência foi, por Lacan, delimitada como a essência da agressão, colocada fora do alcance da palavra. A violência seria, assim como a agressividade, uma tendência humana, neste caso possivelmente produzida na relação entre humanos. Já a agressividade é possivelmente simbolizada, pode ser recalcada e interpretada (Ferrari, 2006).

Para a psicanálise, a agressividade é vista, portanto, como constitutiva, defensiva e fundamental no processo de identificação. Pode-se pensar, portanto, que ao se observar a agressividade em uma criança, algo se expressa neste sentido e pode ser interpretado.

A partir do texto *Além do Princípio do Prazer* (Freud, 1920), a agressividade passou a ser associada à pulsão de morte. Esta pulsão, que Freud (1920) identificou como além do princípio do prazer, seria contrária à pulsão de vida e buscaria levar a vida a um estado anterior a ela, ao estado inorgânico. Freud (1930/1929b) descreveu-a como uma força autodestrutiva que atua silenciosamente dentro do organismo.

Freud estabeleceu que quando dirigida para fora, a pulsão de morte se manifestaria em impulsos agressivos ou destrutivos. Estes impulsos agora passavam a ser vistos como possivelmente independentes do que Freud antes percebia como pulsão de autopreservação ou autoconservação. Nesta teorização, a teoria de uma agressividade fundamental se sedimentou.

A concepção de agressividade, associada a essa força destrutiva, foi atualizada para incluir a destrutividade. Freud observava nos sujeitos uma inevitável inclinação à destruição. Nesta atualização, a agressividade passou a ser vista como uma “disposição instintiva original e auto sustentável” (Freud, 1930/1929b, p. 125) e “derivado e principal representante do instinto de morte” (Freud, 1930/1929b, p. 126).

Na teoria psicanalítica, pulsões de vida e de morte estariam presentes em todos os seres vivos, em misturas ou fusões regulares, mas com a possibilidade de “desfusões” entre elas (Freud, 1923/1922, p. 274). Em

casos de “desfusão”, a pulsão de morte apareceria como pura destruição. Quando dirigida para o exterior, manifestaria tentativas de aniquilamento do outro, como ocorre em guerras. Neste caso, surge o ato da violência.

A hipótese de Freud de como o indivíduo teria manifesta em si a pulsão de morte sugeriu que, em parte, ela seria desviada para o mundo externo sob a forma de agressividade e inclinação à destruição; em parte, ela seria fundida a componentes eróticos e se tornaria inócua; e em grande parte permaneceria em um trabalho silencioso e interno de eliminar tensões.

Após a conceituação da pulsão de morte e seus desencadeamentos, Freud fortaleceu a teoria de haver nos homens uma prontidão a odiar, uma agressividade à qual se atribui um caráter elementar (Freud, 1920). Freud pôde perceber também a agressividade como a base de toda relação de afeto e amor entre pessoas.

Após postular a existência da pulsão de morte, Freud também notou o quanto não se gosta de aceitar a possibilidade de uma inclinação humana para a agressividade, a destrutividade e a crueldade, ou seja, para aquilo que é visto como ruim:

Que outros tenham demonstrado, e ainda demonstrem, a mesma atitude de rejeição, surpreende-me menos, pois ‘as criancinhas não gostam’ quando se fala na inata inclinação humana para a ‘ruindade’, a agressividade e a destrutividade, e também para a crueldade. Deus nos criou à imagem de Sua própria perfeição; ninguém deseja que lhe lembrem como é difícil reconciliar a inegável existência do mal (Freud 1930/1929 b, p. 124).

Freud apontou com ironia, neste trecho, o quanto a agressividade já era associada à maldade, a algo indesejável, “mal”. Aceitar que os seres humanos têm esta inclinação para a destrutividade, agressividade e crueldade não é tarefa agradável. Por isso, a educação não tende a incluir a abordagem da agressividade como constitutiva e inevitável:

Que a educação dos jovens nos dias de hoje lhes oculta o papel que a sexualidade desempenhará em suas vidas, não constitui a única censura que somos obrigados a fazer contra ela. Seu outro pecado é não os preparar para a agressividade da qual se acham destinados a se tornarem objetos. (...) A rigidez dessas exigências não causaria tanto prejuízo se a educação dissesse: ‘É assim que os homens deveriam ser, para serem

felizes e tornarem os outros felizes, mas terão que levar em conta que eles não são assim. (Freud, 1929/1930b, p. 137, rodapé).

Ter em si mesmo agressividade e ser objeto da agressividade alheia são, portanto, fatos inevitáveis para todos os indivíduos. A agressividade é fundante e inevitável. A forma que o ambiente a recebe parece ser relevante e, como apontado, há um ideal na civilização que parece não incluir a agressividade e suas manifestações.

CONCLUSÃO: CONTROVÉRSIAS SOBRE AGRESSIVIDADE E DIAGNÓSTICO

Este artigo foi iniciado com a proposta de refletir sobre a importância da agressividade nos diagnósticos envolvendo a infância. Duas perspectivas diferentes foram objeto do texto, a dos DSM e da psicanálise. Ainda que se refiram a lógicas e modelos não amplamente comparáveis, ambas se interessam pelo campo da saúde mental na infância. Nesse sentido, podemos percorrer alguns pontos de aproximação e distanciamento entre esses discursos no que tange a relação entre agressividade e psicopatologia. Dentre esses, destacamos a relação com a normalidade, a concepção de sintoma e as possíveis incidências clínicas das diferentes leituras.

Em relação à normalidade, ambas perspectivas indicam uma certa continuidade entre a vida infantil e adulta. Observar a obra de Freud faz notar que, assim como feito na psiquiatria, o psicanalista buscou estudar a infância para compreender o funcionamento do psiquismo e trazer uma ideia de continuidade com a vida adulta. Em relação ao ideal civilizatório, importante e estruturante, Freud (1930/1929b) indica seu alcance limitado, pois parte do pulsional vai sempre restar como indomável. Haveria, assim, uma teorização da constituição do sujeito que traz a sexualidade como seu fundamento. A infância freudiana se faz a partir de corpos pulsionais, com sexualidade, agressividade e desejo de dominar. As pulsões, sexuais e agressivas, de vida e de morte, perdurariam por toda a vida humana e escoariam de diversas maneiras, socialmente permitidas ou não, na sociedade.

Também para Paris (2013), o DSM-5 “reflete uma tendência de ver os transtornos mentais em um *continuum* com a normalidade, e fortalece a visão de que metade da população poderia ser rotulada com algum

diagnóstico” (Paris, 2013, p. v, tradução nossa). Pesquisas falharam em estabelecer uma distinção precisa entre normalidade e doença mental, e os poucos marcadores biológicos que se tem são mais associados a características do que a categorias de transtornos específicos. “O perigo da ideologia do DSM-5 é que estende o escopo do transtorno mental a um ponto em que quase qualquer um pode ser diagnosticado com um, e tratado de acordo” (Paris, 2013b, p. 41, tradução nossa). Nesse sentido, se há uma certa continuidade entre o normal e o patológico tanto no discurso psicanalítico como na linguagem do manual, os efeitos políticos dos discursos parecem muito diferentes. Seguindo a indicação de Paris (2013), a indistinção do manual parece contribuir para o aumento dos transtornos mentais e os consequentes tratamentos. Esses tratamentos estariam ligados à diferentes terapêuticas, incluindo sobretudo o uso de medicamentos.

Para a psicanálise, de outra forma, a continuidade entre normal e patológico não estaria relacionada a transtornos, mas apontaria para uma teoria da constituição do sujeito que concerne a todos, mas que só se realiza na singularidade de cada um. Mais ainda, na teoria psicanalítica, a agressividade, com sua condição fundante, não estaria necessariamente associada a uma patologia ou disfunção. Essa grande diferença diz respeito também a concepções de sintoma nessas diferentes lógicas.

A lógica do DSM quantifica sintomas, como comportamentos observáveis e disfuncionais, para determinar patologias. Por exemplo, para se estabelecer diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), a “índole vingativa” deve aparecer ao menos duas vezes nos seis meses anteriores ao diagnóstico. Para a psicanálise, não faria sentido utilizar este método quantitativo de ocorrência de comportamentos, visto que desconsidera o aspecto de solução de compromisso do sintoma, relacionado ao singular da trajetória individual.

A compreensão distinta de sintoma nos dois discursos ajuda a compreender os diferentes efeitos clínicos de suas abordagens. Embora o manual destaque sua função classificatória - e não clínica-, os usos crescentes dos psicofármacos na infância indicam uma intrínseca relação com a sistematização dos transtornos no manual.

Para Freud, a estrutura do sintoma não seria necessariamente patológica, em si. Na mesma ideia de continuidade, as pré-condições para

formação dos sintomas estariam presentes em todas as pessoas. Somente caso a energia dispendida para manutenção dos sintomas e para se lutar contra eles fosse tamanha, que não restasse energia disponível para executar demais tarefas, haveria uma patologia. (Freud, 1905). A disfuncionalidade reside, portanto, em um quantum de energia. Freud (1917) via que “ser doente” era “em essência, um conceito prático” (p. 361).

Os exames de Freud sobre as pessoas que analisava o fizeram teorizar que há algo que não é rapidamente objetivável nas manifestações, comportamentos e sintomas dos indivíduos, na medida em que são atravessados pelo inconsciente. A lógica aplicada no DSM-5, aliada ao pragmatismo e a sintomas vistos em comportamentos observáveis, pouco traria sobre o psiquismo e a história da criança em questão. Quantificar e objetivar comportamentos agressivos das crianças não traria detalhes sobre a verdade singular delas, seja o funcionamento de seu aparelho psíquico, a forma como ela lida com as exigências da cultura e de sua família e a distinção de se seus comportamentos remetem a uma manifestação de violência ou de agressividade.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-II) (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III) (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aurélio (2019). *Mini Dicionário Aurélio* (8a Edição). Editora positivo.
- Caponi, S. N. (2016). Vigiar e medicar: O DSM-V e os transtornos ubuescos da infância. In S. Caponi, M. F. V. Valencia, & M. Verdi (Eds.), *Vigiar e medicar: Estratégias de medicalização da infância* (pp. 29–54). São Paulo: Liberars.
- Caponi, S. N. (2018). Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: O TOD e a noção de criança perigosa. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 298–310. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180146>
- Carneiro, C., & Coutinho, L. G. (2015). Infância e adolescência: Como chegam as queixas escolares à saúde mental? *Educação & Revisão*, 56, 181–192. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.37764>
- Carneiro, Cristiana, Scrinzi, Mariana, & Zelmanovich, Perla. (2020). Um lugar ético para o adulto na relação com crianças e adolescentes: Bernfeld e o para além da patologização. *Tempo Psicanalítico*, 52(2), 243-257. Recuperado em 26 de junho de 2025, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000200011&lng=pt&tlng=.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000200011&lng=pt&tlng=)

- Coutinho, L. G., & Carneiro, C. (2016). Infância, adolescência e mal-estar na escolarização: Interloquções entre a psicanálise e a educação. *Psicologia Clínica*, 28(2), 109–129. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200007&lng=pt&nrm=iso
- Danziato, L. (2000). *A fortaleza da psicanálise: A história da psicanálise em Fortaleza*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria de Cultura e Desporto do Estado.
- Dunker, C. I. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87). Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006
- Ehrenberg, A.. (2009). O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, 21(1), 187–213. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652009000100013>
- Ferrari, I. (2003). Agressividade e violência. *Psicol. Clin.*, Rio de Janeiro, 15(2), 49-62, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a05v18n2.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- Fonseca, F. L., & Martins, L. P. L. (2023). A agressividade infantil no DSM: Os diagnósticos e seus efeitos subjetivos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 26, e211093. Disponível em <http://scielo.br/j/rlpf/a/FNnDt7wDxLyVv8vRTQhBdBK/?format=pdf>
- Frances A (2009). Dr Frances responds to Dr Carpenter: a sharp difference of opinion. *Psychiatric Times*, 9 Jul 2009. <https://www.psychiatrictimes.com/view/dr-frances-responds-dr-carpenter-sharp-difference-opinion>
- Freud, S. (2006). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras completas* (Vol. VII, J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1905)
- Freud, S. (2006). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In *Edição standard brasileira das obras completas* (Vol. VIII, J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1905b)
- Freud, S. Totem e Tabu. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras completas*, (vol. XIII, Tradução Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 2006 (Original work published 1913).
- Freud, S. (2006). Pulsões e seus destinos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas* de Sigmund Freud (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1915)

- Freud, S. (2006). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In *Edição standard brasileira das obras completas* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1917)
- Freud, S. (2006). Além do princípio do prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1920)
- Freud, S. (2006). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII, J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1923[1922])
- Freud, S. (2006). A negativa. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1924)
- Freud, S. (2006). O futuro de uma ilusão. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1930[1929])
- Freud, S. (2006). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Original work published 1930[1929]b)
- Lacan, J. Agressividade em psicanálise. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 (1948).
- Lacan, J. (1999). *O seminário, Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original work published 1957-1958)
- Landman, P. (2017). *Why stop DSM? A petition against a unique way of thinking*. Disponível em <https://stop-dsm.com/en/who-are-we-what-do-we-want-to-whom-is-the-petition-addressed-what-are-our-future-prospects/>
- Merletti, C. K. I. de. (2012). Hiperatividade, comportamento opositor e déficit de atenção: Mal-estar da criança ou mal-estar do adulto ao infantil. In *Retratos do mal-estar contemporâneo na educação* (Vol. 9). São Paulo, FE/USP. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000003201200010004&lng=en&nrm=abn
- Müller, K. Y. V. (2023). *Controvérsias sobre a agressividade na infância: O sintoma entre a lógica médica vigente e a psicanálise* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Paris, J. (2013a) Preface. em Paris, J & Phillips, J. (Eds.). *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, pp v-vi. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1>
- Paris, J. (2013b). The Ideology Behind DSM-5. em Paris, J & Phillips, J. (Eds.). *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, pp. 39-46. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1>
- Resende, M. S. de, Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 534–546. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534>
- Serralha, C. A. (2010). Tendência antissocial e novos diagnósticos: A medicalização como alternativa às falhas do ambiente. *Winnicott e-prints*, 5(2), 69–86.
- Shorter, Edward (2013). The History of DSM em *Making the DSM-5: Concepts and controversies*, pp. 3-21. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1>
- Simões, R. S.; Girão, J. H. R. G.; Sasso, G. R. S.; Silva, R. F.; Alonso, L. G.; Marques, R. S. *Etimologia de termos Morfológicos*. São Paulo, 2014.

Recebido em: 16/08/2024

Revisado em: 28/04/2025

Aceito em: 18/12/2025