

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Larissa de Figueiredo Rolemberg Mendonça

Reflexões sobre o diagnóstico como representação

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Larissa de Figueiredo Rolemberg Mendonça

Reflexões sobre o diagnóstico como representação

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

São Paulo

2013

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pela bolsa-auxílio desde o primeiro mês da minha entrada no mestrado;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Manoel Berlinck, exemplo de dedicação à vida acadêmica, pela sua generosidade em me receber de braços abertos desde o início, sempre me inspirando e incentivando;

Aos meus pais, Conceição e Julius, que mesmo com a dor da distância sempre me deram apoio fundamental nas minhas escolhas;

Ao meu amor, Rui, por me permitir acreditar que sonhar vale a pena, estando ao meu lado em todos os momentos com sua singular generosidade;

As minhas grandes amigas Anne, Betinha e Eline, por serem tão presentes na minha vida, sempre comemorando com as minhas conquistas;

A Ramaiana e Maria Tereza, minhas primeiras amigas de São Paulo, que compartilharam comigo desde o começo os sonhos e as dificuldades em estar em uma “terra estrangeira”;

A todos os colegas e amigos do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, pelos comentários e apoio nas horas de dificuldade, em especial à Ana Cecília, que se fez presente com todo seu carinho e sensibilidade não só nas contribuições a esta dissertação, como também na minha experiência clínica;

Ao Paulo Carvalho, pelas importantes colaborações no exame de qualificação;

A Conrado Ramos, pelos anos de escuta clínica que me ajudaram a enfrentar o desafio de estudar e morar em São Paulo;

A Pedro Henrique Rondon, pela atenção e revisão cuidadosa no final do texto;

Por fim, à cidade de São Paulo, onde por mais difícil que tenha sido morar, foi o lugar que me permitiu desabrochar minhas ideias e paixões.

Figueiredo, Larissa Rolemberg Mendonça. *Reflexões sobre o diagnóstico como representação*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo: A presente dissertação de mestrado tem como proposta investigar e aprofundar a questão da função do diagnóstico tomando como base a teoria freudiana e o campo de pesquisa da Psicopatologia Fundamental. Partindo da ideia de que o diagnóstico em psicanálise não opera com a mesma função das ciências empíricas, ao mesmo tempo que não foi um tema explorado por Freud, será necessário fazer uma retomada das ideias de separação da psicanálise com a medicina, para que possamos entender qual a função do diagnóstico na clínica que se interessa pela subjetividade. Para isso partiremos da experiência de um atendimento clínico e seus desdobramentos, fundamentais para a motivação e surgimento das questões aqui propostas. A questão orientadora desta pesquisa então se dá em torno de algumas perguntas: por que é tão difícil diagnosticar e como se diagnostica um paciente? O que seria, propriamente, diagnosticar? O que definiria o limite de uma estrutura e outra? Quando se diagnostica, diagnostica-se o quê? E ainda, feito o diagnóstico, o que isso acarretaria de mudança na escuta e na prática clínica? É nesse contexto que a noção de representação é inserida nesta pesquisa, pois a partir dela foi possível falar sobre o diagnóstico em uma perspectiva subjetiva, que não obedecesse nem à nosologia psiquiátrica nem ao estruturalismo psicanalítico. Assim, propomos o diagnóstico como representação enquanto mecanismo psíquico clínico que possibilita o livre associar.

Palavras-chave: Psicopatologia Fundamental; diagnóstico; representação; subjetividade.

Figueiredo, Larissa Rolemberg Mendonça. *Reflexões sobre o diagnóstico como representação*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Abstract: This master's dissertation has as its purpose to investigate and deepen the issue of the function of diagnosis, based on the Freudian theory and on the research field of Fundamental Psychopathology. Stemming from the idea that in psychoanalysis the diagnosis does not have the same function as in the empirical sciences and, at the same time, it has not been much explored by Freud, it will be necessary to recap the ideas on the distinction between psychoanalysis and medicine, so that it is possible to understand the function of the diagnosis on the clinic that is concerned with the subjectivity. With this aim, the point of departure will be the experience of a clinical treatment and its development, which are fundamental to the motivation and the generation of the issues that are here proposed. The main issue of this research goes around several questions: why is it so difficult to diagnose and how a patient is diagnosed? What is it, in fact, to diagnose? What is the boundary between one structure and the other? When one diagnoses, what is been diagnosed? And, still, once diagnosed, what changes would it bring to the listening and clinical practice? In this context, the concept of representation is inserted in this research, since it is from it that it became possible to consider diagnosis on a subjective perspective, which would follow neither the psychiatric nosology nor the psychoanalytical structuralism. In this sense, we propose that the diagnosis is a representation as a clinical psychic mechanism that allows the free association.

Key-words: Fundamental Psychopathology; diagnosis; representation; subjectivity

Sumário

INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO I.....	14
O HOMEM BOMBA-RELÓGIO”	14
I.1 Fragmento Clínico	14
I.2 A Neurose Obsessiva e a Paranoia	21
I.3 Problemática.....	27
CAPÍTULO II	31
MÉTODO.....	31
II.1 A Psicopatologia Fundamental	31
II.2 Método Clínico	36
CAPÍTULO III	42
HISTÓRIA	42
III.1 Psiquiatria e psicanálise	42
III.2 Notas sobre a história do diagnóstico.....	47
III.3 Diagnóstico em Psicanálise e Psiquiatria	52
CAPÍTULO IV	60
A CLÍNICA	60
IV.1 Os embates de se fazer um diagnóstico	60
IV.2 O clínico e o neutro	63
IV.3 Diagnóstico: um sintoma?	68
IV.4 A Clínica e a Natureza	74
IV.5 Reflexões sobre o diagnóstico como representação	84
Considerações finais.....	92
Referências.....	98

INTRODUÇÃO

“Em minha crítica da psicanálise dita aplicada, fui levado a afirmar que a psicanálise não é um assunto de diagnóstico” (Stein, 1988, p. 105).

As questões que suscitam o tema desta dissertação surgiram da experiência de um atendimento clínico que durou aproximadamente um ano, e que teve todo seu trajeto permeado de inquietações que mais tarde foram traduzidas como enigmas. A necessidade de transformá-los em tema de investigação, encontrando na escrita o lugar em que um entendimento mais conceitual pudesse esclarecer algumas questões, foi o que originou esta pesquisa.

O interesse em relação ao tema do diagnóstico partiu de questões éticas e teóricas por levantar dúvidas de qual seria a proposta de Freud em uma terapêutica que se opunha ao modelo médico, mas que ao mesmo tempo visava uma “cura”.

Durante os atendimentos psicoterápicos, não conseguíamos encontrar um diagnóstico para nosso paciente: em dúvida entre a paranoia e a neurose obsessiva, tentávamos, a partir de um diagnóstico definido, estabelecer o caminho a seguir no tratamento. Em uma estranha frequência de possíveis diagnósticos a cada sessão, a angústia de não saber o que estava acontecendo ali foi aos poucos se instalando naquela vivência clínica.

É a partir desse contexto, que começa haver um tipo de inquietação em relação à função do diagnóstico em uma clínica em que a subjetividade era a maior fonte de interesse. Partindo da ideia de que se o diagnóstico em psicanálise não opera com a mesma função das ciências empíricas, qual então seria a sua função como norteador de uma prática clínica analítica?

Inicialmente o título desta pesquisa era “A clínica da escuta: reflexões sobre o diagnóstico em psicanálise”, utilizado em parte do percurso da dissertação. Mas a partir do exame de qualificação, foi alterado para “Reflexões sobre o diagnóstico como representação”. Esta mudança teve consequências importantes: a retirada do termo “psicanálise” permitiu maior liberdade para que o tema do diagnóstico fosse tratado (apesar da base teórica fundamental continuar sendo psicanalítica). Além disso, a introdução da palavra “representação” dá indício de para onde se pretende caminhar. Ou seja, não há aqui pretensão de negar (tampouco recusar) o diagnóstico, mas também não o tomaremos como os conhecidos sistemas classificatórios.

Atualmente, com a difusão do conhecimento científico de forma cada vez mais globalizada, a facilidade de acesso a pesquisa e informação tem sido um grande ganho para os pesquisadores e a população de forma geral. Ao mesmo tempo, em alguns casos, esta nova realidade impõe certos cuidados e muita atenção.

A tentativa humana de lutar contra a doença, desde as eras mais antigas, atribuía poderes mágicos aos deuses e aos eventos da natureza, que eram responsáveis não só pela doença que acometia os humanos e os animais, como também pela sua cura. Hoje esses deuses estão representados na figura onipotente do clínico que objetiva curar seu paciente, livrando-o de todo e qualquer sofrimento, e com isso acaba impondo limite à subjetividade – que sempre foi e sempre será o obscuro indecifrável do ser humano.

Se o diagnóstico para a medicina é um processo de análise que se vale de exames e da observação clínica para identificar a possível doença, isso só existe porque se almeja um tratamento. Isso não tem sido diferente tanto com psiquiatras quanto com psicólogos e psicanalistas, que cada vez mais se preocupam em definir um diagnóstico/estrutura para que só assim possam estabelecer o caminho a percorrer (como se realmente isso fosse assegurar um bom e correto tratamento).

Nas palavras de Pereira,

O campo das disciplinas clínicas comporta intrinsecamente uma tensão que a um só tempo o constitui e o desestabiliza. Trata-se do desafio de conciliar o conhecimento acumulado pela ciência e pela tradição que o fundamenta com o original e único de cada caso. Renunciar ao primeiro pólo dessa dialética significa mergulhar a prática clínica no arbitrário e no inefável. Abandonar o segundo corresponde ao paradoxo de reduzir o infinito do singular ao parcial do generalizável, com todos os efeitos de ideologização e de violência que isso comporta. O problema, portanto, é da maior relevância (2001, p. 55).

Isso demonstra mais do que a força dessa discussão, mas também o difícil entrave que o tema do diagnóstico levanta. Muitos autores da psicanálise, como Pamplona (2001), consideram o estabelecimento do diagnóstico como condição preliminar de toda prática clínica, única possibilidade para o ponto de partida em direção ao tratamento.

Encontramos esse posicionamento especialmente nos autores que compõem a escola lacaniana, tendo o estruturalismo, representado pela posição de Joel Dor (1991), como base do diagnóstico clínico. Mas também encontramos outros psicanalistas, como Ana Cristina Figueiredo, autora de diversos artigos sobre o tema do diagnóstico em psicanálise (2000 e 2002), que se preocupa muito mais em distinguir a forma de diagnosticar da psicanálise e da psiquiatria, do que desenvolver outro tipo de discussão relativo a este tema.

Neste contexto, tentaremos aqui ir por outro caminho, haja vista que este já está suficientemente explorado. Com isso, utilizamos o campo da Psicopatologia Fundamental para pesquisar de outra forma o tema do diagnóstico, pois acreditamos que a questão é outra: trata-se de espaço obscuro, desconhecido, e por isso mesmo temido por muitos clínicos. Não seria surpresa que muitos optassem pelo caminho da segurança e do conhecido, ou seja, pelo uso do diagnóstico em sua prática. Nesse sentido, estamos falando da angústia do clínico.

Se o argumento de que a clara delimitação da estrutura psíquica é decisiva para a organização da intervenção clínica (supondo que seja possível), por outro lado esse mesmo conhecimento decisivo comporta o grande risco de comprometer o dispositivo, estabelecido por Freud, da escuta livre e flutuante por parte do analista.

Desta forma, “se a abordagem estrutural permite uma orientação do campo clínico, ela

é eticamente inconcebível sem uma atitude constante de pesquisa em cada caso, naquilo que o termo 'pesquisa' comporta do encontro com o novo e de criação do inusitado” (Pereira, 2001, p.55).

Acreditando que seja impossível pensar o diagnóstico sem atribuir valor ao lugar que o analista ocupa na relação transferencial com seu paciente, diagnosticar se torna algo que vai além de classificações, mas que é dado no encontro analítico e que somente através dele será possível falar sobre o paciente.

Queremos, com isso, pensar que a postura que cada clínico irá adotar em sua prática é estabelecida antes mesmo de determinado conhecimento teórico, pois provém de como ele concebe o ser humano, e de que modo imagina ser possível fazer numa clínica em que a subjetividade é o campo de interesse – e presumimos que tudo isso passe intrinsecamente pela própria análise pessoal do clínico quanto a suportar a sua escolha de clinicar.

Visto que esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, os autores e textos aqui utilizados obedecem a esta linha de pesquisa, que tem posicionamento claro diante da concepção do *pathos* humano e, conseqüentemente, uma noção específica de clínica.

Escolhemos a Psicopatologia Fundamental como campo de pesquisa que se propõe dialogar com múltiplas posições justamente porque permite esse diálogo entre diversas áreas do conhecimento, possibilitando a abertura de um espaço em que é possível falar, escrever, conversar e pesquisar sobre aquilo que é enigmático na clínica, sem abandonar a psicanálise. Desta forma foi possível ampliar o leque de possibilidades na investigação sobre a função do diagnóstico.

O uso de diversos conceitos (como, sintoma, associação livre, representação) foi necessário para podermos falar sobre o diagnóstico, mas não foi possível adentrar cada um de forma aprofundada por causa dos limites que uma pesquisa de mestrado impõe. Portanto, os

diversos conceitos que aparecem no decorrer da dissertação serão utilizados apenas para contextualização histórica e teórica do objeto de estudo desta pesquisa – a questão da função do diagnóstico na clínica.

A Psicopatologia Fundamental tem como método o “método clínico”, e se preocupa em criar um espaço para que o pathos possa aparecer, entendendo que para isso o clínico tem que estar disposto a “livre-escutar” – ou seja, é fundamental a relação que se estabelece entre paciente e clínico, não sendo jamais possível substituí-la por qualquer tipo de exames e tecnologias propostas por outras áreas de conhecimento.

Assim, a partir de uma vivência clínica angustiante irá se localizar a questão fundamental orientadora desta pesquisa, traduzida em algumas perguntas: por que é tão difícil diagnosticar, e como se diagnostica um paciente? O que seria, propriamente, diagnosticar? O que definiria o limite entre uma estrutura e outra? Quando se diagnostica, diagnostica-se o quê? E, ainda, feito o diagnóstico, o que isso acarretaria de mudança na escuta e na prática clínica?

Com isso, propomos desenvolver mais do que diferenças da concepção de diagnóstico entre a clínica médica e a clínica psicanalítica, mas fundamentalmente aprofundar o entendimento de como se dá o reconhecimento epistemológico da teoria freudiana nessa perspectiva do diagnóstico.

Desta forma, começaremos partindo da escrita de um fragmento clínico, apontando algumas passagens de seu atendimento e de como a terapeuta foi afetada. Em seguida, caminharemos para a questão do método clínico e sua concepção do aparelho psíquico, para que com isso possamos adentrar a história tanto da clínica psiquiátrica e psicanalítica, como também do diagnóstico. No último capítulo será apresentada a noção de clínica em seu sentido mais amplo, além de questões que envolvem o exercício da clínica, como também do diagnóstico, e possíveis embates em torno desta questão.

É importante lembrar que a escolha pela Psicopatologia Fundamental como base de nossa linha de pesquisa foi o que permitiu adentrar diversos conceitos, contextos e teorias (como medicina, psicologia, filosofia e psicanálise), assim como as diferenças e comparações necessárias para atingir o objetivo deste trabalho: responder sobre a função do diagnóstico na clínica analítica. Com isso, fazemos diferenciação da psicanálise e da Psicopatologia Fundamental. Muito embora tenha como base teórica formulações psicanalíticas, se fundamenta em posicionamentos muitas vezes diferentes, mais abrangentes e menos específicos do que normalmente os referidos à psicanálise. Segundo Berlinck (2012, p.185), a clínica psicopatológica fundamental “pretende ir além (ou aquém) da indispensável contribuição freudiana, pois reconhece que não há um único saber capaz de dar conta do *pathos* psíquico”.

Por fim, nosso intuito é identificar como a construção da elaboração do diagnóstico se desenrola na obra freudiana, pois a partir do momento em que não há um texto ou capítulo que se dedique a esse tema (ver Delrieu, 1997), buscaremos em seus escritos posicionamentos do próprio Freud que possam nos levar a esta discussão.

Propomos, assim, tratar do diagnóstico como mecanismo clínico individual, aquele suscitado na e da transferência, e que possibilita dar um direcionamento ao tratamento, apesar de diferente daquele comumente pretendido. E para isso utilizaremos o conceito de representação como mecanismo psíquico clínico.

CAPÍTULO I

“O HOMEM BOMBA-RELÓGIO”

I.1 Fragmento Clínico

“F” era paciente antigo de uma clínica-escola de psicologia na qual eu estava atendendo. Em seu prontuário, diversas pastas anexas e um diagnóstico preciso: psicose. Diante de tantas outras informações escritas e contidas ao longo dos anos em que fora atendido lá, resolvi não ler nada a respeito de “F”, mas sim conhecê-lo a partir do que viria ser nosso espaço analítico. Afinal, o que estava escrito naquelas pastas ele havia dito aos outros terapeutas; não havia sido endereçado a mim: aquilo não me pertencia.

É a partir desse contexto que o chamo para voltar a ser atendido, na tentativa de imprimir nesse primeiro encontro, de fato, um começo, e não um recomeço de algo que nem eu mesma sabia como havia acontecido.

“F” chega à primeira sessão demonstrando peculiar entrosamento nos espaços e, logo que o chamo, abre um sorriso, e me acompanha até a sala. “Você já deve saber por que estou aqui: não tenho nada novo para contar”. Surpresa, olho para ele dizendo: “Mas nem nos conhecemos. O que você acha que eu sei sobre você?”. “O que todos já sabem... dos pensamentos negativos que eu sofro... Vou ter que contar tudo outra vez?”. Respondo que não sei do que ele estava falando, mas que gostaria que ele me contasse. “F” fica calado por um instante, aparentemente perdido, como sem saber por onde começar. E assim, prossigo: “Por que então você não me conta desses seus pensamentos negativos? É o que traz você aqui?”.

E assim, com visível hesitação, começa-se o processo terapêutico que irá se

desenrolar de forma um tanto conflituosa para sua terapeuta, conforme as questões que serão suscitadas no caso.

Na ocasião do atendimento “F” contava vinte e sete anos de idade. Apresentou-se, desde o início e em todas as sessões, muito bem arrumado. Vaidoso e detalhista, com o cabelo sempre penteado, roupas alinhadas, combinando cintos e sapatos. Suas roupas eram masculinas, apesar de dizer que sentia admiração pelos homossexuais que se vestiam de mulher, mas que ele não tinha coragem para fazer isso. Logo aparecia em sua fala um componente afeminado que já era visível em seus trejeitos, pois tinha um ar feminino, se depilava, além de apresentar sobrancelhas sempre muito bem feitas, assim como as unhas manicuradas.

Nascido em uma família de três filhos (dois homens e uma mulher), sendo o filho do meio, chega ao consultório se queixando de “pensamentos negativos”, que seriam provocados por sua família (pais e irmã). Conta que é constantemente humilhado por eles desde que, há dois anos, tinham descoberto que é homossexual. A partir disso, sua vida “virou um inferno, não sei mais o que é ter paz”.

Ao ser questionado como são esses pensamentos, como acontecem, ele se refere à sua mente como uma terceira pessoa, como se não fizesse parte dele: “enquanto a mente diz pra eu fazer uma coisa, tenho que me esforçar pra não fazer.. mas muitas vezes ela é mais forte do que eu. A única coisa que a faz ela parar é a prece”. Esses pensamentos são então descritos por ele com incômodo e sofrimento, e afirma que são contrários à sua vontade, pois em nenhum momento concorda com eles.

O conteúdo desses pensamentos sempre aparecia com um caráter bastante agressivo, como matar a mãe ou jogar seu irmão na frente de um carro, quando estavam na rua. É interessante ressaltar que a mãe era objeto de raiva explícita na fala do

paciente, e seu irmão, a quem ele sempre mencionava com carinho, também era alvo desses pensamentos agressivos.

Em determinada sessão contou que toma muitos banhos durante o dia (em média oito), para se sentir melhor, e sempre recorre à leitura da Bíblia para enfrentar esses pensamentos. Ao mesmo tempo em que apresenta certo nível crítico em relação a estes (ao questioná-los e não dizer concordar com eles), afirma não conseguir parar de pensar: “não tenho mais de uma hora de paz por dia, os pensamentos são mais fortes do que eu”. Os “pensamentos negativos” aparecem então como seu ponto de maior tormenta, principalmente por não concordar com eles: “estou de saco cheio desses pensamentos, não suporto mais... queria que eles fossem embora logo para eu poder ficar em paz”.

Dessa maneira, os pensamentos se apresentam de uma maneira compulsiva, contra a vontade do paciente. Ao final desta sessão, saio com a impressão de que não se tratava de um psicótico, como descrito em seu prontuário, mas de um neurótico obsessivo grave.

No decorrer das sessões seguintes, “F” demonstra ter muita raiva de sua família, e diz que tem vontade de vingar-se; que a pessoa que o mais prejudica é sua mãe, mas que tem ainda mais ódio de seu pai, que a vê fazer tudo de mau contra ele e nada faz para protegê-lo. “F” o chama de “corno domesticado”.

Frequentemente faz questão de me lembrar que, juntamente com seu irmão mais novo, já apresentou denúncia na delegacia de grupos vulneráveis contra os maus-tratos que sofriam da parte de sua família, embora a mesma tivesse negado que fizesse qualquer coisa contra eles. Depois do episódio da denúncia, diz que seu convívio em casa piorou muito, e que a única pessoa de quem tem apoio, é o irmão (que também é homossexual e, segundo “F”, sofre dos mesmos pensamentos que ele). Relata que,

desde pequeno, é muito controlado pela mãe, se sentindo sufocado por ela, que não o deixava brincar e sempre acompanhava ele e o irmão em tudo. Diz ter raiva por sua irmã ter recebido tratamento diferente, com privilégios e liberdade.

Quando recorrentemente me falava desse episódio da denúncia, e do quanto sofria em casa, parecia que “F” queria me colocar como testemunha de seu sofrimento, chegando a me perguntar algumas vezes se eu não achava que sua família tinha algum pacto com o Mal.

Assim, “F” demonstrava ter por essa família um ódio que afetava também a mim. Que relação era essa que ele mantinha com essa família: tamanha raiva, mas não lhe permitia fazer algo que o tirasse daquela situação? Comecei então a pensar na relação do paranoico com seu objeto perseguidor, uma relação de amor e ódio intensos.

Ele não conseguia se aprofundar em sua história ou até mesmo relatar algum episódio que o tivesse marcado em seu passado – era como se estivesse contando a história de alguém, e não a sua: não demonstrava sentir nada ao falar de si. Apenas sua raiva era atualizada no presente, ao falar detalhadamente de seu dia-a-dia. As sessões se tornaram então uma descrição interminável de detalhes do que ele havia feito a cada dia da semana, e nada além disso.

Assim, a fala do paciente se tornou um tanto pesada e incômoda, já que era baseada em uma descrição sem fim dos detalhes de sua rotina, se referindo aos horários em que fez cada coisa e como fez: “hoje acordei muito cedo, eram 5:20 da manhã e eu mal tinha conseguido dormir. Fiquei acordado pensando em como eu queria que estivesse curado... mas logo me levantei, forrei minha cama, peguei meu chinelo (que estava atrás da cama) e fui ao banheiro... quando cheguei lá, vi que minha mãe tava acordada, então fingi que não a vi, e comecei a escovar os dentes, umas 5 e meia...”.

O paciente demarca um tempo que divide sua vida em “antes e depois”. Diz que até quando tinha uns 18 anos foi uma pessoa feliz (época em que terminou o curso colegial), apesar de sua mãe sempre controlar sua vida. Diz não ter tido pensamentos ruins naquela época e nem se preocupava com que os outros pensavam em relação a ele, ao contrário: “eu saía na rua pra mangar das pessoas, dos feios, dos pobres, de quem eu quisesse... hoje sou eu que sofro isso, não consigo nem sair na rua direito porque sei que vou encontrar com algumas gracinhas...”. Quando lhe perguntei que gracinhas eram essas, “F” conta que seriam pessoas xingando-o, ou fazendo piadas por ele ser homossexual. Seu desejo gira em torno de querer se sentir novamente feliz e livre, sem que os “pensamentos” o atormentem.

Relatou algumas vezes que tem a certeza de que sua mãe queria estuprá-lo: “eu tenho nojo dela, aquilo ali é o diabo... como é que uma mãe fica olhando e tarando o próprio filho? Ela entra no banheiro e fica olhando pra minha parte íntima. Eu sei que ela quer me estuprar porque ela é depravada, minhas tias mesmo falam isso”. Seus pensamentos giram em torno da certeza da perseguição de sua mãe em relação a ele: “ela vai deitar já pensando no que pode fazer de ruim pra mim no outro dia; ela finge estar dormindo, mas eu sei que ela está aprontando alguma coisa”.

Nessas sessões em que aparecia um funcionamento marcadamente paranoico, eu me sentia cada vez mais confusa – parecia que a cada sessão era possível um diagnóstico diferente para este paciente. O que estava acontecendo ali?

Ao longo do processo terapêutico, “F” se mostrou uma pessoa extremamente rancorosa e vingativa, aparecendo isso não como atos, mas em falas carregadas de muita agressão e ódio dirigidos à família e a qualquer um que se colocasse em posição diferente da dele. Parecia que a qualquer momento ele pudesse valer-se da passagem ao

ato, mas que por algum motivo isso crescia apenas internamente, como uma grande bomba-relógio. Proponho, assim, denominá-lo “o paciente bomba-relógio”. A cada sessão eu esperava que ele me relatasse alguma tragédia – o que não acontecia.

Ao falar de suas relações sexuais, comenta que é muito bem resolvido, que adora transar com homens de diversos tipos, apesar do receio que sofre de que as pessoas do seu bairro saibam que ele é homossexual, pois tem a certeza de que isso seria mais um motivo para sofrimento. Frequentemente entra em contradição quando fala de sua homossexualidade: ao mesmo tempo em que declara que “sou bem resolvido sexualmente, porque não tenho vergonha de dizer que sou homossexual”, diz ter certeza que é alvo de piada das pessoas de seu bairro por conta disso. Quando perguntado por que ele seria alvo de piada das pessoas por ser homossexual, já que isso não o incomoda, ele sempre diz: “a culpa toda é de minha mãe”. Essa mãe então aparece como uma mãe que persegue, que engole o sujeito, deixando-o paralisado.

“Eu tenho certeza de que quando eu estou em casa e minha mãe olha pra mim é porque ela está tramando alguma coisa contra mim, ela não presta, ela é um monstro vestido de gente” (sic). Essa autorreferência é sempre acompanhada de certeza irrefutável diante de sua percepção, como surge em outro pensamento muito recorrente: “Quando eu saio e as pessoas riem, eu sei que estão rindo de mim... não sei do que, porque me visto bem, mas é claro que estão rindo de mim... só pode ser inveja...” (sic).

“F” justifica que seus pensamentos negativos só acontecem pelo que vive diariamente em sua casa, e que se não morasse lá, seria tudo bem diferente. Ao mesmo tempo em que diz que sua salvação é sair de casa, não faz nenhum movimento para isso, justificando que não tem condições de arranjar trabalho, porque seus “pensamentos negativos” não o deixam em paz. O paciente não trabalhava, mas, vez por outra, fazia

“programas” com um homem que morava perto. E era dessa forma que conseguia algum dinheiro com que sustentava a si próprio e a seu irmão.

Em todas as sessões relatava sua angústia por causa dos “pensamentos negativos”, por sempre pensar “que não vou conseguir ser feliz”, ou que “não saía na rua porque vai dar tudo errado” (sic). Frequenta um centro espírita há dois anos por acreditar que seu sofrimento é o “pagamento de vidas passadas”, onde teria cometido algo errado, e há um ano tomava, diariamente, o antipsicótico Melleril (50mg).

Uma única vez, durante o processo de terapia, declarou: “eu estava saindo do shopping e percebi que estava sem pensamentos negativos; na mesma hora fiquei confuso porque era como se eu desejasse a volta desses pensamentos, porque ficou um vazio dentro de mim e, sem eles, não sabia o que fazer ou pensar...”. O paciente nesse instante mudou rapidamente de assunto, voltando à questão do sofrimento que passava em casa, não dando espaço para a escuta do que dizia de si mesmo.

Nesse instante, talvez numa tentativa de se situar fora desses “pensamentos negativos”, “F” se vê perdido, não se identifica, não sabe agir. Seriam esses pensamentos uma prisão tão alienadora, que se colocava de forma tão arbitrária que ele chegara a perder sua capacidade de livre-arbítrio, tornando-se seu refém? Seria isso um indício de grave neurose obsessiva? Como pensar, então, a função do mecanismo de defesa encontrado também nos relatos dele como delírio de perseguição? Eis o furo que demarca a questão do objeto neste caso.

Pensando que o diagnóstico é dado a partir da transferência e do que ela suscita em mim como terapeuta, comecei a pensar como este paciente me afetava. Em alguns momentos achei que “F” tivesse algum rebaixamento cognitivo, por apresentar pobreza dos pensamentos e incômoda rigidez em seu discurso, ao me dizer a cada sessão como

fazia cada coisa no seu dia a dia: não me trazia nada diferente ou novo, era apenas a descrição detalhada do que havia comido, a que horas, quem esteve com ele durante o dia... Diante disso, eu só podia imaginar “F” como um grande espectador dele mesmo, afinal tudo era automatizado, não havia intensidade ou vida em sua fala.

Sentia-me particularmente incomodada pelo fato de que ao mesmo tempo em que dizia que procurava na terapia uma forma de melhorar, e o quanto precisava daquilo, não me deixava espaço para falar ou intervir em alguma coisa; parecia que a minha presença ali era ilustrativa. Onde estaria a passividade, a paixão deste paciente que não aparecia? Ele era um todo, completo, não deixava nada entrar... e, assim como ele, me tornei paralisada.

1.2 A Neurose Obsessiva e a Paranoia

Para a psicanálise é durante a infância que as estruturas psíquicas serão definidas, podendo dizer que para cada estrutura há uma forma específica de se relacionar com suas figuras parentais. Entende-se por estrutura psíquica a posição que o sujeito assume frente ao desejo do Outro, ou seja, é uma organização que possui uma lógica de funcionamento e se constitui a partir da vivência da angústia da castração – constitui, portanto, a forma que o sujeito encontra para se defender psiquicamente. É em função dos amores edipianos que a criança irá se constituir dentro das três estruturas psíquicas: neurose, psicose e perversão.

Embora este assunto seja atraente, não nos deteremos aqui no tema da constituição do sujeito, pois nos levaria a um caminho que não é o nosso. Como também não temos o objetivo de nos aprofundar no tema das estruturas psíquicas,

faremos apenas breve revisão referente à neurose obsessiva e à paranoia – estruturas que originaram a questão desta pesquisa.

É importante ressaltar que, mesmo dentro da psicanálise, encontramos diferentes autores que irão discutir o tema das estruturas a partir de questões diversas, como é o caso, por exemplo, de Joel Dor e Abraham. Enquanto o primeiro tem uma visão estruturalista, abordando a questão a partir das relações do complexo de Édipo (como desejo materno e interdição), o segundo adentrará o tema da libido e das zonas erógenas envolvidas em cada estrutura.

Como se trata apenas de breve introdução ao tema da neurose obsessiva e da paranoia, vamos restringir-nos aos autores que apontam para o direcionamento e entendimento que queremos adotar. Por isso, utilizaremos apenas textos de Freud e Abraham para discutir esta temática, para que possamos dialogar com o caso clínico descrito.

A neurose obsessiva, como o próprio nome já diz, é uma estrutura dentro do campo das neuroses – classificada como o grupo que, diante da angústia de castração, se defende com o recalque. Seu trabalho consiste em afastar e transformar a lembrança traumática (vivida na infância) em uma representação enfraquecida, enquanto o afeto será desligado dessa lembrança, fazendo nova ligação com novas representações. Freud (1894/2006) diz que essa falsa ligação entre o afeto do trauma e as novas representações é que explicará o teor dos conteúdos absurdos das ideias obsessivas.

Neste momento podemos nos remeter ao caso: “F” o tempo todo reclamava do tormento que vivia com os “pensamentos” que não o deixavam em paz, não concordando com o que “eles lhe diziam”.

Abraham e Freud falam da neurose obsessiva a partir do estudo da libido e da

zona erógena à qual está fixada, a saber, a zona anal. Abraham, em seu texto sobre “Contribuições à teoria do caráter anal” (1921/1970) afirma que as considerações que Freud fez em relação aos sintomas obsessivos apontavam estes apenas como resultado de uma regressão da libido ao estágio de desenvolvimento caracterizado pela preponderância dos componentes instintivos anais e sádicos.

Ao considerar que o ato da evacuação é prazeroso para a criança, o momento em que os pais começam a ensinar-lhe que não deve sujar a si mesma e ao ambiente com suas excreções poderá ou não ser um trauma para ela. Com a exigência rigorosa de regularidade em suas excreções, e de limpeza, o narcisismo infantil é exposto a um “primeiro e severo teste” (Abraham, 1921/1970).

A consequência disso pode transformar a necessidade em virtude (nos casos favoráveis), pois a criança pode se identificar com a exigência paterna, ficando orgulhosa de sua realização; mas também há os casos em que uma exigência prematura vem a causar grande dano ao narcisismo infantil – até mesmo a destruição prematura da “megalomania” infantil. Abraham (1921/1970) diz que a aptidão psíquica surgiria apenas quando a criança comesse a se relacionar libidinalmente com os objetos (sua mãe, seu pai, etc.), sentimentos anteriormente ligados apenas ao seu narcisismo. Quando este processo não é respeitado pode surgir, por exemplo, um grande sentimento de vingança ligado à obediência.

O fato de o meu paciente não falar de sua infância, era uma questão que dificultava o entendimento de seu funcionamento. Mas o que era dito durante as sessões deixava a sensação de um forte sentimento de vingança ligado à obediência – não à toa o denominei paciente “Bomba-relógio”. Sempre pronto a se justificar por qualquer ato de rebeldia fora ou dentro da terapia, demonstrando uma certa obediência, “F” ao

mesmo tempo demonstrava grande ódio ao se referir aos seus pais, o que comumente me afetava com a sensação que algo estava prestes a explodir.

Quando há preponderância do erotismo anal sobre o genital, o neurótico se torna inativo e improdutivo, e isso acontece porque sua libido permanece pouco ligada aos objetos. Ao mesmo tempo que se tem a imagem do obsessivo como aquele que muito trabalha ou produz, muitas vezes há um trabalho sem ganho, pois está muito mais atrelado a um sistema que ele criou (e não pode ser diferente), do que de fato a algo que funcione de forma prática. Desta forma, o poder, ou a ordem, se apresentam de forma peculiar nos casos de neurose obsessiva, que seria justamente a maneira como a criança aprendeu a lidar com seus excrementos, conforme lhe foi requisitado por seus pais.

Outro traço clássico dos obsessivos é a sua relação especial com o dinheiro, habitualmente marcado por atitudes de parcimônia ou avareza. Há preocupação excessiva com os gastos, questionando muitas vezes a necessidade de ter certos tipos de despesas, assim como medo de perder o que possui – atribuindo um valor a mais ao dinheiro (Abraham, 1921/1970).

A obstinação aparece também como a forma pela qual o obsessivo entende o desejo dos pais em seu pedido de uma excreção ordenada. Assim, a criança cresce desejando obstinadamente ter um sistema próprio de fazer qualquer coisa.

A sensação de estagnação na terapia com “F” era frequente. A permanente pobreza dos seus pensamentos e a rigidez em seu discurso foram marcantes durante todo o processo, mostrando sistematização própria em seu funcionamento. Assim, a descrição diária de suas tarefas se tornou algo bem próprio de um obsessivo.

Posse, tempo, coleção, etc. são as formas pelas quais o prazer se expressa nos obsessivos, destacando-se pelo fato de que todos esses tipos têm estreita relação com o

reter e o evacuar das fezes. Podemos, assim, considerar que o deslocamento da libido da zona genital para a anal é o responsável de todas essas “inversões” da neurose obsessiva (Abraham, 1921/1970).

Frequentes manifestações de pensamentos obsessivos e atos compulsivos, muitas vezes carentes de significação para o paciente, assim como a erotização da zona anal e os sentimentos de ambivalência, são descritos por Freud, em seu texto “O Homem dos Ratos” (1909/2006), no qual aponta obsessões que aparecem como intensa atividade mental que exaure o paciente, assim como as ações que ele é compelido a realizar. Com “F” não encontramos grande diferença em seu discurso, em seus sintomas e em sua forma de se relacionar com o mundo.

Quanto à paranoia, tanto na psiquiatria quanto na psicanálise, é localizada dentro da estrutura da psicose – concebida como o grupo que diante da angústia de castração se defende forcluindo o significante da lei. Ou seja, o psicótico não reconhece a interdição do pai na sua relação com a mãe, o que o coloca, mais tarde, em conflito com a realidade.

Diferentemente da esquizofrenia, a paranoia caracteriza-se por um delírio sistematizado, sem deterioração intelectual, tendo como principal mecanismo de defesa a projeção – sendo os delírios paranoicos mais comuns os de perseguição, ciúme, grandeza e a erotomania.

Ao estudar o caso Schreber, Freud afirma que “a pessoa agora odiada e temida, por ser um perseguidor, foi, noutra época, amada e honrada. O principal propósito da perseguição asseverada pelo delírio do paciente é justificar a modificação em sua atitude emocional” (Freud, 1911/2006, p.50).

Não à toa a mãe de “F” era justamente seu principal perseguidor, pessoa dita

desprezível por ele que, entretanto, nunca consegue separar-se dela. Esta forte relação de amor e ódio entre eles é encontrada muito frequentemente nos casos de paranoia, como Freud comenta (Ibid.).

Freud irá também descobrir, através do relato do caso de Schreber e da comparação com outros casos de paranoia, que esta tem como pano de fundo principal uma defesa contra o desejo homossexual, ou seja, não se trata de que o desejo homossexual em si seja o gerador da paranoia, mas diante de uma incapacidade de sublimá-lo socialmente – pela amizade, pelo amor à humanidade em geral ou reconhecendo-o como tal (homossexualidade) –, tal desejo transforma-se na mola mestra da defesa e consequente formação da paranoia. O retorno dessa tentativa de ser colocado de fora, se torna fundamental para compreensão desse tipo de manifestação, na qual a projeção se faz presente o tempo todo (Freud, 1911/2006).

A questão da homossexualidade também foi importante tema da terapia com “F”. Embora nunca tivesse mostrado isso de forma consciente como fonte de angústia, a descoberta da sua homossexualidade por parte de seus pais teria sido o grande motivador de seus problemas, pois se dizia feliz antes disso. Foi nesse mesmo período que a perseguição de sua mãe começou, assim como surgiram os “pensamentos ruins” que não existiam. Seria mesmo essa homossexualidade algo bem resolvido para ele, como dizia? Ou de fato haveria algum furo, alguma incapacidade de sublimação, frequente entre paranoicos?

Ora, encontramos várias questões importantes no caso atendido, ligadas tanto à estrutura da neurose obsessiva quanto à da paranoia. Como então confrontar cada uma, e em que me basear para uma escolha diagnóstica?

1.3 Problematização

Em seu texto denominado “Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença” (1915/2006), Freud relata um caso de paranoia que chamou sua atenção por trazer elementos clínicos não habituais, o que levantou uma curiosa questão. Ao receber uma jovem com “suspeita” de delírios paranoicos, Freud relata duas principais dúvidas: seria de fato uma paranoia? Ou os elementos que até então eram considerados fundamentais para esta patologia estavam errados?

Recordando que o elemento central da paranoia gira em torno de uma homossexualidade velada, neste caso a premissa da homossexualidade não estava claramente estabelecida, nem física nem discursivamente; além do mais, o perseguidor da jovem era seu amante, portanto, um homem – o que não é comum, pois normalmente a figura do perseguidor é alguém do mesmo sexo com quem outrora tivesse tido uma relação de amor muito forte. A partir disso Freud entra em um processo de “investigação”, em que não vamos aqui nos deter, mas tomaremos como fonte de inspiração para o nosso tema em questão.

Ao voltarmos para o nosso caso clínico, lembrando que o perseguidor de “F” também não era do mesmo sexo que ele – afinal era sua mãe que o perseguia – podemos em um primeiro momento pensar que o perseguidor original estivesse apenas disfarçado no papel de sua mãe (assim como no caso de Freud) para encobrir sua homossexualidade, e que então o perseguidor original fosse seu pai, com quem “F” também mantinha uma relação de ódio e agressividade. Assim, o caso poderia se confirmar como sendo de fato uma paranoia.

A questão que interessa aqui é vinculada à posição ocupada na clínica: será que se durante o atendimento clínico de “F” tivéssemos nos debruçado sobre esta questão de

quem seria de fato o perseguidor do paciente (para confirmar ou não o diagnóstico de paranoia), isso poderia ter sido útil clinicamente?

Pensamos que ter uma postura investigativa dentro da clínica nos parece um outro papel, que não é o do clínico, mas do clínico-pesquisador que, segundo Freud deve acontecer fora da clínica e após o encerramento da terapia – que é o que estamos nos propondo a fazer neste trabalho.

Freud nesse texto utiliza uma frase oportuna que aqui transcreveremos: “Mas o caso tinha um interesse especial para mim, além de um mero diagnóstico” (Freud, 1915/2006, p. 273). Isso nos faz pensar que a posição que Freud toma em relação a seus casos é de pura investigação, naquilo que esta palavra tem de mais singular: empenhar-se em descobrir algo, pesquisar. Nesse sentido, o Pai da Psicanálise não se mostra interessado em pensar sobre o diagnóstico, ou ainda, em descobrir qual seria o diagnóstico daquela moça, mas sim em entender o funcionamento psíquico que ali se apresentava.

É partindo deste princípio de que para a psicanálise o diagnóstico não é fundamental para clinicar, como muitos psicanalistas afirmam, que nos debruçaremos nesta pesquisa.

A partir do atendimento do caso, comecei a me perceber numa necessidade quase premente de conseguir estabelecer um diagnóstico, deixando de fazer ecoar o mais importante instrumento psicanalítico: a escuta. Numa tentativa de identificar em suas palavras algo que me mostrasse o que estava procurando, eu não dava espaço para “F” falar livremente.

Essa necessidade imediata do diagnóstico surgia como tentativa de nortear minha prática, que estava confusa e perdida. Acredito que exatamente igual ao modo

como meu paciente falava e sentia, mas eu não o escutava: estava presa à decisão de formar um diagnóstico.

Nesse ponto, optar por um estudo mais aprofundado sobre as estruturas não me parecia suficiente; escolher uma linha teórica como a lacaniana, por exemplo, poderia ser uma boa solução para minha dúvida referente ao diagnóstico, por ser uma teoria estruturalista. Mas o mistério que antes teria se formado como dúvida diagnóstica havia se transformado em algo além: encontrar um diagnóstico teria sido apenas o pontapé inicial para uma angústia que mais tarde se modificaria. Dessa forma, tomei a decisão de deixar de lado o estudo teórico que pudesse me levar a uma conclusão diagnóstica, e que certamente me traria algum tipo de conforto por poder enfim dar uma direção ao tratamento. Iniciou-se, assim, um interesse e uma aposta em pesquisar sobre a função do diagnóstico dentro da clínica psicanalítica.

Nos últimos meses me vi tão angustiada por não conseguir chegar a conclusão alguma, que comecei a pensar: por que é tão difícil diagnosticar um paciente? O que seria, propriamente, diagnosticar? O que definiria o limite entre uma estrutura e outra? E, ainda, feito o diagnóstico, o que isso acarretaria de mudança na minha escuta e prática clínica? Comecei, a partir disso, a pensar que é preciso recusar um estigma a favor de uma escuta – estigma esse chamado diagnóstico. Afinal, como seria possível escutar livremente se o diagnóstico já está dado?

Partindo da questão levantada pelo próprio Freud, ainda nos primórdios das ideias que de que viria a nascer a psicanálise, quando constata que

é muito difícil obter uma visão clara de um caso de neurose antes de tê-lo submetido a uma análise minuciosa; mas a decisão sobre o diagnóstico e a forma de terapia a ser adotada tem de ser tomada antes de se chegar a qualquer conhecimento assim minucioso do caso (Freud, 1895/2006, p. 272).

A partir destas indagações, surge meu interesse na elaboração desta pesquisa sobre o diagnóstico na clínica psicanalítica. Como se constrói essa concepção na obra de Freud, e no decorrer do processo analítico, e que função ocupa o diagnóstico na clínica? Seria possível apenas a posteriori? Mas então, como se daria o direcionamento do tratamento?

CAPÍTULO II

MÉTODO

Falar do método nesta pesquisa não se faz importante apenas porque todas as pesquisas devam ser orientadas por metodologia específica. Nosso caso está além. O método aqui utilizado, o método clínico, implica a terra fecunda para a exploração do tema proposto; a descrição do método e o aprofundamento da temática desta dissertação se entrelaçam, e é neste aspecto que pretendemos aprofundar e dirigir nosso olhar.

Por essa pesquisa não se dedicar a um estudo de caso, mas à apresentação de fragmentos clínicos e sua compreensão metapsicológica, não objetivamos uma narração dos acontecimentos tal como ocorreram na clínica – julgamos isso impossível a partir do momento em que a clínica se dá na relação entre terapeuta e paciente. Objetiva-se, assim, transformar a vivência clínica em experiência.

Como a Psicopatologia Fundamental é o campo de pesquisa que fundamenta o método clínico, propomos partir da tentativa de definição deste campo de pesquisa para que possamos entender de que trata a temática proposta e, conseqüentemente, seu método.

II.1 A Psicopatologia Fundamental

A Psicopatologia Fundamental é um campo de pesquisa que toma como base teórica a psicanálise, e foi formulada como possibilidade de interlocução entre distintos campos de saber diante das inúmeras formas que o psicopatológico assume.

Enquanto a Psicopatologia Geral, proposta por Karl Jaspers em 1913, visava à

formulação mais objetiva das doenças mentais, desenvolvendo uma psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica, a Psicopatologia Fundamental interessa-se mais pelo sofrimento (pathos) singular e sua manifestação na constituição do sujeito, ou seja, na subjetividade (Berlinck, 2008).

É a partir desta proposta de diferenciação da Psicopatologia Geral, que então surge o Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse de l'Université Paris 7 – Denis Diderot, onde o professor Dr. Pierre Fédida, na década de 70, começa a se dedicar a este campo de pesquisa – tendo mais tarde, na década de 90, inspirado a criação do Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), dirigido desde então pelo prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

Se atentarmos para o sentido da palavra “Psicopatologia”, logo vemos que seu significado é singular, pois diz respeito a um discurso (logos) sobre a paixão, o afeto, o sofrimento (pathos) psíquico. A Psicopatologia Fundamental, então, leva em conta a subjetividade, e é através deste campo de pesquisa que poderemos avançar um pouco mais nesta dissertação a respeito da noção do trabalho clínico e, mais especificamente, sobre a questão do diagnóstico na clínica psicanalítica.

Fédida (1998) escreve que o projeto da Psicopatologia Fundamental constitui-se como um projeto de natureza intercientífica, ou seja, haveria um certo ideal de comunicação, que seria a interlocução entre distintos campos de saber diante das inúmeras formas que o psicopatológico assume.

Seria esta interlocução que Berlinck (1998) vai considerar como essencial e necessária para que o clínico possa ocupar sua posição na clínica, pois a partir do

momento em que o terapeuta se deixa entrar em contato com diversos saberes, isto amplia sua concepção de psiquismo e, conseqüentemente, entra em contato com uma forma mais subjetiva do pathos humano.

É a partir desse olhar singular que o campo da Psicopatologia Fundamental não se envolve em discussões a respeito dos sistemas classificatórios das doenças, como os famosos DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), que foram elaborados a partir de uma perspectiva médica.

O DSM é um manual desenvolvido pela American Psychiatric Association – estando em sua quarta edição (DSM-IV) – que descreve as doenças mentais sem fazer relação com suas etiologias, agrupando os sintomas em síndromes. O objetivo principal do manual é o auxílio nos diagnósticos, fornecendo critérios diagnósticos para as diversas manifestações de perturbações mentais, sendo independente do CID, classificação organizada pela Organização Mundial da Saúde.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, estando hoje em sua décima edição (CID-10), é um conjunto de todas as doenças conhecidas, tendo um capítulo específico para as doenças psiquiátricas, e fornece códigos relativos à classificação de doenças e sintomas. A história do CID mostra que cada vez mais a subjetividade tem sido descartada em prol de uma maior confiabilidade médica, ou seja, da objetividade.

Ao nos lembrarmos das características desses sistemas classificatórios, logo somos remetidos ao olhar da Psicopatologia Fundamental, pois tanto o DSM quanto o CID são complexos sistemas classificatórios que atendem a requisitos de padronização e generalização e que, portanto, limitam e ignoram tanto a dimensão subjetiva quanto a

singularidade própria da espécie humana.

Ao fazer isso é abandonada, também, a ideia de um discurso (logos) sobre o pathos psíquico, fundadora da própria concepção de psicopatologia. Esses sistemas classificatórios entram em outra discussão, respondem a interesses outros (como os das indústrias farmacêuticas e companhias de seguros de saúde). Essas instâncias não estão propriamente interessadas nem na singularidade nem na subjetividade e, portanto, ficam excluídas de nosso interesse em aprofundar a discussão neste contexto.

O que interessa nisso tudo é reforçar a ideia que funda a Psicopatologia Fundamental: longe dessas armadilhas, estamos interessados não no que está posto, mas no obscuro do ser humano.

Em seu texto sobre “O que é Psicopatologia Fundamental”, Berlinck revela que antes de adentrarmos este campo de pesquisa, devemos ter um entendimento sobre a noção de “posição” – palavra originada do vocabulário romano, que quer dizer “lugar onde uma pessoa ou coisa está colocada” (Berlinck, 2008, p. 11). Enquanto os romanos tinham uma preocupação colonizadora em relação a suas batalhas e exércitos, para os gregos a guerra servia à sua cultura de procurar heróis e símbolos. Neste sentido, ao ocupar um território, os romanos conquistavam uma posição; já para os gregos, a noção de posição era de natureza relacional. Ou seja:

A posição, em Atenas, refere-se à postura do corpo, à maneira, à pose como os moradores da polis – cidadãos e escravos, autóctones e estrangeiros – se relacionam numa trama discursiva que se realiza, por excelência, na ágora, ou seja, no espaço da retórica (Berlinck, 2008, p. 12).

Essa noção de posição na Grécia Antiga revela uma questão muito interessante: se tomarmos a forma como os historiadores se posicionavam na polis, notamos uma posição diferente da dos cidadãos comuns em relação à mesma – o historiador revela o que ali ocorre, relata o ocorrido e, mais ainda, garante uma memória que permite ao

povo um reconhecimento de si. Assim, “ver, escutar, anotar e relatar constituíam uma prática, mas também um movimento que ocorria de uma posição” (Berlinck, 2008, p. 15).

Era também na Grécia Antiga que os médicos se inclinavam diante de seus pacientes com o objetivo de ouvir, captar, compreender o que eles podiam contar sobre suas dores e sofrimentos.

Nesse sentido, a Psicopatologia Fundamental trata dessa posição clínica, desse “inclinarse”, que seria a postura em que alguém se coloca diante de algo. É essa posição que vai determinar o clínico/analista: aquele que se inclina diante do paciente com o intuito de escutar sua voz única a respeito de seu pathos, transformando assim a vivência em uma experiência.

A partir do momento em que a posição da Psicopatologia Fundamental é a de sempre escutar um sujeito, compreendido como um ser assujeitado a um excesso – pathos – ela se transforma em um discurso que narra as paixões, os sofrimentos, a passividade própria do ser humano.

Dessa forma, este campo de pesquisa acredita que a escuta clínica seja um trabalho transformador: a escuta tem a capacidade de transformar a vivência em experiência, ou seja, a experiência como aquilo que foi elaborado a respeito do que foi vivido na clínica. Segundo Berlinck (2008, p.24), “a experiência é a possibilidade de se pensar aquilo que ainda não foi pensado”.

É nesse âmbito que podemos fazer a ligação da Psicopatologia Fundamental com seu método. Ora, se esta concebe a clínica como um espaço que possibilita mudanças psíquicas, é porque este campo de pesquisa acredita que o tratamento para o pathos psíquico só é possível pela própria via psíquica. Para isso, cria-se um método (um

caminho pelo qual seguir) para que isso seja possível.

Dessa forma, o caso clínico é visto como fundamento da pesquisa, e é a partir dele que são formulados problemas de investigação definidos como discrepâncias entre aquilo que é e aquilo que deveria ser. Vamos, então, ao Método Clínico.

II.2 Método Clínico

O Método Clínico é assim chamado porque além de apontar um caminho que o clínico deve percorrer, inclui também a noção de conceitos extremamente importantes para a clínica: a noção de psiquismo e de ser humano.

Embora esse método dê um direcionamento para a prática clínica, Berlinck nos lembra que

o método clínico é muito distinto da clínica. Esta é uma série constante e recorrente de embates entre clínico e paciente. O método clínico é o percurso de um tratamento que ocorre na clínica. O método clínico é uma construção daquilo que aconteceu e, assim, não é o que aconteceu (Berlinck, 2009)¹.

A partir do momento em que Freud descobre o inconsciente, concebendo-o como uma dimensão inacessível aos recursos racionais, o homem passa a ser reconhecido como sujeito psicopatológico, portador de um excesso – sofrimento psíquico. Ou seja, “na perspectiva inaugurada por Freud não há normalidade, ou melhor, a normalidade, além de ser um conceito meramente estatístico, seria um estado para sempre perdido – o estado nirvânico – em que não haveria dor nem representação” (Berlinck, 2008, p.27 e 28).

Esse estado nirvânico é descrito por Freud em seu texto “Neurose de

¹ Disponível em:
http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/artigos_e_livros/o_metodo_clinico_%E2%80%933_4.pdf Acesso em fevereiro de 2013.

Transferência: uma síntese” (1914/1987); desde a Era Glacial, tempo em que a Terra sofre uma catástrofe violenta – tendo toda sua crosta congelada – o hominídeo é obrigado a se transformar em humano. Tendo toda a vegetação rasteira congelada, o hominídeo é forçado a adotar a posição ereta para que possa encontrar alimento em árvores. Mas com essa nova aquisição, perdas acontecem – o hominídeo perde o contato com a regularidade sexual (sustentada pelo olfato) e com isso é obrigado a se haver com outras formas de sobrevivência no mundo.

A partir do momento em que o estado nirvânico em que o hominídeo se encontrava foi para sempre perdido, o psíquico é criado como uma defesa contra o vazio causado por essa catástrofe glacial, onde se instaura um vazio – uma falta (a perda da regularidade sexual); pode-se pensar, com isso, que a sexualidade é a força que habita o ser humano e que o impele para a vida.

Será então a instauração desse vazio, dessa falta nunca antes experimentada, pois nada antes lhe faltava (a Terra era abundante em comida e a relação sexual era regular), que vai dar origem ao pathos psíquico. E será para proteger o humano desse sofrimento, desse vazio insuportável, que surge o sistema psíquico humano.

Como bem observa Berlinck:

(...) o pático, aquilo do qual o humano sofre e, portanto, encontra-se submetido, é o fundamento mesmo do psíquico, visto, por sua vez, como a organização narcísica do vazio, possuindo função eminentemente defensiva. (...) o psiquismo, produto do pathos, é parte intrínseca do sistema imunológico humano e tem por finalidade proteger cada membro da espécie, assim como toda ela (...). O poder que pode habitar a organização narcísica do vazio denomina-se sexualidade, força humana voltada para a reprodução ampliada da espécie e para evitação do desprazer, podendo até, em certas circunstâncias, produzir prazer. O humano defende-se do pathos com o psíquico, tornando-se, desta forma, autor de um mundo de representações objetais (Berlinck, 2008, p.7 e 8).

O homem, sendo então um ser fruto da catástrofe – que encontra no pathos psíquico sua forma de sobrevivência – é determinado através de um psiquismo

psicopatológico. Ou seja, essa perspectiva da forma como se dá a constituição psíquica no homem demonstra os caminhos obscuros que a clínica atravessa.

Com o sistema psíquico concebido como resposta defensiva à violência a que essa catástrofe glacial expôs o ser humano, Berlinck (2008) considera o aparelho psíquico como um prolongamento do sistema imunológico, ou seja, uma organização que se desenvolve para proteger o ser humano contra os ataques, tanto internos quanto externos dessa Era Glacial.

A partir do momento em que o sofrimento psíquico é considerado causado por essa violência (excesso), que possibilita o surgimento do ser humano como possuidor de uma subjetividade, podemos considerar que o sofrimento é inerente ao humano: ou seja, um elemento que compõe sua essência. A proposta da Psicopatologia Fundamental se dá exatamente nesta concepção: a questão patológica é uma dimensão essencial do Ser, e é disto que o clínico trata.

Tendo feito este breve percurso pela concepção de pathos psíquico, poderemos entender um pouco as diferentes formas em que o ser humano é concebido e, portanto, tratado.

A partir do século XVIII surge na Europa um movimento denominado naturalismo, que se baseava na suposição de que o mundo existente podia ser apreendido e compreendido a partir da observação e da classificação daquilo que se manifestava. Diferentemente da Grécia Antiga, onde o observador era um ser inteiramente passivo, neste novo movimento o observador se torna um ser separado e distinto da natureza, ou seja, capaz de perceber, pela observação, as diversas formas de vida que ocorriam na natureza, não mais se confundido inteiramente com ela.

Dessa forma, no naturalismo surge a ideia de um observador valorativamente

neutro, capaz de apreender sensivelmente o mundo da forma mais imparcial possível. É nesse contexto que a medicina moderna se desenvolve: clinicar se torna o debruçar-se sobre o doente, observando as manifestações que nele ocorrem, sem concepções *a priori* sobre aquilo que ali se manifesta.

O método clínico irá se basear não somente na observação; é também influenciado pela ideia do naturalista Charles Darwin, o qual

descreve que todas as espécies encontradas na natureza são discretas e não contínuas, ou seja, todas as espécies são compostas de elementos diferentes entre si chamados indivíduos. Os indivíduos que compõem cada espécie são únicos e indivisíveis. Pode-se esquartejar um corpo humano. O resultado dessa operação é a produção de partes de uma unidade denominada indivíduo. Uma perna é parte de um indivíduo, mas não é o indivíduo. Uma doença é parte de um indivíduo, mas não é o indivíduo (Berlinck, 2007, p. ix).

Toda essa concepção irá se refletir naquilo que tratamos no início deste texto: a questão da posição ocupada pelo clínico diante de seu paciente. Ora, se concebe a doença como um todo, como aquilo que define o sujeito, o clínico não irá conseguir adentrar o campo da subjetividade, do pathos psíquico. Ficar fixado a uma sintomatologia como sinônimo de direção de tratamento, por exemplo, é deixar de lado a escuta tão preciosa para o clínico que se propõe a tratar do psíquico. É sempre bom lembrar que o papel da medicina vai por outro caminho, diferente do da psicanálise, e se o clínico utilizar os instrumentos e mecanismos utilizados por aquela ciência, irá certamente fracassar.

Não queremos com isso desmerecer o campo da medicina – ela tem toda a sua importância de precisão – mas se empenha em tratar do corpo, e não do psíquico: tratar, assim, daquilo que é visível, doravante se opõe àquilo que permanece invisível. É a partir desta perspectiva oposta à da medicina que “surge a psicopatologia como um discurso narrativo a respeito das doenças mentais, doenças sem lesão, apesar das insistentes tentativas médicas” (Berlinck, 2008, p. 193).

desse modo, observação e experiência se opõem sem se excluir: é natural que a primeira conduza à segunda, mas com a condição de que esta só interogue no vocabulário e no interior da linguagem que lhe foi proposta pelas coisas observadas; suas questões só podem ser fundadas se são respostas a uma questão sem pergunta, a uma resposta absoluta que não implica nenhuma linguagem anterior porque é, no sentido estrito, a primeira palavra (Foucault, 2008, p.118).

Portanto, o método clínico é um espaço que proporciona o caminho da palavra representante do sofrimento psíquico; ou seja,

o método clínico, descobre pela palavra o encoberto, revela a verdade sempre provisória, evanescente do afeto: o pathos psíquico. Colocar em representação o pathos é produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo. Enquanto internas, as representações obscuras são vivências que podem se transformar em experiência, isto é, em representações socialmente compartilhadas (Berlinck, 2009, p. 443).

Assim, o caso clínico surge como uma questão enigmática para o clínico, o qual terá que traçar um caminho a seguir para respondê-la. Portanto, podemos pressupor que o caso é do clínico e não do paciente: “é do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação” (Magtaz & Berlinck, 2012, p. 77).

A psicopatologia fundamental, portanto, acredita que o papel da clínica se dá quando não se rejeita o obscuro do ser humano, sua própria essência; nesse sentido podemos pensar que a questão do diagnóstico é atravessada nesta discussão, pois a partir do momento em que se delimita uma doença ou uma estrutura para que o tratamento aconteça, o enigmático obscuro do humano passa a não mais existir – não é mais considerado.

O clínico se deixa afetar pelo paciente e este é afetado pelo clínico. A circulação de afeto (pathos) é que garante a natureza psicopatológica da clínica. Ocorre, entretanto, que o clínico, graças a um longo e penoso processo de formação, acredita saber o que se passa com o paciente logo em seguida às primeiras palavras por este pronunciadas (Berlinck, 2012, p. 186).

Desta forma, quando a concepção de clínica e pathos psíquico está bem delineada e definida, inaugura-se a possibilidade para que diversos temas possam ser pensados e refletidos, e é partindo deste entendimento que vamos questionar a noção de

diagnóstico na clínica psicanalítica.

CAPÍTULO III

HISTÓRIA

Este capítulo se dedicará brevemente à história da psiquiatria e da psicanálise, adentrando o percurso histórico do diagnóstico de uma forma mais ampla até chegar mais especificamente dentro dessas duas áreas do conhecimento.

Esta contextualização histórica se faz importante, assim como a divergência entre os conceitos e abordagens da psicanálise e da psiquiatria, porque é desta forma que conseguimos localizar um ponto de partida para poder pensar e questionar a função do diagnóstico. Ao entender o ato de diagnosticar de diferentes formas, diversas possibilidades em sua utilização na clínica também são encontradas.

Apesar de evidenciarmos as diferenças entre a medicina e a psicanálise, afirmamos que não é nosso interesse que essas diferenças se tornem centrais em nossa pesquisa – servem-nos apenas como referencial teórico e histórico.

III.1 Psiquiatria e psicanálise

Não podemos, nem devemos, nos debruçar aqui sobre um longo e aprofundado estudo sobre a historicidade da doença mental – isto certamente nos tiraria do nosso foco. Sabemos que sua história começa desde o início das civilizações, havendo registros de pensadores na Grécia e em Roma sobre as doenças psíquicas, passando pela Idade Média com suas crenças divinas e feitiçarias, até a chegada do século XIX, quando os transtornos psíquicos começam a chamar a atenção da medicina, e a psiquiatria é incorporada às áreas médicas.

Até então o hospital não era considerado lugar de tratamento para doentes, depositando-se lá todas as pessoas que eram indesejadas pela sociedade – desde ladrões e criminosos diversos, e doentes segregados como os leprosos, até loucos. E só a partir do século XVIII, com Phillipe Pinel e Esquirol é que começa a haver algum tipo de distinção entre os diversos tipos de "alienação mental" entre os internos, objetivando-se seu estudo e tratamento. Pinel e Esquirol se debruçam na tentativa de caracterização da loucura, e introduzem o conceito de alienação no campo da medicina (Ornellas, 1997).

Foi a partir desse contexto que começaram a surgir instituições específicas para os doentes mentais, os hospitais psiquiátricos, e as primeiras tentativas de entendimento e tratamento para os considerados loucos.

Mais tarde, já no século XIX, aparece a figura de Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria, de importância fundamental para a psiquiatria atual. Responsável pela classificação e descrição das diversas doenças mentais, ainda hoje seus escritos servem de base para a taxonomia utilizada, e de sistemática na organização de conceitos e manifestações psíquicas.

A psiquiatria é então incorporada com a preocupação pela construção e delimitação de nomenclaturas, próprias da medicina, e hoje esse ordenamento é constantemente utilizado e atualizado nos DSMs e CIDs.

As figuras de Jaspers e Freud é que irão inserir um outro olhar na psiquiatria. Enquanto o primeiro, psiquiatra fenomenológico alemão, se coloca contra a excessiva objetividade da psiquiatria francesa, criando a Psicopatologia Geral – que se preocupa em pensar a relação entre ciência e filosofia – Freud, com a Psicanálise, introduz o conceito de inconsciente, crucial na mudança do entendimento das manifestações psíquicas.

“As grandes reformas psiquiátricas, levadas a cabo na tentativa de humanizar e

transformar a psiquiatria numa prática centrada no *social*, tiveram a psicanálise como fundamento” (Birman, 2001, p.21), sendo inegável que a história da psicanálise e a da psiquiatria têm estreita ligação. Nos anos 1950 e 1960, “o sonho de qualquer psiquiatra era se tornar analista: a psicanálise representava uma espécie de superpsiquiatria, sendo a função de analista o apogeu da carreira de qualquer psiquiatra” (Szasz *apud* Birman, 2001, p. 22).

Desde que foi criada a psiquiatria vem sofrendo frequentes mudanças e influências, sendo a mais atual a psiquiatria biológica ou remedicada (Serpa, 2001) – que a partir da década de 50 começa a desconstruir a estreita relação entre psicanálise e psiquiatra. Com os estudos avançados em neurologia e o surgimento de uma variedade cada vez maior de psicotrópicos, os transtornos mentais voltaram a ser vistos e tratados como distúrbios funcionais do cérebro e que, portanto, devem ser postos em equilíbrio por meio de medicamentos. É claro, contudo, que desde então existem diversas psiquiatrias, assim como diversas psicanálises, variando de acordo com a escolha teórica ou da escola de cada profissional.

Até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais à qualidade de vigor, de flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. (...) A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade da saúde; é em relação a um tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções; e o conhecimento fisiológico, outrora saber marginal para o médico, e puramente teórico, vai se instalar no âmago de toda reflexão médica (Foucault, 2008, p.38).

É, portanto, com a descoberta de ansiolíticos e antidepressivos, que “a psicofarmacologia oferece à psiquiatria tanto um fundamento biológico quanto um instrumento terapêutico dotado de alguma eficácia operatória. Se ela não era capaz de realizar a cura efetiva das ditas perturbações do espírito, poderia ao menos controlar as produções sintomáticas dessas perturbações” (Birman, 2001, p. 22). A partir disso, os fármacos se tornam o suporte para a prática psiquiátrica, dando uma identidade teórica e

epistemológica muito afastada da psicanálise.

Nesse contexto, a noção de clínica também é afetada. Se a subjetividade não é mais reconhecida a favor de seu organismo, “a enfermidade psíquica deixa de ser o produto de uma história para se transformar em algo avesso a qualquer historicidade possível” (Birman, 2001, p.23). Ou seja,

(...) a ação da psiquiatria biológica e da medicina somática modernas retoma um dos poderosos mitos pelos quais a modernidade concebeu a Natureza como algo sempre idêntico a si próprio e, portanto, alheio às vicissitudes do tempo e da história, vale dizer, como continuidade que resiste às irrupções advindas do espaço social (loc. cit.).

Assim, a partir do sucesso da psiquiatria biológica, as lacunas para uma descrição alternativa foram aos poucos sendo extinguidas, sobrando apenas espaço para prescrever de forma descritiva – que, para a comunidade científica, acredita-se estar mais próxima da verdade e “em condições mais favoráveis para avaliar pejorativamente quaisquer abordagens dos fenômenos mentais que não se adequem aos seus cânones, indicando que o único lugar destinado a elas é o esquecimento” (Serpa, 2001, p.32).

Um traço característico da chamada psiquiatria biológica é sua ambição reducionista, frequentemente eliminativista. É como se da “descoberta” de que temos um cérebro decorresse necessariamente a suposição de que aquilo que nos habituamos a chamar de vida mental pudesse, doravante, ser inteiramente entendido a partir do conhecimento da sintaxe neuronal (Serpa, 2001, p.33).

Nesta perspectiva, “as psicoterapias tendem a desaparecer na prática psiquiátrica”, e isto nos leva a crer no “desaparecimento da *clínica* na psiquiatria contemporânea” (Birman, 2001, p.23), ou seja, com a tendência de uma psiquiatria que elimina e descarta a experiência subjetiva de seu paciente, pois este nada entende ou sabe de si – “os sofrimentos psíquicos e as queixas dos doentes (...) deixam de ter, pois, qualquer *positividade*, sendo reduzidos à condição de *negatividade* absoluta, ou seja, a signos de transtornos neuro-hormonais” (Id., *ibid.*, p.24).

Enquanto para a psicanálise o sujeito é visto como aquele que sabe de si, não sendo ingênuo sobre as origens de seus males, a psiquiatria não reconhece um saber do

sujeito atribuído à sua enfermidade, estando ele despossuído de qualquer forma de saber crítico sobre si mesmo e, portanto, em nada podendo contribuir para sua cura.

Serpa (2001) também relata, com certa perplexidade, que tem sido cada vez mais comum psiquiatras e psicanalistas tentarem legitimar enunciados psicanalíticos com base nos avanços da neurociência, como também buscarem atrelar pesquisas em psicanálise com recursos quantitativos e experimentais na tentativa de dar “credibilidade” à pesquisa psicanalítica. Isto, sem dúvida, parece absurdo. O autor diz que “os resultados têm sido, na melhor das hipóteses, patéticos, banais ou triviais” (Id., *ibid.*, p. 35). Desta forma, “o que outrora foi experimentado sob a forma da estranheza, do insuportável, do enigma irresolúvel, parece em vias de ser dominado pelo conhecimento positivo” (Loc. cit.). A subjetividade, tão cara à psicanálise, acaba sendo deixada de lado, e o obscuro do ser humano passa a não ser mais uma questão que faz a dinâmica acontecer.

Isto sim nos parece ser bem mais grave do que qualquer crítica à psiquiatria, quando muitos a desvalorizam sem lembrar que os valores mesmos são diferentes entre psiquiatria e psicanálise.

Entendemos, assim, que apesar de vários textos psicanalíticos a criticarem na sua forma de entender e tratar os pacientes, a psiquiatria não poderia ser muito diferente, pelo simples fato de ser fruto da medicina – ciência preocupada em tratar, diagnosticar e prevenir doenças: e para isto, a objetividade se faz necessária. Ou seja, assim como todas as manifestações das doenças no corpo são tratadas fisicamente, com as doenças mentais não seria diferente, pois passam a ser doenças neuronais.

O que nos interessa aqui, portanto, é trazer de forma reduzida os vários textos e autores que se preocupam com a questão da ausência da subjetividade na medicina – mas não questionam isso na sua própria clínica. Ou seja, uma extensa discussão acerca

de uma crítica à psiquiatria faz apenas revelar as diferenças entre a clínica psiquiátrica e a clínica psicanalítica, sem dizer muito mais que isso. O que se pretende, neste capítulo, é muito menos criticar a psiquiatria, e questionar mais a clínica psicanalítica como está hoje, acreditando que muitas vezes há um esforço de diferenciação entre ambas (pelos dois lados), gerando somente uma constante repetição que não avança em nada.

Os psicanalistas têm razão em criticar a psiquiatria, assim como também o inverso, pois *a priori* o objeto de estudo é o mesmo – a doença mental. Mas não podemos nos esquecer que enquanto a psiquiatria está interessada muito mais na cura e no desaparecimento dos sintomas, a psicanálise está preocupada no que há de subjetivo nas manifestações psíquicas. Com isso, o método (tanto de pesquisa quanto de tratamento) só podia ser diferente em cada uma.

Desta forma, a partir dessa breve articulação de críticas da psicanálise à psiquiatria, introduziremos a questão do diagnóstico nas duas clínicas.

III.2 Notas sobre a história do diagnóstico

“Na temática do clínico, a pureza do olhar está ligada ao certo silêncio que permite escutar”.
(Foucault, 2008, p.117).

A etimologia da palavra *diagnóstico* provém do grego “Diagnóskein”, que significa distinguir, discernir, diferenciar; formado a partir de “dia” (através) e “gignóskein” (conhecimento), diagnóstico significa “através do conhecimento”. Segundo o site de etimologia – A Origem das Palavras (2013)² – “Gnosticismo' era um movimento religioso que combinava misticismo e especulação com base na Filosofia, nos primeiros séculos DC. Passou a significar depois o conhecimento das características

² Disponível em: <http://origemdapalavra.com.br/pergunta/pergunta-1191/> Acessado em 05 de Janeiro de 2013.

divinas que fazem parte do espírito humano”.

Alguns autores fazem uma distinção entre "Gnosis" e "gnosticismo". A gnose é, sem dúvida, uma experiência baseada não em conceitos e preceitos, mas na sensibilidade do coração. Gnosticismo, por outro lado, é a visão de mundo baseada na experiência de “Gnose”, que tem por origem etimológica o termo grego *gnosis*, que significa "conhecimento". Mas não um conhecimento racional, científico, filosófico, teórico e empírico (a "episteme" dos gregos), mas de caráter intuitivo e transcendental” (Wikipedia³, 2010).

Podemos dizer que hoje o conceito de diagnóstico não está atrelado a esse caráter, ou pelo menos não é mais utilizado dessa forma. O ato de diagnosticar está presente em várias áreas do conhecimento, seja nas empresas, no meio ambiente, na medicina, etc. Embora cada ciência tenha seu interesse particular, pode-se dizer que em todas o objetivo do diagnóstico é mais ou menos o mesmo: determinar e conhecer.

Entrando na especificidade da medicina, o diagnóstico tem como característica principal determinar e conhecer a natureza de uma doença, de forma empírica e científica, seja através de exames clínicos ou laboratoriais. Atualmente é um instrumento indispensável na clínica médica, assim como em outras clínicas, por vincular precisão e segurança aos profissionais e seus pacientes. Afinal ao se determinar a causa de uma doença ou de um transtorno, logo passa a ser possível seguir-se para seu tratamento.

O empirismo médico, e psiquiátrico, influenciado pelo ideal das ciências exatas, começa sua relação com a tarefa diagnóstica a partir de representações perceptíveis do estudado, discernindo, decidindo e nomeando. Com isso, os alienistas do naturalismo empírico tinham como meta descrever as doenças, supervalorizando o físico e deixando de lado a subjetividade tanto do paciente quanto dele mesmo, pois os limites entre o sistema observado-observador não eram considerados (Saurí, 2001).

Neste contexto, encontramos Pinel e seus contemporâneos, para quem a maneira pela qual o diagnóstico era traçado, apesar de proporcionar dados importantes no estudo

³ Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gnosticismo> Acessado em 05 de Janeiro de 2013.

sobre a doença mental, representava apenas um ordenamento de notas semiológicas. Eles não estavam interessados em construir novas hipóteses, limitavam-se à observação e à descrição de fatos. Assim, o método analítico, utilizado por Pinel, era constituído pela observação repetida dos fatos e da análise racional dos mesmos.

Quando Kraepelin começa a pesquisar os transtornos mentais, a atividade de observar, registrar e classificar os dados obtidos para diagnosticar passam a ser insuficientes. Diagnosticar passa então “da coleta e agrupamento de signos para a remissão a um *tipo* esquemático ideal que era respaldado em fatos verificáveis. Isto supunha que a validade científica do que se afirmava dependia de sua capacidade de ser colocado à prova” (Saurí, 2001, p.22).

Assim, o psiquiatra alemão detalhava minuciosamente o resultado do exame semiológico à procura de “índices factíveis” nos quais pudesse apoiar seu diagnóstico.

Por esta razão, “explora” em busca de sinais e sintomas úteis para chegar a uma decisão sobre o comprovado. Entretanto, tirar dos fatos imediatos dados suscetíveis de comprovação direta para, então, fazer afirmações mais gerais (...) nem sempre coincide com o estudado. Trata-se, indubitavelmente, de um tratamento útil, e com seu uso a psiquiatria do criticismo-positivista construiu um corpo de conhecimentos de onde ancorou solidamente a clínica; mas tratava-se de um procedimento redutivo que considerava somente o verificável de acordo com as regras estabelecidas. Essa forma de diagnosticar, ainda que científica, foi insuficiente no que se refere à pessoa (Saurí, 2001, p. 23).

Se a tarefa de diagnosticar sempre esteve presente na nossa civilização, entendendo o ato de conhecer como uma atividade humana que se opera por meio de uma representação, o sujeito que tem acesso a esse conhecimento toma uma posição de poder. Assim, diagnosticar – que, segundo Saurí (2001, p.14), tem como objetivo “discriminar, decidir e nomear” – supõe a detenção de um saber, podendo-se dizer que quem diagnostica, ao discernir e decidir, “oferece segurança” (loc. cit.).

Nesse aspecto, a busca de uma precisão científica na tarefa diagnóstica acaba desenvolvendo empobrecimento conceitual, e ainda subordina a clínica ao diagnóstico, pois este se torna a detenção do saber. Saurí (2001) relata que da mesma forma que o

diagnóstico empirista desemboca numa nosologia, o positivista transforma isso em classificação.

Embora o método naturalista seja restrito, podemos dizer que seus dados não eram de todo recusáveis. Em um estudo que envolva o ser humano nas duas partes (o que estuda e o que é estudado), a pretendida certeza objetiva jamais poderia ser alcançada: afinal havia aspectos desconhecidos que afetavam diretamente cada tentativa de conclusão. Ao mesmo tempo, pode-se dizer que a segurança subjetiva acerca do conhecimento também não existia, pois o que estaria em jogo seria a relação (sujeito-objeto).

Saurí (2001) diz que se no caso Schreber, Freud tivesse interrompido sua tarefa diagnóstica restringindo o caso a uma categoria nosológica, ele não teria ido além daquilo que era pedido pelo positivismo. O que vai demarcar a principal diferença da clínica psicanalítica é seu método, pois o tempo todo Freud se pergunta acerca dos mecanismos paranoicos encontrados nos relatos de Schreber – o que não apenas marca uma novidade que vai além da enunciação do diagnóstico categorial, mas também revela a intenção de conhecer mais profundamente o processo do adoecimento.

A psicanálise, então, utiliza a tarefa diagnóstica com o objetivo de conhecer e reconhecer as formas de aparecimento dos transtornos a partir de conflitos intrapsíquicos, identificando organizações mentais e interpretando o funcionamento psíquico inconsciente, diferentemente das categorias nosológicas psiquiátricas que estão interessadas no registro e agrupamento de signos. Isto quer dizer que

apesar de encontrar e caracterizar numerosos processos participantes da sintomatologia comprovada – mecanismos de defesas –, a psicanálise recorreu a categorias nosológicas e identificou alterações específicas em cada afecção. O ponto é importante porque remete ao enfrentamento crítico de velhas e novas afirmações. Discriminar “fases” – orais, anais ou genitais – ou “posições” - gliscróide, esquizoparanóide ou depressiva – inseriu então a tarefa diagnóstica no fluir da libido e também nas relações de objeto (Saurí, 2001, p.29).

Nesse aspecto, se adentramos o campo da psicanálise, torna-se importante falar

sobre o campo do Olhar e da Escuta como instrumentos fundamentais à tarefa diagnóstica. A partir das diferenças entre o ver e o olhar, assim como entre o ouvir e o escutar, é que a disparidade entre o diagnóstico médico e o psicanalítico será ainda mais clara.

Segundo Saurí,

entre ver e olhar existe a diferença marcada pela intenção de se demorar no que é dado a ver. O Olhar não só registra, também retém, e isto fixa vestígios que podem, logo, ser evocados e lembrados, pois é uma atividade de ordem antropológica, não meramente sensorial (2001, p. 55).

Neste sentido, o olhar capta além do que é percebido.

O campo da escuta se diferencia do ouvir, pois assim como o olhar que vai além do que está posto, a escuta não se restringe à literalidade das palavras. E mais: vai ainda além do olhar, pois pode captar o invisível.

A Escuta – fenômeno carente do poder comprovador do Olhar – coloca entre parênteses a segurança que este outorga e requer a interpretação do registrado, levantando dúvidas e suspeitas. E assim como o Olhar capta espetáculos, a Escuta, de espectro apreensivo mais amplo, registra discursos integrados por vozes e silêncios (Saurí, 2001, p. 65 e 66).

Pode-se dizer, com isso, que a presença de vozes não é o mesmo que a presença de discursos pois estes, para existirem têm que ser direcionados ao outro. A escuta, portanto, é fruto de uma relação – pois convoca, é um ato comprometido, necessitando de uma disposição prévia. Na tarefa diagnóstica em psicanálise isto tem grande importância, pois afasta o ato de diagnosticar de uma ação imediata (dada muitas vezes pelo ver), e introduz uma “fascinação imaginária” (Id., *ibid.*).

Um olhar que escuta e um olhar que fala: a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo. Equilíbrio precário, pois repousa sobre um formidável postulado: que todo o visível é enunciável e que é inteiramente visível porque é integralmente enunciável (Foucault, 2008, p.127).

Se a escuta acontece a partir do espaço temporal, onde a ordenação do escutado é dada a partir da forma como se relaciona com os discursos, podemos supor que

uma escuta pura, neutra e inocente é algo impossível. Quem diagnostica não pode deixar de ser

influenciado pelos paradigmas e modelos científicos vigentes, pela episteme ouvinte ou pelas ideologias, assim como pela comunidade científica a que pertence (Saurí, 2001, p. 70).

Assim, a escuta se torna elemento essencial na clínica onde a subjetividade tem atenção especial, pois o ato de escutar implica um registro que nem sempre é o mesmo que o aparente, fazendo com que haja um esforço por parte do analista para captar sinais sutis para poder conhecer o que está à sua frente.

III.3 Diagnóstico em Psicanálise e Psiquiatria

A partir de Kraepelin (no início do século XX) e juntamente com a força da psiquiatria biológica (a partir de 1950/60), o uso do diagnóstico psiquiátrico se tornou uma grande e frequente atração.

Tendo sua primeira edição em 1952, o DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – foi criado para ser usado por profissionais da área de saúde mental no mundo todo, com sua lista de diferentes categorias de transtornos mentais e seus critérios diagnósticos. Sua criação e publicação parte da Associação Americana de Psiquiatria, e surge pela necessidade de uniformizar as estatísticas advindas dos hospitais psiquiátricos da época.

Segundo Angell (2011), o DSM em suas duas primeiras edições (em 1952 e 1968)

refletia a visão freudiana da doença mental, que era pouco conhecida fora da profissão (...). Quando foi publicado, em 1980, o DSM-III continha 265 diagnósticos (acima dos 182 da edição anterior) e logo teve um uso quase universal: não apenas por parte de psiquiatras, mas também por companhias de seguro, hospitais, tribunais (ANGELL, 2011, p.48).

Assim, os primeiros manuais tinham, predominantemente, uma abordagem psicodinâmica dos transtornos mentais, onde os sintomas não eram alvo de especificidades descritivas, mas eram entendidos como resultantes de conflitos psíquicos inconscientes. Só a partir da terceira edição sua modelagem irá sofrer grandes

mudanças: os diagnósticos psiquiátricos assumem uma forma muito mais ampla e estabelecem-se critérios específicos para a definição de cada transtorno. Hoje o DSM se encontra na sua quarta edição, com quase 300 descrições sobre os transtornos mentais, estando prevista uma próxima revisão ainda no ano de 2013.

Para os classificadores, o ato fundamental do conhecimento médico era estabelecer uma demarcação: situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico (Foucault, 2008, p.31).

O principal objetivo do DSM passou a ser o de trazer coerência ao diagnóstico psiquiátrico, garantindo que os psiquiatras que viam o mesmo paciente concordassem com o mesmo diagnóstico (que se encaixava dentro de uma lista de sintomas). Mas havia também outro objetivo: justificar o uso das drogas psicoativas, ficando claro nas palavras do presidente da APA: “Na década de 70, foi preciso facilitar um acordo sobre diagnósticos entre clínicos, cientistas e autoridades reguladoras, dada a necessidade de ligar os pacientes aos novos tratamentos farmacológicos” (Bernstein *apud* Angell, 2011, p.48). Além disso, a cada ano o DSM produz cada vez mais diagnósticos, hoje uma bíblia da psiquiatria, sendo inclusive uma das principais fontes de renda da APA (Angell, 2011).

Dessa forma, desde o DSM-III o diagnóstico tem sido alvo de uma fenomenologia descritiva e estatística, o que nos faz lembrar que o DSM – apesar de seu importante valor na área médica – nasceu como um instrumento para investigação e para a estatística, tendo pouco valor clínico. Como também nos lembra Quinet (2001), o DSM é um manual de diagnóstico, e não de psiquiatria.

Ao mesmo tempo, na psicologia, o diagnóstico clínico tem sido cada vez mais substituído pela anamnese, muitas vezes obtida pela aplicação de testes (Monseny, 2001), e deixando-se de lado a relação entre paciente e clínico. Isto sugere que, tanto na psiquiatria quanto na psicologia, o uso do diagnóstico tem sido feito cada vez mais de

forma objetiva.

(...) quando lançamos um significante contra um sujeito para atingi-lo, como em um insulto, mas de certa forma também no diagnóstico, é como se o matássemos. (...) Assim, quando usamos um significante com a pretensão de captar o ser do sujeito, antes de mais nada nós o agredimos. (...) As histórias clínicas dos neuróticos estão repletas dos efeitos de um diagnóstico proferido por um médico ou psiquiatra sobre suas vidas e suas relações com os outros (...) (Monseny, 2001, p.70).

A psicanálise, entretanto, irá defender outro ponto de vista em relação ao diagnóstico: não concordando com a forma de diagnosticar – tanto da medicina quanto da psicologia – critica o diagnóstico como “uma forma de identificação que reúna um conjunto de sujeitos sob um significante, abolindo sua particularidade” (loc. cit.), e defende, assim, o diagnóstico estrutural como a possibilidade de não objetivar o sujeito.

É bastante comum, entre os psicanalistas, vincular a etapa edipiana e a função paterna como temas centrais na discussão sobre o diagnóstico, quase como instrumentadores para sua definição. Não temos a intenção neste trabalho de discutir a relevância da criação e estabelecimento das estruturas clínicas conhecidas (neurose, psicose e perversão) na pesquisa, mas sim questionar sua importância fora dela, ou seja, na clínica.

Nesse sentido, utilizaremos alguns autores que tratam da questão do diagnóstico, para que possamos utilizá-los como interlocutores na tentativa de abertura de perspectiva com o que se vem propondo até então.

No percurso em que Freud criou e estabeleceu a psicanálise, percebe-se um grande interesse de investigação em sua clínica. Freud estava empenhado não apenas em entender o funcionamento psíquico inconsciente, como também em descrevê-lo. Desta forma, é certa a importância das classificações diagnósticas para a pesquisa em psicanálise, mas temos que lembrar, de antemão, que justificativas para o interesse freudiano em determinar qual a estrutura de seus pacientes, não implicam sua necessidade clínica. Afinal, Freud atuava muito mais como pesquisador do que como

clínico.

Retomando o antigo conceito de diagnóstico, em que este estaria atrelado a um conhecimento vinculado a um caráter intuitivo e transcendental, podemos dizer que não só a clínica psiquiátrica, como também a psicanalítica foge a essa concepção. Sendo a psicanálise, justamente, a área que se interessa pelo conteúdo subjetivo da doença mental, poderíamos pensar que ela não fosse afetada pelas classificações encontradas na medicina. Mas utilizando um outro tipo de classificação, o estrutural, se acha diferente da medicina, incorrendo então em um erro grave.

(...) elucidar a estrutura em jogo é necessário para que o analista tome seu lugar e possa sustentar a dialética da transferência, ou seja, possa entrar na dialética de cada caso, única maneira de isolar os significantes em que se fixaram as demandas do sujeito que constituem sua historicização primária (Monseny, 2001, p.71).

Neste sentido aparece mais uma vez, assim como em outros autores psicanalíticos, a necessidade de se fazer um diagnóstico como única possibilidade de assegurar uma boa condução do tratamento.

Quinet (2001) nos lembra que, com as constantes mutações nosográficas da psiquiatria nas suas séries de DSMs, cada vez mais há maior distanciamento da psicanálise quanto à psiquiatria – na contramão da proposta de interconexão almejada por Freud, pois para ele a psiquiatria não se opunha à psicanálise.

Podemos dizer que para a medicina a doença se coloca então como uma identidade, pois é o que permite criar a atividade médica – não há pesquisa ou interesse em algo que não esteja visivelmente afetado. Desta forma,

a doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência sem desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante. A forma sob a qual se mostra originalmente a verdade é a superfície em que o relevo, ao mesmo tempo, se manifesta e se anula – o retrato (...). A estrutura principal que a medicina classificatória se atribui é o espaço plano do perpétuo simultâneo. Tábua e quadrado (Foucault, 2008, p.5).

Quinet (2001) irá concordar com Monseny (2001) ao criticar o diagnóstico da forma de como é feito em psiquiatria, e defende o diagnóstico estrutural psicanalítico.

Para que o diagnóstico não seja uma etiqueta ou um simples procedimento classificatório digno de um “jardim de espécies” apropriado para a botânica ou para o zoológico (Foucault 1963a), é necessário que ele se refira à estrutura que o condiciona. Como em psiquiatria não há autópsia, capaz de confirmar a doença da qual o sintoma era o sinal, é na construção do caso clínico – a partir do saber sobre a subjetividade particular de cada paciente que a psicanálise permite elaborar – que um diagnóstico torna-se possível como conclusão do processo de investigação (Quinet, 2001, p. 73).

Partindo desse trecho, podemos adentrar aquilo que aqui nos interessa. Já abordamos, de forma breve, as diferenças clínicas e teóricas entre a psicanálise e a psiquiatria, assim como suas diferenças também na forma de aplicar e conceber o diagnóstico. Entretanto, apesar de estar em constante crítica e conflito com a psiquiatria, a psicanálise não deixa espaço para questionar sua forma de atuação e concepção de clínica.

Utilizando o trecho acima, onde Quinet diz que “é na construção do caso clínico – a partir do saber sobre a subjetividade particular de cada paciente que a psicanálise permite elaborar – que um diagnóstico torna-se possível como conclusão do processo de investigação”, podemos perguntar se a singularidade do caso clínico não seria justamente o contrário do estabelecimento de um diagnóstico? Mesmo na perspectiva psicanalítica da defesa não de um rótulo, mas de um diagnóstico estrutural, levanto a dúvida de qual seria, de fato, a diferença entre um diagnóstico psiquiátrico e outro psicanalítico.

Esta questão pode parecer, à primeira vista, algo óbvio e banal. Certamente a maioria dos psicanalistas iriam dizer que uma estrutura é algo muito mais singular e complexo do que um transtorno; além do mais, a estrutura é estabelecida através do discurso do paciente, em sua relação transferencial com seu analista, e isso por si só já diferenciaria e muito de um diagnóstico psiquiátrico advindo de manifestações sintomáticas.

Concordamos que de fato é diferente, como já expusemos. Questionamos não a forma de se diagnosticar, mas qual a sua utilidade em termos clínicos. Ao contrário do

que Quinet (2001, p.77) diz quanto a que “o abandono da classificação não é possível porque ela não é fenomenológica, mas sim estrutural”, não concordamos com isso e explicaremos por quê.

Esta pesquisa não está preocupada em questionar a existência das estruturas psíquicas psicanalíticas (psicose, neurose e perversão); é de comum acordo que desde Freud elas são estudadas e muito se tem escrito sobre cada uma. O que se põe em dúvida neste trabalho é o uso da estrutura psíquica na clínica, pois fora dela (na pesquisa) conhecemos muito bem o seu valor.

Lembramos que Freud utilizou a clínica muito mais para pesquisa do que para o tratamento, o que faz com que não haja nenhum capítulo ou texto dele que diga, por exemplo, como fazer um diagnóstico para o bom andamento de um tratamento analítico – ele não se empenhou e, pelo visto, não estava interessado neste tema.

Ainda na conferência XVI denominada “Psicanálise e Psiquiatria”, Freud dará um exemplo de um caso em que a paciente sofre de delírio de ciúmes, fazendo comparação da forma como a psicanálise e a psiquiatria tratam a mesma questão.

Freud então descreve que os psiquiatras, normalmente, começariam a investigação a partir de algum aspecto essencial, vinculando o aparecimento dos sintomas (no caso, o delírio) nessa pessoa pela frequência de distúrbios semelhantes em sua família. Ou seja, para a psiquiatria o motivo deste delírio estaria atrelado a uma predisposição hereditária. Segundo o autor,

o psiquiatra não sabe como lançar luz sobre um caso como este. Ele deve contentar-se com um diagnóstico e um prognóstico – incertos, apesar de uma grande quantidade de experiência – e, com sua evolução futura. Pode a psicanálise, porém, ir além, em um caso destes? Sim, ela realmente pode (Freud, 1917/2006, p. 259).

Apesar de dizer que os métodos da psiquiatria tocam apenas superficialmente o conteúdo do delírio, pois ao apontarem para um caráter vinculado à hereditariedade a etiologia não é investigada, Freud neste texto diz que não há oposição com o trabalho da

investigação psicanalítica, afirmando que “o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras” (Freud, 1917/2006, p. 262).

Além do mais, e muito mais importante do que demonstrar que na obra freudiana não há um interesse de oposição entre a psicanálise e a psiquiatria, se dá a forma de como Freud se coloca diante do objeto de interesse da psicanálise: certamente este não é o diagnóstico, pois ao mencionar no trecho acima que “[o psiquiatra] deve contentar-se com um diagnóstico e um prognóstico”, certamente demonstra que este não é o caminho do psicanalista. Desta forma podemos questionar qual o valor do diagnóstico na clínica psicanalítica.

Com isso, podemos pensar que a partir da clínica, tanto um diagnóstico psiquiátrico, quanto outro psicológico e psicanalítico podem ser questionados, pois apesar de serem fundados em conceitos diferentes, todos têm o mesmo objetivo: definir o sujeito para o bom andamento de seu tratamento.

Para finalizar, trazemos uma reflexão de Monseny:

(...) é importante que possamos refletir sobre as dificuldades que a prática do diagnóstico oferece à própria psicanálise. Se, por um lado, ele é necessário para que o analista tome seu lugar no sintoma do paciente, por outro, não deixa de afetá-lo de modo tão importante que até suas próprias resistências se tornam fonte de dificuldades e erros; assim, o desejo do analista é fundamental tanto no momento de diagnosticar quanto no resto da condução do tratamento (2001, p.72).

Assim, falar sobre o diagnóstico se torna um terreno escorregadio e difícil, haja vista que haverá sempre a ambivalência que Freud nos deixou:

é muito difícil obter uma visão clara de um caso de neurose antes de tê-lo submetido a uma análise minuciosa; mas a decisão sobre o diagnóstico e a forma de terapia a ser adotada tem de ser tomada antes de se chegar a qualquer conhecimento assim minucioso do caso” (Freud, 1895/2006, p. 272).

A importância deste capítulo está em poder deixar clara a posição que tomaremos diante da temática sobre o diagnóstico, assim como delimitar nossas diferenças tanto para com a psiquiatria quanto para com a psicanálise.

Desta forma, a Psicopatologia Fundamental será referência imprescindível para esta pesquisa, pois irá se posicionar de outra forma diante da questão do diagnóstico – diferentemente tanto da psiquiatria, quanto da psicologia e da psicanálise. E será isso que veremos no decorrer dos textos que vão se seguir.

CAPÍTULO IV

A CLÍNICA

Segundo o Dicionário Houaiss (2001), a palavra “clínica” tem diversos significados, tendo em sua maior parte a presença da medicina como ciência que a define; embora isso ocorra, encontramos também uma definição mais abrangente, a qual considera clínica como o “local onde se realizam tratamentos especializados não necessariamente médicos” ou, ainda, “local de consulta, tratamento e realização de exames em seres humanos ou animais” (p. 740).

Neste sentido, o conceito de “clínica” pode ser compreendido de várias formas, mas utilizaremos aqui o termo para enquadrar todo tipo de trabalho terapêutico onde há uma relação entre paciente e clínico (seja este médico, analista ou outro) que objetiva o tratamento psíquico.

Ou seja, neste trabalho, abordaremos a clínica como sendo o lugar em que a subjetividade se faz de toda importância, situação onde há espaço para que o pathos psíquico seja escutado, elaborado e onde a vivência clínica seja transformada em uma experiência.

IV.1 Os embates de se fazer um diagnóstico

É de conhecimento de todos que cada vez é mais frequente a utilização dos manuais diagnósticos, DSM e CID, na reunião de síndromes e sintomas para descrever as diversas doenças mentais, não só na medicina, como também na maioria das linhas teóricas de psicoterapias.

Em diversos autores psicanalíticos encontramos críticas em função do enquadre

nosológico da medicina, como já vimos nos capítulos anteriores. Essas divergências se fundamentam principalmente na forma de conceber o diagnóstico, mas isto acontece também dentro da própria psicanálise, que se baseia no diagnóstico estrutural. Encontramos aí autores que discordam da estrutura clínica em algumas manifestações psíquicas.

Se fizermos uma pesquisa atenta, encontraremos inúmeros artigos e textos que falam sobre as semelhanças de diversas estruturas, sempre defendendo a importância de estabelecer as diferenças para que seja possível identificá-las de forma correta e que, assim, o tratamento seja bem encaminhado. Encontramos não só casos como o nosso aqui apresentado, em que os traços de neurose obsessiva e paranoia se confundem, mas também muitos outros, como por exemplo, a dificuldade em estabelecer a diferença entre melancolia e depressão. Muito embora o texto freudiano sobre “Luto e Melancolia” (Freud, 1917/2006) seja esclarecedor, não é difícil localizar autores psicanalíticos que divergem quanto à estrutura melancólica: enquanto uns a consideram psicose, outros dizem-na neurose narcísica.

Essa problemática lança luz à questão do diagnóstico, pois a partir do momento em que muitos analistas estão envolvidos na necessidade de estabelecê-lo, com a justificativa de que é indispensável para que se possa traçar o caminho a percorrer no tratamento, acha-se um furo neste percurso.

Ora, se a divergência quanto à estrutura decorre do entendimento teórico de cada clínico, como avaliar qual está certo? Como avaliar que o tratamento está sendo encaminhado de forma correta, já que para que isso aconteça precisa haver um diagnóstico definido, como afirmam a medicina e a psicanálise? Não podemos, mais uma vez, esquecer que, por ser subjetiva, a avaliação certamente poderá ser diferente para cada analista, o que não ocorre com a medicina que se vale de exames específicos.

Partimos, assim, para um questionamento se de fato deve haver um caminho a ser seguido a partir do estabelecimento de um diagnóstico ou uma estrutura. Onde ficaria o espaço para a regra fundamental de livre associar? O diagnóstico seria impeditivo para ele? E se não, que contribuição traria?

Esses questionamentos percorrem esta pesquisa à procura de respostas. Se existem diversas manifestações psíquicas que se confundem em seu diagnóstico tanto para a medicina quanto para a psicanálise, é porque se trata de manifestações subjetivas impossíveis de tabular de forma precisa.

Ao mesmo tempo, o risco de se problematizar a função do diagnóstico é apresentar a clínica sem que esteja regida por uma orientação e, com isso, criar uma situação em que não haja tratamento nem objetivos. Mas afinal, qual é o objetivo da clínica?

Se pararmos para avaliar as pessoas que fazem análise por muito tempo e se dizem melhores com isso, perguntamos: o que será que as fez melhorar? Será que foi a forma específica de tratamento, aplicada “corretamente” ao seu diagnóstico? Pensamos que não: acreditamos que a melhora está ligada àquela pessoa que tenha conseguido falar livremente tudo aquilo que apareceu espontaneamente em seus pensamentos, para que seu terapeuta pudesse pontuar, ou chamar sua atenção, para coisas que ela, sozinha, não teria podido alcançar.

Com isso podemos dizer que se há um objetivo na clínica da subjetividade é aquele que fundamenta a orientação do trabalho clínico: o que conhecemos pela regra fundamental da psicanálise.

Assim, estamos cada vez mais convencidos que o problema não está em definir que tipo de tratamento empregar para fulano ou sicrano, mas sim em conseguir estabelecer uma relação em que seja possível uma escuta livre. Para isso devemos

pensar naquelas pessoas que chegam aos consultórios e não falam, ou que, quando o fazem, recusam qualquer tipo de ajuda, estando obstinadas em seu sofrimento.

Segundo Berlinck (2012), existem situações em que não há muito que fazer, pois é importante lembrarmos que existem casos em que não é possível tratamento, o que nos coloca diante dos limites não só da clínica, mas também do próprio clínico. Isto também implica pensar qual a verdadeira dimensão da clínica, e a que ela se propõe, pois certamente esta concepção irá variar de acordo a formulação que cada um tem de clínica, natureza e pathos psíquico. Neste trabalho optamos pela formulação da Psicopatologia Fundamental que, como bem descreve Berlinck (2011a), está interessada naquilo que o sofrimento ensina.

Ora, nessa trama de falar, associar e lembrar, a clínica tem seu forte valor estabelecido sem que seja necessário um grande plano de tratamento para qualquer manifestação psíquica. Talvez a clínica seja mesmo muito mais simples do que imaginamos, ou idealizamos que seja.

IV.2 O clínico e o neutro

“No que diz respeito aos fatores do silêncio, da solidão e da escuridão, podemos tão-somente dizer que são realmente elementos que participam da formação da ansiedade infantil, elementos dos quais a maioria dos seres humanos jamais se libertou inteiramente” (Freud, 1919/2006, p. 269).

A partir do caso “F”, que suscitou em sua terapeuta uma situação angustiante, além da inquietude por não conseguir definir para ele um diagnóstico, saber o que estava acontecendo ali se tornou uma necessidade que resultou na impossibilidade de uma escuta livre.

É a partir desta vivência enigmática que introduziremos a questão da posição

que o clínico ocupa na clínica. Freud (1895/2006) diz que a clínica informa não os fenômenos, mas sim as construções do analista, uma vez que este de algum modo apreende o que acontece com o paciente. Assim, a partir do momento em que pode ser entendida a fundamental importância da posição que o analista ocupa na relação analítica, a nomeação do sintoma se torna possível por essa relação.

Isso também surge em Freud, em 1912, quando menciona a ideia da metáfora do telefone, que utiliza para descrever a comunicação de inconsciente para inconsciente (paciente – clínico) no ato analítico. Assim, semelhantemente às vibrações transmitidas pelo telefone, a escuta do analista capta e transforma, segundo seu inconsciente, as ondas sonoras do que é dito pelo analisando, com os derivados de seu inconsciente.

Para decifrar um sintoma, o psicanalista não o submete a uma observação clínica ou a um exame corporal, mas sim pede que o paciente fale de si mesmo procurando não exercer qualquer censura ou crítica. Freud se utiliza de um exemplo para ilustrar seu entendimento a respeito da relação de um fenômeno que esteja sendo utilizado como sintoma neurótico:

uma mulher pode, sempre que surge um afeto, apresentar no pescoço, nos seios e no rosto um eritema, que aparece primeiro em manchas e depois se torna confluyente. Isso é determinado por ideias e, portanto, de acordo com Möbius, é uma manifestação histérica. Mas esse mesmo eritema surge, embora numa área menos extensa, quando a pele fica irritada ou é tocada, etc. Isso não seria histérico. Assim, um fenômeno que é indubitavelmente uma unidade completa seria histérico numa ocasião e não-histérico em outra (Freud, 1895/2006, p. 209).

Com isso, Freud surge como se opondo à ideia de que o fenômeno é indicador do sintoma, e reforça a importância de que este seja vinculado ao discurso do paciente, em vez da mera observação e descrição dos fenômenos.

O analista irá então ocupar uma posição de suposto saber, posta pelo próprio paciente. É através dos seus questionamentos em relação ao sintoma, que o analista irá saber a que o paciente está respondendo, qual o gozo da repetição. É nesse momento de intervenção do analista sobre o sintoma que será dada a formulação de que o “analista

completa o sintoma”, provocando a histericização do paciente como expressão da divisão do sujeito (Freud, 1895/2006).

Partindo dos seminários do professor Manoel Berlinck sobre o Método Clínico, voltamos a pensar a questão do diagnóstico e do lugar que ocupa na clínica. Berlinck (2011a) diz que o lugar ocupado pelo clínico é o lugar do neutro, é uma posição em que o clínico não se entrega a nenhuma forma de satisfação. Essa satisfação seria o resultado da falta de inquietação que a nomeação do desconhecido produz no clínico.

Ou seja, a concepção de neutro que utilizamos é vinculada ao lugar que o clínico ocupa. Isso quer dizer que o neutro aqui não é aquele lugar em que o clínico não é afetado durante os atendimentos, muito pelo contrário. É justamente por reconhecer a afetação que sofre diante do pathos psíquico de seu paciente que o clínico, ao trabalhar sem estar à procura de algo, ou ainda, estando ali pela vivência desta relação, terá a possibilidade de clinicar. Isto quer dizer que o clínico está o tempo todo tentando suportar a angústia, própria do trabalho clínico, e o lugar do neutro é a tentativa de não ceder às formas de satisfação ou amenização desta afetação, afinal clinicar seria o encontro que se dá entre o clínico e um corpo obscuro e enigmático (seu paciente).

A psicopatologia fundamental vai surgir além dos sistemas classificatórios psiquiátricos, preocupando-se em dar lugar e espaço para a ocorrência da psicopatologia – discurso (logos) sobre o (pathos) psíquico (Berlinck, 2011b). Com a clínica psicopatológica fundamental se ocupando do pathos, concebe-se que o diagnóstico encerra a psicopatologia, e com isso o clínico tem que abandonar o diagnóstico para poder clinicar (Berlinck, 2000).

Em seu texto sobre “O neutro” Berlinck comenta que o enigmático, surpreendente e perigoso continua presente na clínica, independentemente da formação do clínico, e isso gera angústia que pode acarretar precipitação psicoterapêutica,

“impedindo uma observação detalhada e cuidadosa do paciente” (Berlinck, 2012, p. 187).

Surgindo dentro de uma ciência positivista – a medicina – o diagnóstico se torna recurso do clínico para que se possa fazer uma clínica em que a “angústia do não saber” desapareça, e assim possa haver satisfação e tranquilidade do clínico em relação a sua prática. Mas isso poderá impedir que o terapeuta faça a observação minuciosa de seu paciente, fazendo com que o clínico se precipite.

É justamente isso o que o professor Manoel Berlinck questiona em seu seminário, pois o desconhecido estará para sempre vivo na clínica, afinal o paciente será para sempre um enigma. Com isso, podemos pensar que as convicções que inevitavelmente acompanham um diagnóstico impedem a livre associação do clínico que, envolto em preconceitos, vai escutar o paciente de forma marcada.

Voltando à angústia da terapeuta em não conseguir nomear o desconhecido no caso “F”, podemos dizer que a posição do neutro acabou não sendo incorporada – que seria justamente não procurar uma forma de alívio e satisfação para barrar aquilo que a afligia. Dessa forma, a busca incessante por um diagnóstico, ou por uma nomeação, ao invés de facilitar o tratamento, criou um espaço em que não foi possível falar e escutar livremente.

Entendemos que a inquietação produzida por não conseguir formular um diagnóstico é própria da clínica, e é parte do trabalho do clínico saber manejar essa inquietação, sem ter que barrá-la. Ao saber que o analista está sendo convocado o tempo todo pelo paciente, surge a questão de como o clínico irá se colocar diante de tal convocação, sem negar sua existência.

Com isso, sugerimos pensar que ocupar o lugar do neutro é recusar o diagnóstico médico e/ou estrutural e construir outras possibilidades frente ao desconhecido. A

questão que surge é: em que medida é possível ao clínico ocupar o espaço do neutro? Afinal, por ser também um sujeito, o clínico a todo o tempo é inclinado a estar criando e esperando algo acontecer. Assim, ocupar a posição de neutro se torna um exercício constante de se manter numa carência que é sempre recusada pelo ser humano. Afinal, a inquietude é um estado que se remete à infância, essa época em que surgem várias questões sem resposta (como afirma o próprio Freud em seu comentário colocado como epígrafe deste subcapítulo).

Nesse sentido, entramos no âmbito da menoridade, descrita por Berlinck (2011a) como uma “tentativa de regressão à infância para sempre perdida”, ou seja, seria um estado que se remete à infância, momento em que a criança se encontra não apenas desamparada, como também envolta de dúvidas e perguntas. Será nessa luta, entre não ceder ao desejo de resposta a qualquer custo e a inquietude que essa atitude provoca, que será possível ao clínico se colocar em um estado de privação quanto a uma ansiedade de ajudar o outro, quanto a “salvar o mundo”. A partir disso é que se torna possível ocupar a posição do neutro na clínica.

Assim, o clínico tem que estar o tempo todo recusando sua posição infantil de procurar respostas a fim de aplacar a inquietude que o domina e tem, com isso, que tratar de sua menoridade para poder clinicar. Portanto, podemos pensar que para o clínico diagnosticar é necessário que se reconheça sua posição menor (fruto da menoridade) e aplacar a inquietude infantil revivida agora na clínica frente ao desconhecido. Com isso, o neutro coloca o clínico à beira de um abismo e, segundo Berlinck (2012), seria justamente nesse espaço que o enigmático surpreendente tem possibilidade de se manifestar.

IV.3 Diagnóstico: um sintoma?

Freud, em “Psicanálise Selvagem” (1910), aborda um caso em que recebe uma mulher divorciada de cerca de quarenta anos, queixando-se sofrer de intensa ansiedade. Esta mesma mulher havia estado com um “psicanalista”, que constatara que essa ansiedade era decorrente da falta de atividade sexual, tendo-lhe ele sugerindo que ou arranjasse um amante, ou voltasse para o marido ou tratasse de conseguir prazer consigo mesma.

Freud não questiona se esse relato da paciente seria verídico ou fantasioso, mas o utiliza a fim de dar exemplo de alguns possíveis erros da prática clínica psicanalítica. Ora, esse “psicanalista” mencionado, tendo mesmo interpretado e sugerido aquilo que a paciente relatara, havia excedido em muito a sua função de analista. Freud então diz: “uma pessoa padecendo de ansiedade não está por essa razão necessariamente sofrendo de neurose de angústia; semelhante diagnóstico não se pode fundamentar sobre a designação [do sintoma]” (Freud, 1910/2006, p. 236).

Ao dizer isso, Freud chama atenção para o quanto é escorregadio o caminho de um diagnóstico: afinal, mesmo tendo sintomas parecidos, pode-se tratar de diferentes tipos de patologia, não cabendo ao clínico classificá-los, mas sim procurar entender a que este sintoma responde.

Mais adiante, Freud afirma que se a ignorância que cada paciente tem a respeito de sua patologia pudesse ser facilmente desfeita pela informação do analista, não haveria necessidade da análise: uma boa leitura sobre o assunto seria suficiente. Dessa forma, “o fator patológico não é esse ignorar propriamente, mas estar o fundamento dessa ignorância em suas resistências internas (...); *a tarefa do tratamento está no combate a essas resistências*” (Id., *ibid.*, p. 237. O grifo é nosso.). Então, se a tarefa do tratamento psicanalítico é esta, é possível pensar o diagnóstico sem estar centrado nos

signos que formam um sintoma, mas apenas pela observação das resistências.

Sendo assim, Freud não está interessado em encontrar um nome para os fenômenos da clínica, mas está atento a eles a fim de estabelecer possibilidade de interpretação das resistências e, por meio do manejo da transferência, fazer aparecer a livre associação. Portanto, a intervenção requer de maneira absoluta um longo processo de contato do clínico com o paciente, afinal “nunca se está numa posição de descobrir a verdade toda” (Id., *ibid.*, p. 238). Ao passo que o diagnóstico irá aparecer justamente como verdade absoluta, pois além de definir o sujeito, limita-o.

Nesse sentido, a interpretação não deve decorrer de um delírio, nem de uma selvageria nem de uma mania. Não é um jogo gratuito nem fruto de um gozo ou de um princípio de prazer. Por isso, deve ser manejada em função de um certo número de regras, dentre elas o cuidado de não ceder a uma atitude supersticiosa, paranoica, interpretativa ou sugestiva ante a qual tudo seria interpretável (Roudinesco, 1998/2005, p. 388).

Roudinesco (1998/2005) também destaca em seu dicionário, ao falar do conceito de Interpretação, a questão de que se a doutrina freudiana teve tanta dificuldade para se proteger da mania de interpretação, “foi porque o mecanismo da interpretação é inerente a seu sistema de pensamento. Por isso é que Freud sempre procurou temperar a onipotência da interpretação com um outro processo: a construção” (Roudinesco, 1998/2005, p. 389).

Assim, a construção aparece tanto na essência da interpretação como também na crítica a esta, pois permite restabelecer a significação global da história do sujeito em vez de se ater aos sintomas. Outra situação destacada por Roudinesco é a respeito de um pedido recebido por Freud para que interpretasse três sonhos de René Descartes: Freud destacou a impossibilidade de isso ser feito na ausência do principal interessado, condenando, assim, as tentativas de “diagnóstico relâmpago” (Roudinesco, 1998/2005, p. 389).

Segundo o *Dicionário Internacional de Psicanálise* (Mijolla, 2005), o conceito de interpretação em Freud veicula um sentido, sendo importante não fornecer

"tradução" prematura dos conteúdos inconscientes, pois assim corre-se o risco de reforçar as resistências do paciente ou criar uma pura intelectualização dessa compreensão. "A interpretação teria uma dimensão mais obscura e mais complexa em relação à polissemia da linguagem, aos símbolos pessoais ou à história dos afetos" (Mijolla, 2005, p. 978).

Freud diz que não se deve começar a interpretar antes do aparecimento da transferência;

graças ao amor de transferência, e à prudência do psicanalista, o paciente deve poder aceitar a "tradução" do psicanalista sem que as revelações sobre o seu inconsciente aumentem os conflitos ou os sintomas. Freud recusa uma interpretação isolada do material simbólico oriundo do inconsciente e sublinha que seria um erro pensar que a interpretação dos sonhos detém um papel central em todas as análises (Loc. cit.).

O artigo "A epidemia de doença mental" de Angell (2011) sugere também algumas questões importantes para este trabalho. A autora faz um relato do assombroso aumento de casos de doenças mentais nos Estados Unidos, tanto em adultos quanto em crianças, encaixados em sua maioria nas categorias de transtorno de ansiedade, transtorno de humor, fobias, depressão e hiperatividade. Os dados são tão alarmantes a ponto de indicar uma preponderância das doenças mentais sobre as físicas.

Na maioria dos tratamentos dessas "doenças", o uso de drogas psicoativas é recomendado pelos psiquiatras, o que coincide com o surgimento, nas últimas décadas, da teoria de que as doenças mentais são fruto de desequilíbrio químico no cérebro, que deve então ser restabelecido através de tais drogas.

Baseando-se na teoria de três autores de diferentes ramos, Angell faz uma "denúncia" a respeito da preocupante extensão pela qual as indústrias que vendem drogas psicoativas passaram a determinar o que constitui uma doença mental. Retomemos então um pouco da escrita do artigo: "em vez de desenvolver um medicamento para tratar uma anormalidade, uma anormalidade foi postulada para se adequar a um medicamento"! (Angell, 2011, p. 46).

Uma afirmação como esta não foi meramente concebida pela observação dos fatos. Para um medicamento ser liberado para uso, testes são exigidos pelo órgão público americano encarregado do licenciamento e controle dos medicamentos. Investigando este processo, apareceu o fato de que “os laboratórios podem patrocinar quantos testes quiserem, e a maioria deles pode dar negativo (...) tudo que eles precisam é de dois testes com resultados positivos” (Angell, 2011, p. 46).

Nessa pesquisa de investigação, o resultado foi impactante: no total de todos os testes, os placebos eram 82% tão eficazes quanto os medicamentos; mas o que se destacou, é que apenas os estudos positivos eram amplamente divulgados pela indústria farmacêutica, enquanto os testes negativos ficavam na gaveta. Além do mais, um dado importante também foi achado: tratamentos com substâncias que não eram consideradas antidepressivas eram tão eficazes quanto os antidepressivos para sintomas de depressão – o que sugere que ambos os medicamentos eram “eficazes” não por agir em alguma disfunção, mas seus efeitos colaterais sugeriam aos pacientes que o medicamento estava fazendo efeito. Então, qual o fundamento da teoria das disfunções orgânicas nas patologias mentais?

À medida que surgem efeitos colaterais, eles são tratados por outros medicamentos, e muitos pacientes acabam tomando um coquetel de drogas psicoativas, prescrito para um coquetel de diagnósticos (Angell, 2011, p.47).

Outra questão importante é a forma diferenciada de diagnosticar doença mental e doença física: enquanto a primeira é baseada em diagnósticos subjetivos, a segunda é avaliada a partir de exames precisos e objetivos. Com isso, se torna cada vez mais usual a expansão das fronteiras diagnósticas na saúde mental, e novas doenças surgem.

Ora, estamos diante do “frenesi” do diagnóstico! Estariam a indústria farmacêutica e seus médicos alimentando a lista das doenças mentais hoje diagnosticadas? O que vemos é que se para a psicanálise o sintoma é um signo do

inconsciente, para a psiquiatria este signo está estritamente ligado a uma disfunção orgânica. Se a psiquiatria utiliza os sintomas como meio de classificar doenças, e para a clínica da psicanálise estes nada mais são do que conjuntos de significantes, o diagnóstico passa a fazer muito mais sentido para a psiquiatria do que para a psicanálise. “Vê-se bem que em tais condições a interpretação não pode ser o que ela foi nos primórdios da experiência analítica, a saber, um simples desvelamento das significações ocultas” (Neuter, 1994, p. 250).

Neste ponto, relembremos o título deste capítulo “Diagnóstico: um sintoma?”. É importante deixar claro aos leitores que não temos a intenção, nem nos propomos a fazer aqui um estudo sobre a concepção de sintoma nos diferentes momentos da obra freudiana, mas sim abordar o sintoma em sua forma genuína, como aquele que representa um conflito.

Fazendo uma retomada sobre a concepção de sintoma na obra de Freud, a partir do artigo de Dias (2006), percebe-se que o sintoma é tomado como expressão de conflitos neuróticos entre o Eu e as pulsões, que por serem incompatíveis com os padrões éticos, são recalcados. Nesse recalçamento, há uma parcela de fracasso, haja vista que a libido encontra outras formas de se satisfazer – agora disfarçadamente – no sintoma. Assim, o sintoma na obra freudiana, é tomado como “uma satisfação substituta deformada, irreconhecível, uma vez que o sintoma não escapa inteiramente à censura, submetendo-se, assim, a modificações e deslocamentos” (Dias, 2006, p. 400).

Se o sintoma é uma formação de compromisso, como declara Freud, e se esse compromisso diz mesmo alguma coisa que o sujeito não sabe, então esse é território estrangeiro. Como então pensar o seu uso como definidor de algum diagnóstico? Não estaríamos no engodo do saber?

O sintoma é palavra dirigida ao outro em busca do seu deciframento, à procura

de uma interpretação. “O sintoma fala mesmo àqueles que não sabem ou que não querem ouvi-lo, ele não diz tudo, mais ainda, esconde o fundo do seu pensamento, mesmo àqueles que queriam lhe dar ouvidos” (Neuter, 1994, p. 248).

Assim, ao relembrarmos o sentido da palavra “diagnóstico”, que significa *através de* (dia) *conhecimento* (gnostico), podemos pensar que se para a medicina/psiquiatria o diagnóstico tem o objetivo de classificar as patologias dentro de um quadro de sintomas (que são vistos como manifestações objetivas), para a psicopatologia fundamental o sintoma é um enigma, ou seja, é fruto da subjetividade.

Isso pode sugerir que por ser a psiquiatria uma área interessada na objetividade, o diagnóstico está no campo do conhecimento (como o próprio conceito da palavra diagnóstico diz); enquanto a psicopatologia fundamental está interessada no que há de subjetivo do humano, o diagnóstico está representado pelo saber.

Essa diferença é de extrema importância: entende-se por “conhecimento” um conjunto de ideias e informações que possibilitam orientar uma realidade de forma mais objetiva. Já o “saber” aponta para um componente mais subjetivo, seria uma erotização do conhecimento. Assim, podemos dizer que se o clínico procura estabelecer um diagnóstico, tal como é concebido, ele está em busca de um conhecimento, e não de um saber que, diferentemente do primeiro, comporta se debruçar sobre o obscuro e inapreensível do ser humano.

Dessa forma, propomos que o termo diagnóstico (“através do conhecimento”) mantenha seu sentido para a psiquiatria, pois lhe é útil, mas que apareça para a psicopatologia fundamental de outra forma, com outra função. Assim, que outro significado poderia ocupar o lugar da palavra diagnóstico, abarcando os enigmas do saber?

IV.4 A Clínica e a Natureza

“Posso começar dizendo que a psicanálise não é fruto da especulação, mas sim o resultado da experiência” (Freud, 1913/2006, p. 225).

Existem inquietudes teóricas que fazem parte de um universo tão obscuro que dificulta até mesmo a escrita. Tentaremos, a seguir, discorrer sobre o trabalho do clínico, conservando a separação entre o trabalho de pesquisa e o trabalho da clínica.

Entendendo que o trabalho clínico é aquele em que o encontro entre analista e paciente é dado através da transferência, não sendo exclusividade do *setting* analítico (afinal é comum que o clínico estenda sua experiência além, como, por exemplo, ao sonhar com seus pacientes), a clínica torna-se muito mais ampla e complexa.

Pode-se dizer também, de outra forma, que a clínica é uma relação na qual se almeja que o paciente fale livremente sobre o seu *pathos*, e que o analista mantenha atenção flutuante a fim de identificar no discurso de seu analisando a repetição e a associação livre.

Freud, ao fazer recomendações aos médicos em seu texto de 1912, lembra-nos que a regra fundamental da psicanálise, diga-se a associação livre, também é válida para o médico,

pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material que lhe é apresentado; um ponto fixar-se-á em sua mente com clareza particular e algum outro será, correspondentemente, negligenciado, e, ao fazer essa seleção, estará seguindo suas expectativas ou inclinações. Isto, contudo, é exatamente o que não deve ser feito; ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente (Freud, 1912/2006, p. 126).

É nesse sentido que Berlinck fala da clínica como lugar onde não há espaço para pensamento – pensar é algo que se dá após a clínica. Nela, o clínico é tomado por sonhos e devaneios, se entrega a *representações de coisas e palavras* que brotam

livremente através da presença de seu paciente. “Falar, portanto, de uma clínica fundada no pensamento, é falar de uma clínica que se afasta da psicanálise” (Berlinck, 2011a. O grifo é nosso.).

Freud ainda acrescenta que a conduta correta de um clínico é tentar evitar especulação sobre os casos enquanto estão em análise, “e somente submeter o material obtido a um processo sintético de pensamento após a análise ter sido concluída” (Freud, 1912/2006, p. 128).

Sabemos que conceitos como inconsciente, resistência e repressão foram disparadores na formulação teórica da psicanálise, assim como a descoberta da importância da sexualidade nas experiências infantis. O mais intrigante de tudo isso é como Freud descobre que o caminho pelo qual devemos seguir para ter acesso a esses misteriosos elementos, é pela via da associação livre.

Para falar da regra fundamental da psicanálise foram escolhidos dois momentos históricos bem distintos: primeiro, quando Freud, entre 1889-1895, relata um caso clínico, o qual mais tarde irá se desdobrar na elaboração da associação livre como método psicanalítico; e um segundo momento, já em 1925[1924], quando a concepção desta técnica está bem formulada por ele.

Esses dois períodos foram selecionados mais para demonstrar a interessante forma de como alguns conceitos vão tomando determinadas proporções no desenvolvimento de uma teoria que surge a partir da clínica. No primeiro momento, a ideia ainda não está formulada, mas aparece como curiosidade ou inquietação para Freud, que relata seus casos clínicos com a riqueza de sensações e percepções que o tomaram no momento.

No segundo período já se apresenta como pensamento elaborado e consistente em relação ao que foi vivido na clínica, pois é em ocasião da escrita de sua

autobiografia (1924/2006) que relembra momentos que demarcaram o desenvolvimento da psicanálise. Podemos, com isso, pensar na importância da escrita da vivência clínica para que possa se transformar em experiência.

A associação livre, chamada nada mais nada menos do que “a regra fundamental da psicanálise”, é um conceito que ao longo dos anos se consolidou como fundamento para a prática clínica. É a partir do caso de Emmy von N., descrito em “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1889[1893-1895]/2006), que se localiza o início da passagem da técnica da hipnose para a formulação do seu conceito.

Como relata Freud, o que a paciente dizia era

perfeitamente coerente e revelava um grau inusitado de instrução e inteligência. Isso fazia com que permanecesse ainda mais estranho que, a cada dois ou três minutos, ela de súbito se calasse, contorcesse o rosto numa expressão de horror e nojo, estendesse a mão em minha direção, abrindo e entortando os dedos, e exclamasse numa voz alterada, carregada de angústia: “Fique quieto! – Não diga nada! – Não me toque!” (Freud, 1889[1893-1895]/2006, p. 83).

Freud é então “convidado” pela paciente para que a deixe falar sem a interromper, possibilitando assim “a origem desse novo método de relação terapêutica que só mais tarde seria codificado e tornar-se-ia a pedra angular do dispositivo de cura analítica” (Mijolla, 2005, p. 158).

Freud também descreve neste caso a surpreendente riqueza de lembranças e de fatos relatados pela paciente sem que estivesse sob influência da hipnose, e a partir desta curiosa forma de se expressar, apontará seu interesse para outras formas de ter acesso ao sofrimento psíquico de seus pacientes.

Mijolla (2005, p. 159) ainda relata que “este método de associação livre será frequentemente confundido com os testes de associação de palavras indutoras que na mesma época estavam sendo experimentados por Eugen Bleuler e Carl Gustav Jung no hospital de Burgholzli”, o que mais tarde Freud irá qualificar de um método incipiente muito inferior à psicanálise.

O método das associações livres, ao liberar pela primeira vez a palavra para a busca de uma verdade complementar escondida, tornou-se o principal modo de produção de material em análise, mesmo que a liberdade que ele ofereça sirva, por vezes, para uma produção superabundante, de resistência a toda a interpretação (Mijolla, 2005, p. 159).

É a partir da descoberta da resistência, que não tinha seu percurso interrompido pelo método catártico, que Freud começa a questionar a forma de superá-la. Tendo ainda substratos da sua vivência clínica com Emmy, é que ele irá formular a ideia do que mais tarde irá se transformar na regra fundamental da psicanálise.

É interessante apontar, portanto, como uma ideia isolada não é o bastante, mostrando a importância de que para que seja possível seu desenvolvimento, deva haver uma integridade num conjunto que a transcende.

Bem mais tarde, ao falar da Associação Livre, em 1924, Freud diz que

os meios que primeiramente adotei para superar a resistência do paciente, pela insistência e pelo estímulo, tiveram de ser indispensáveis para a finalidade de proporcionar-me um primeiro apanhado geral que era de ser esperar. Mas em última análise veio a ser um esforço demasiado de ambos os lados, e, além disso, parecia aberto a certas críticas evidentes. Deu, portanto, lugar a outro que era, em certo sentido, seu oposto. Em vez de incitar o paciente a dizer algo sobre algum assunto específico, pedi-lhe então que se entregasse a um processo de associação livre – isto é, que dissesse o que lhe viesse à cabeça, enquanto deixasse de dar qualquer orientação consciente a seus pensamentos (Freud, 1924/2006, p.45).

Freud, ainda na escrita de sua autobiografia (Ibid.), diz que o trabalho do método da associação livre possui algumas vantagens sobre a hipnose, não apenas por poupar trabalho, mas principalmente pelo fato de que ao livre associar, o paciente fica exposto à

menor dose possível de compulsão, jamais permitindo que se perca contato com a situação corrente real, (...) e que nada seja introduzido nela pelas expectativas do analista. Deixa-se ao paciente, em todos os pontos essenciais, que determine o curso da análise e o arranjo do material; qualquer manuseio sistemático de sintomas ou complexos específicos torna-se desse modo impossível. Em completo contraste com o que aconteceu com o hipnotismo e com o método de incitação, o material inter-relacionado aparece em diferentes tempos e em pontos diferentes no tratamento. Portanto, para um espectador - embora de fato não deva haver nenhum - um tratamento analítico pareceria inteiramente obscuro (Id., *ibid.*, p.46).

Esse obscuro também aparece para o clínico e será justamente esse não saber, como enigma, que irá encaminhá-lo para questionamentos que se desdobrarão para a pesquisa. Visto que a clínica não permite espaço para isso, afinal o enigma não é uma atividade, mas é algo que brota, será dessa brotação que o clínico terá que se haver.

Com isso podemos perceber que apesar de a clínica e a pesquisa em psicanálise caminharem juntas, seus recursos são bem distintos, pois de forma bastante diferente se dá o trabalho de pesquisa fruto da clínica. O pesquisador é fundamentalmente um intelectual, preocupado com um problema/enigma, originado na vivência clínica, e que fora dela irá pensar para tentar desvendá-lo.

Assim, a pesquisa só se torna possível quando o óbvio passa a ser questionado e se torna um enigma, fazendo com que nem todos os postulados teóricos existentes deem conta das questões que surgem durante o encontro clínico. Inclusive, em toda sua obra Freud “nunca deixou de insistir que um domínio apropriado do assunto só poderia ser adquirido pela experiência clínica e não pelos livros” (Strachey, editor inglês, In Freud, vol.XII, p. 95).

Ou seja, o trabalho de escrita em que um pesquisador se envolve visa transformar a vivência, da e na clínica, em uma experiência. Com isso, questões obscuras que se fizeram notar durante o contato com o paciente serão pensadas fora da clínica a fim de se encontrar uma resposta, ou ainda, uma verdade – que para a clínica da Psicopatologia Fundamental não interessa.

A pergunta então que se faz é: o que este trabalho de pesquisa acrescenta ao clínico? É bem verdade que a pesquisa tem como maior objetivo alcançar e difundir conhecimento e tem sua relevância inquestionável para o meio acadêmico. A questão é por que tantos clínicos se ocupam do trabalho de pesquisar? Seria uma forma de encontrar respostas às quais a clínica não dá espaço? Ou ainda, seria uma necessidade para que se possa clinicar?

Ainda segundo Berlinck (2011a), o relato de um caso clínico seria um anseio de colocar em palavras o que foi vivido na clínica – que é originalmente enigmático. Pode-se então pensar que aquilo que é insuportável ao ser humano – o não saber algo –

encontra na pesquisa e na escrita uma forma de vazão para suportar a clínica, assim como na análise pessoal e na supervisão.

Para este autor, o que é difícil de colocar em palavras (escrita) é a questão erótica da clínica; e seria este o maior interesse na escrita, pois é o que permite tanto ao escritor quanto ao leitor sonhar, ou seja, entrar em contato com o seu inconsciente.

É por ocasião também da publicação do artigo de Magtaz e Berlinck (2012) – que nos aparece em boa hora – que encontramos interessante passagem sobre o caso clínico e o trabalho de pesquisa.

O trabalho de interpretação do caso teria, para o clínico pesquisador, a função de colocar em palavras – a formulação de uma situação problemática – aquilo que ele viveu na transferência e apresentou-se como surpreendente enigmático. (...) O trabalho de interpretação do caso em pesquisa seria, então, um trabalho de associação do clínico pesquisador para superar suas resistências na formulação de um problema de pesquisa, e poder ficar livre em sua atenção e favorecer o pensamento metapsicológico. Este delicado e complexo processo envolve principalmente a memória, ou seja, aquilo que foi vivido e esquecido, pois sem esquecimento não há memória. Evidencia-se, assim, a formação como atividade indispensável para a livre associação (Magtaz & Berlinck, 2012, p. 76).

Ora, o que achamos nesse importante trecho era a pista da qual precisávamos para o desdobramento aqui proposto. Se a pesquisa funciona como elaboração de algo obscuro que foi vivido na clínica, nada mais é do que um prolongamento desta, ou seja, parte essencial do trabalho para que o clínico possa se afastar de suas próprias resistências. A pesquisa, portanto, não se faz necessária para desvendar o caso (ao nomear sintomas e conferir diagnósticos), mas sim para auxiliar o clínico na forma como está sendo afetado.

Groddeck, em sua carta de número 16 do intitulado “*O livro d’Isso*” (1923/2008), fala da questão da escrita de forma bastante curiosa e metafórica. Descrevendo o ambiente que o cercava naquele momento de escrita, assim como as distrações que o impediam de realizá-la e os objetos que se faziam necessários – o papel, a caneta, o tinteiro – este autor começa a relacionar o ato da escrita com um ato sexual simbólico.

Acrescenta ainda à preguiça que muitas pessoas têm de escrever e quão penoso

é; para ele, essas pessoas teriam uma “concepção inconsciente desse simbolismo e que todas têm medo do parto, medo da criança” (Groddeck, 1923/2008, p. 121).

Pesquisa e clínica estão, nesse sentido, numa relação íntima, intrínseca e complexa, já que para acontecer qualquer pesquisa clínica, é preciso que o pesquisador/clínico esteja disposto a “aparecer”, a falar de si.

Para Freud, a psicanálise tem seu lugar entre as ciências, de cuja *Weltanschauung* participa, e é, antes de tudo, um método de investigação dos processos inconscientes, método utilizável, portanto, em todas as espécies de domínios e não somente nos de competência terapêutica. A teoria psicanalítica é fruto desse método, constituindo um conjunto de noções, hipóteses e conceitos em permanente remodelação. A terapêutica é uma das aplicações possíveis do método e da teoria, mas é também, em parte importante, o lugar de origem, porquanto é na ligação entre a teoria e a clínica que se elaboram e se põem à prova as principais hipóteses da psicanálise (Mijolla-Mellor, 2005, p. 1380).

Ao que Freud relata, podemos pensar que o caso clínico é o que possibilita o encontro entre a clínica e a pesquisa (Magtaz & Berlinck, 2012), ou ainda, o que há de enigmático no caso é que faz o pesquisador escrever.

Nesse sentido, o atendimento do caso do “homem bomba-relógio” que impôs a dificuldade para a clínica em estabelecer um diagnóstico, se constituiu num enigma e com isso transformou-se no tema da presente pesquisa a fim de que, ao pensar fora da clínica, a terapeuta pudesse encontrar aquilo que a angustiava – neste sentido, pesquisa e supervisão se assemelham.

Para ir além, o tema da natureza se faz aqui importante. Nas diversas áreas científicas, a noção de natureza varia de acordo com cada interesse e referência. Portanto, a formação do clínico irá nos informar sobre a natureza dos caminhos e seus limites na clínica.

Segundo Serino (2001, p.9), “a visão de mundo dominante na civilização europeia anterior a 1500, bem como nas demais civilizações da época, era orgânica”, ou seja, a compreensão da natureza que se tinha naquele período se restringia ao orgânico e sua interdependência com os fenômenos espirituais e materiais.

Durante a Idade Média, época em que a ciência dava alto significado a Deus, à alma e à ética, a finalidade da ciência se destinava à compreensão do significado das coisas baseada unicamente nos recursos da fé e da razão.

Nos meados do século XVI, ao dar início à Revolução Científica,

Nicolau Copérnico (1473-1543) introduz a concepção heliocêntrica do universo, seguido por Galileu (1564-1642), o primeiro a associar a linguagem matemática à experimentação científica, postulando que os estudos dos corpos materiais dever-se-iam restringir às suas propriedades essenciais mensuráveis, possibilitando que a ciência descrevesse a natureza matematicamente (Serino, 2001, p. 10).

Com isso, qualquer propriedade que não fosse mensurável era considerada projeção subjetiva que não merecia ser considerada pela ciência da época restando, no lugar da experiência, apenas o experimento.

Hoje podemos ver a influência do método cartesiano nas ciências atuais, em que a essência do pensamento científico moderno é a fragmentação do pensamento e das disciplinas acadêmicas. Fundada nessa metodologia, a superespecialização médica tem sua origem histórica (Serino, 2001).

É, também, de conhecimento de todos que a medicina é uma ciência pautada no positivismo, e tem todo um método que se vale de diagnósticos, lesões de órgãos e cura. Algumas linhas de pensamento querem aplicar à medicina um caráter não cura-dor, mas cuida-dor, em que o foco não seja a doença, e sim o sujeito.

Ora, dificilmente isso terá algum êxito, afinal toda a história da medicina aponta a cura como objetivo maior dessa ciência, diferentemente, por exemplo, da enfermagem. Nesse sentido, não acreditamos ser válido abrir discussões que visem criticar ou avaliar o sistema médico; afinal, cada ciência tem sua forma de atuação a partir da concepção de natureza. Para a medicina, sem dúvida, interessa a natureza que invoca os sintomas, o diagnóstico e a cura.

A origem da palavra “Natureza” tem questões interessantes em torno de seu conceito; originada do termo grego “*Fisis*”, é tratada no Dicionário de Filosofia, com

dois sentidos diferentes: “‘natureza’ principalmente como a chamada ‘natureza do ser’ e o sentido de ‘natureza’ como ‘a Natureza’” (Mora, 2004, p. 2.048).

Nessa diferenciação, ‘a natureza do ser’, seria algo no sentido do que é ‘natural ao homem’ em contraponto ao ‘que é por convenção’; enquanto “Natureza” estaria em contraste com a concepção de ‘Arte’, ‘Espírito’, ‘sobrenatural’ (Mora, 2004, 2.048).

Em todas as discussões trazidas em diferentes visões acerca da natureza, o Dicionário de Filosofia aponta que “a noção de ‘ser por natureza’ aproximava-se da noção de ‘ter algo de si e por si’” (Id., *ibid.*, 2.048); ou seja, algo que fala de seu próprio movimento.

Na clínica da Psicopatologia Fundamental a concepção de natureza que interessa é aquela vinculada ao princípio da vida e do movimento da existência; ou seja, a partir do momento em que o clínico se preocupa com aquilo que brota e se manifesta, a clínica se interessa pelo tema da vida e se distancia da padronização das ciências cartesianas.

A questão da natureza também promove a discussão referente ao diagnóstico. Se estamos considerando que na clínica da Psicopatologia Fundamental aquilo que brota, ou ainda, aquilo que está em constante movimento é o que interessa, isto põe também em movimento o discurso e, conseqüentemente, o próprio paciente, contrariando a noção de diagnóstico da clínica médica e psicanalítica.

Nesse sentido, ao se pensar o diagnóstico através de uma noção de natureza diferente daquela utilizada nas ciências positivistas, o entendimento sobre o diagnóstico também produz novos significados.

Dessa forma, se a concepção de natureza da medicina reconhece os sintomas e os utiliza para classificar o diagnóstico a fim de alcançar a cura, a concepção de natureza da Psicopatologia Fundamental, preocupada muito mais com o discurso e o pathos psíquico do que com descrições, é de outra ordem: o diagnóstico não é mais um

instrumento de ordenar e classificar doenças; diagnosticar auxilia no reconhecimento do discurso do paciente. E é com a ajuda do método de associação livre que se torna possível à psicanálise alcançar um estatuto de novos valores no pensamento científico. Torna-se possível introduzir discussões sobre os sonhos como possuidores de significados, mesmo que ainda a ciência moderna se afaste de tudo aquilo que é subjetivo, muitas vezes declarado como superstição.

De outra maneira, podemos pensar que a função do diagnóstico para a clínica da escuta – a psicanalítica – seria a mesma utilizada pela psicopatologia fundamental, que é orientar o clínico naquilo que interessa: a livre associação, pois é ela, e somente através dela, que se torna possível ultrapassar as barreiras das resistências, permitindo que o clínico possa identificar o pathos do seu paciente. Com isso, nada mais justo que fazer da livre associação seu método de tratamento, portanto, sua regra fundamental.

Ainda segundo Donnet, “em termos correlativos, mas implícitos, ela [livre associação] fornece ao analista um modo de escuta (“atenção igualmente flutuante”) para o qual o preparou, em virtude da segunda regra fundamental, a experiência pessoal da situação analítica” (Donnet, 2005, p.1587).

Com isso, ao considerarmos que o trabalho da clínica da psicopatologia fundamental se dá na tentativa de superar as resistências do paciente para que se possa ter acesso aos conteúdos inconscientes, devemos supor também que essas resistências se encontram também no clínico. É por isso que tanto se fala da “tríplice aliança” entre estudo-análise pessoal-supervisão, pois será a partir dela que se tornará possível ao clínico se colocar como neutro, podendo assim lidar com suas próprias resistências.

Como afirmam Magtaz & Berlinck,

a resistência aparece sob várias formas, mas principalmente pela via da repetição do já sabido e da falta de formação. O douto analfabetismo é uma resistência à pesquisa metapsicológica. O surpreendente enigmático tira o clínico de suas convicções preconceituosas, da dimensão da dúvida e da necessidade de comprovação teórica e o coloca em lugar neutro, posição que favorece a entrada do estrangeiro no inconsciente do clínico (2012, p. 77).

Assim, podemos dizer que talvez o maior empecilho para a clínica não sejam as resistências do paciente, mas as do próprio clínico, afinal, a partir da sua conduta e de sua escolha de estar aberto para receber aquilo que ainda não conhece – o obscuro da clínica – é que a ele será possível clinicar. O diagnóstico para a clínica da Psicopatologia Fundamental se localiza como “instrumento” que orienta o clínico a sempre identificar a presença ou não da livre associação, tanto dele próprio quanto do seu paciente.

IV.5 Reflexões sobre o diagnóstico como representação

“Decidir-se a tratar deste assunto, sob o regime atual das ideologias em vigor, pode dar de início o sentimento de alguma inconsequência ou alguma ingenuidade” (Perrier, 1993, p. 82).

O tema do diagnóstico, principalmente em psicanálise, constitui um interessante e importante paradoxo. Joel Dor (1991), em seu livro denominado *Estruturas e clínica psicanalítica* aborda esta questão a partir de um ponto de vista comum dentro da psicanálise: falando rapidamente do uso do diagnóstico para a medicina, coloca-o em dupla perspectiva (o interesse pela etiologia das doenças, e sua classificação como estado patológico dentro de um quadro nosográfico), e imediatamente o diferencia do uso do diagnóstico psicanalítico.

Enquanto os mecanismos de investigação da medicina se debruçam dentro de uma contingência de exames e sintomas, para a psicanálise “resta” a escuta – colocando-a em “uma dimensão do *dizer* e do *dito* que se delimitará o campo de investigação clínica” (Dor, 1991, p. 14). Portanto, a avaliação do paciente se dá através do discurso, ou seja, é *essencialmente subjetiva* (O grifo é nosso.).

Esse é o ponto que nos interessa. Dor (1991) defende a ideia de que mesmo

sendo uma avaliação subjetiva, o diagnóstico psicanalítico está baseado em uma topografia das afecções psicopatológicas e de certos elementos estáveis, tentando a todo tempo escapar do perigo de entrar no campo da “análise selvagem” descrita por Freud em 1910.

Neste ponto, uma perspectiva bastante estruturalista pode ser percebida. Ao mesmo tempo que afirma não poder se basear em sinais (pois os mesmos podem não ser o que mostram), Dor (1991) recorre a algo que seja constante como elemento que irá diferenciar uma estrutura da outra.

No nível dos processos psíquicos existe um determinismo peculiar denominado causalidade psíquica, que seria o mestre-guia para o uso do diagnóstico em psicanálise. Apesar disto, a causalidade psíquica não é objeto de leis entre causa e efeito, comum e utilizável nas ciências biológicas e exatas como um tipo de previsão invariável. Ou seja, não há “interferências estáveis entre as causas psíquicas e os efeitos sintomáticos na determinação de um diagnóstico”:

As correlações que existem entre um sintoma e a identificação diagnóstica supõem a entrada em cena de uma cadeia de procedimentos intrapsíquicos e intersubjetivos, que dependem da dinâmica do inconsciente. Esta dinâmica jamais se desenvolve no sentido de uma implicação lógica e imediata entre a natureza de um sintoma e a identificação da estrutura do sujeito que manifesta este sintoma. O conhecimento atual que temos desses procedimentos inconscientes invalida, de antemão, uma possibilidade assim, de relação causal imediata (Dor, 1991, p. 18).

Neste sentido, o trabalho de Dor é demonstrar que em psicanálise não se pode trabalhar com uma relação causal direta entre um diagnóstico e um sintoma – ou seja, pode-se dizer, por exemplo, que nem todo exibicionista seria um perverso (pode muito bem ser um histérico), assim como nem toda atividade de ordem e arrumação é exclusiva da neurose obsessiva (a identificação histérica pode ser aí também atribuída). É nesse âmbito que a palavra do paciente, seu discurso, se torna central na condução da terapia psicanalítica.

Dor então considera que é no desdobramento do dizer que se manifestam essas

referências diagnósticas estruturais, e questiona: “Qual é a constância, se é que existe, desses traços estruturais que só podem supor uma certa estabilidade na organização da estrutura psíquica?” (Dor, 1991, p. 23). E responde a esta questão adentrando as relações dos amores edipianos, retomando a noção de castração, identificação, função paterna, etc. – em função deste desenrolar é que haverá a constituição de uma estrutura psíquica.

Ou seja, o que este autor propõe ao clínico é uma busca de elementos estáveis que se apresentam no discurso do paciente, e traduzem em sua história cenas vividas na infância e sua relação com o pathos de hoje. Desta forma, invariavelmente, o clínico acaba se colocando como pesquisador (à procura de algo) para que possa definir que encaminhamento pode ser dado àquele tratamento (é difícil com isso não ser remetido ao movimento de esquemas táticos para que um objetivo seja alcançado – o que me parece não ser objeto de interesse da clínica).

Relembrando recente atividade de apresentação de paciente realizada em uma clínica psiquiátrica, uma situação pertinente a esta discussão se apresenta: o paciente estava internado havia poucos dias, tendo como diagnóstico médico preliminar “transtorno bipolar”. Uma das discussões após a entrevista, aqui nos interessa: os psiquiatras presentes achavam que o paciente estava muito mal medicado – diziam eles que o que estava sendo medicado eram os sintomas e não a estrutura: “para cada sintoma há uma medicação, se o paciente está em crise maníaca, dão lítio; se está ansioso dão ansiolítico, e acabam não tratando o problema”.

Mas o que interessa e o que entendemos que este psiquiatra quis dizer, é que só é possível tratar um paciente a partir de uma estrutura dada, sem isso não há possibilidade de tratamento nem de melhora. Ou seja, a estrutura é que direcionaria o clínico a decidir qual caminho seguir.

Encontramos isso também nas palavras de Dor ao escrever que “em toda prática clínica, é usual procurar estabelecer correlações entre a especificidade dos sintomas e a identificação de um diagnóstico. Felizmente, os sucessos terapêuticos dependem, em forte escala, da existência dessas correlações” (1991, p.17).

Neste aspecto, as estruturas assumem o papel de verdade, mas não podemos esquecer que estruturas são conjecturas, ou seja, suposições, hipóteses e deduções de que algo seja provável, baseadas em manifestações clínicas e, portanto, puramente subjetivas e passíveis de interpretação – como o próprio Dor nos avisa. Isto sugere que um mesmo caso certamente será descrito de forma completamente diferente por mais de um clínico, podendo até mesmo haver discordâncias de diagnóstico, o que não quer dizer que necessariamente um deles irá “fracassar” no tratamento (1991).

Perrier (1993) diz que muitas vezes “esta competência se mede com as escalas de valor e se aprecia com as ideologias e os conceitos que a teoria de seu analista ou do grupo a qual ele pertence, define” (Perrier, 1993, p. 90), embora, podemos dizer, quem decide sobre a competência do clínico é sempre e somente o analisando, pois é ele que tem o poder de reprovar o analista.

Assim, podemos presumir que se o trabalho clínico está disponível para que seja transformada a vivência clínica em experiência, esta é suficiente para que o andamento do tratamento percorra bons caminhos. Ou seja, não é necessariamente uma formação teórica notável que irá fazer do analista um bom clínico.

A quantidade de testes e tecnologias novas tem chamado a atenção para uma corrida contra o tempo, onde ganha mais quem consegue resultados mais rápidos e precisos. No que diz respeito à área clínica, mais precisamente àquela em que a subjetividade e o sofrimento psíquico têm máximo interesse, essa discussão é da maior importância

Podemos fazer uma analogia entre a discussão do diagnóstico e a ideia de que “quanto maior o número de informações num tempo dado, maior o grau de eficiência”, lógica capitalista, que também sustenta a lei geral da cibernética (para a qual num mínimo de tempo e energia consumida, um máximo de informação deve ser tratada) (Pociello *apud* Ramos, 2008, p. 323).

Pensamos que quando a pressa, em um processo terapêutico, se torna imperativa, inevitavelmente critérios objetivos são formulados, e isso pode implicar um percurso diferente daquele proposto por Freud: o livre associar.

Perrier comenta que logo no início, quando Freud ainda tentava estabelecer os fundamentos e premissas para a psicanálise, ou seja,

quando a clínica e a teoria falavam ainda a livro aberto, o saber não era ainda interdito como modo de defesa. O estudante se tornava analisável, isto é, apto a interrogar suas disposições pessoais para com a surdez, para com o desconhecimento, o recalque, a recusa, o preconceito, a partir de uma descoberta novíssima (Perrier, 1993, p. 82).

Hoje, com a descoberta freudiana não sendo mais tão nova, pode-se dizer que é preciso haver renovação para que se continue tornando-se “analisável”. Há, no entanto, uma infinidade de reproduções (tanto na clínica quanto na pesquisa) que não avançam nem questionam – apenas repetem.

Assim, acredita-se que só através do estabelecimento de um diagnóstico é possível haver um direcionamento ao tratamento; pode-se pensar que está aí uma vinculação do diagnóstico com a função da pressa, pois enquanto este não seja formulado, o clínico supostamente ficaria em um vazio (trabalhado no subcapítulo sobre o Neutro), sempre temido por grande parte dos analistas.

É conhecido que o analista não decora o que lhe dizem. Sabe não tomar notas e fazer diferença entre escutar e ouvir. O que lhe acontece é estar sujeito às reminiscências (...). Em outras palavras, não é o saber que funciona aqui a partir do eu do analista; mas sim o analista como sujeito que advém como memória do desejo inconsciente do outro (Perrier, 1993, p. 86).

É a partir de tudo isso que recorreremos à introdução do termo “representação” como aquele que irá possibilitar a saída de um saber institucionalmente firmado, pois

acreditamos que este não tem grande potencial na hora de clinicar.

(...) conhece-se, em particular, a incondicional fidelidade de certos discípulos que se fixam em conceitos e fórmulas porque tal analista os privilegiou ou que tal outro, pressionando-se sempre mais adiante nas vicissitudes de seu destino de verdade, inventa sua própria língua através do princípio de uma transgressão de todos os modos de pensamentos recebidos. Se isto constituísse somente o efeito momentâneo das efusões transferenciais antes da emancipação dos espíritos, o perigo não seria muito grande. Mas a experiência mostra que uma análise didática, conduzida em certas condições, marca demais o postulante em busca de referências radicais, de siglas de seu mestre ou de sua escola, *para que ele não faça signos particulares do discurso do outro* o mais específico de sua carteira de identidade freudiana (Perrier, 1993, p. 80 e 81. O grifo é nosso.).

Fazendo uma analogia com a medicina quando, por exemplo, o médico estabelece um diagnóstico de hipertensão ao seu paciente e a partir disso recomenda medicação própria para esse tipo de patologia, além de uma série de cuidados, como fazer exercícios, não fumar, etc.; quando o psicanalista diagnostica seu paciente como um obsessivo, o que fazer? Certamente qualquer recomendação estaria fora do universo psicanalítico.

Provavelmente qualquer outro tipo de intervenção possa ter efeitos interessantes ou ruins para o tratamento, mas será que o estabelecimento de um diagnóstico pouparia o clínico de algum “desastre”? Essa é uma perspectiva recorrente dentro da psicanálise e é nesse sentido que nos inclinamos a pensar em um diagnóstico representativo em vez do estrutural, pois através de uma representação podem surgir outros conceitos, outras ideias, menos formais e rígidas do que aquelas ligadas a determinada estrutura psíquica.

Entendendo que toda classificação sempre implica uma nomenclatura, Freud, apesar de se basear no referencial nosográfico da psiquiatria clássica e tomando dela suas categorias diagnósticas, produziu uma nomenclatura própria da psicanálise, fazendo uma ruptura com a nomenclatura psiquiátrica, como a invenção de categorias como neurose de angústia e neurose narcísica (Leite, 2001). Assim, se a psicanálise permite avanços ao que já se encontra inscrito, podemos pensar a representação como possibilidade de questionar o diagnóstico tal como está posto.

O tema da representação é campo complexo, que envolve vários conceitos dentro não só do campo da psicanálise como também do da filosofia; mais

especificamente dentro da psicanálise, encontramos expressões derivadas como “representante psíquico”, “representante ideativo”, “representante pulsional”, entre outras. Por esse motivo, não será possível desenvolver esta questão, que será abordada de forma mais restrita ao que aqui nos interessa.

A etimologia da palavra representação, derivada do verbo representar, tem origem no latim com o termo *representare*, que tem vários significados, tais como “descrever, significar, apresentar-se, etc.”; usualmente a noção de representação tem sido empregada para designar a ideia que concebemos do mundo e/ou das coisas, ou ainda, o modo de apreensão de um objeto ou fenômeno por parte de um sujeito.

A concepção freudiana de representação (*Vorstellung*) está ligada à teoria da pulsão, onde o afeto seria a tradução subjetiva da quantidade de energia pulsional. A representação então estaria implicada na distinção entre um espaço consciente e outro inconsciente, ou seja,

uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência – somente a representação que representa a pulsão é que pode (...). Se a pulsão não se prendeu a uma representação, ou não se manifestou como um estado afetivo, nada poderemos conhecer sobre ela (Freud, 1915/2006, p. 182).

Com isso podemos dizer que o sentido empregado para o termo representação designa uma expressão psíquica, ou ainda, é a forma possível de se expressar, ao colocar em palavras, sensações e imagens, aquilo que não tem nome.

Tomando como exemplo o caso de “F”, descrito no começo desta pesquisa, estabeleceu-se a dúvida entre o diagnóstico de uma neurose obsessiva grave e uma paranoia. Para tanto, o diagnóstico possível encontrado por sua terapeuta era que esse paciente fosse uma “bomba-relógio”, representação que a ajuda a pensar o caso e, mais do que isso, a conduzir essa situação clínica.

A partir do momento em que o diagnóstico é formulado desta maneira, isso tem desdobramentos interessantes: esse paciente requer atenção e cuidado por parte da

terapeuta em suas intervenções – pois convém ressaltar que, em se tratando de paciente que está “prestas a explodir” não seria adequado, por exemplo, colocá-lo deitado em um divã de frente para uma parede branca.

Isso remete ao cuidado que se tem com pacientes psicóticos, mas o que se pretende questionar aqui é a relevância de se estabelecer um diagnóstico estrutural como única forma de encaminhamento e direcionamento no processo terapêutico.

Versão obsessiva da análise, versão histérica, versão perversa, versão passional, tudo é oferecido atualmente a quem quer se dar ao trabalho de uma exploração ou de um circuito de informação. Há também para os conservadores, os funcionários, os artistas, os intelectuais de esquerda e de direita, os abertos e os fechados, os idealistas e os realistas, os estruturalistas e os humanistas... etc. Estas reflexões talvez desenvolvam demais aos olhos de alguns não vêm aqui para o prazer eventual tomado como um exercício satírico. Que nos reprovem este procedimento aqueles para quem a análise não é mais do que o ofício ou aqueles para quem os momentos de ruptura ou desregramento nas causalidades circulares da cultura incitam, por exemplo, a inventar o termo de “contestacionário” para se confortar na boa consciência de seu saber respeitável (Perrier, 1993, p. 92).

Desta forma, o uso da representação se torna um elemento clínico importante referenciado ao diagnóstico; o ato de diagnosticar seria, então, a representação psíquica que o clínico tem de seu paciente diante daquilo que é dito e percebido durante a terapia. Assim, diferentemente do uso do diagnóstico estrutural ou nosológico utilizado na psicanálise e na psiquiatria, respectivamente, o clínico ao criar uma representação de seu paciente, ao ter uma imagem única e fora de um padrão classificatório, possibilita fazer com que a escuta fique desvinculada de qualquer demarcação do sujeito e, com isso, a regra fundamental da psicanálise possa acontecer: a associação livre.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo abordar a temática do diagnóstico na clínica que se interessa pela subjetividade partindo da obra freudiana. Para isso, primeiramente foi necessário fazer uma escolha entre apresentar brevemente alguns conceitos e relacioná-los com o tema de pesquisa, ou aprofundar estes conceitos e ir por um caminho demasiadamente longo, que uma dissertação não comportaria. Optamos, assim, por não adentrar de forma mais complexa os conceitos que permearam esta pesquisa, apenas utilizando-os para contextualização.

Ao trazer a história da medicina e, mais especificamente, da psiquiatria, pretendíamos lembrar em função de que o diagnóstico é formulado. Percebe-se claramente, então, que para esta área do conhecimento o diagnóstico serve para orientar o clínico na direção que deve seguir no tratamento. É, portanto, através da formulação do diagnóstico que se torna possível fazer recomendações, prescrever remédios e fazer prognósticos.

A psicanálise, muito embora tenha tentado se afastar dos ditames da medicina, acabou incorporando a função do diagnóstico mais ou menos com a mesma perspectiva: estabelecida a estrutura psíquica de cada paciente, é que se torna possível determinar a direção do tratamento – embora a forma de chegar à classificação diagnóstica seja bastante diferente da medicina.

É nesse contexto que a Psicopatologia Fundamental nos ajuda a pensar a função do diagnóstico na clínica psicanalítica, sem que esta esteja necessariamente respondendo aos mesmos cânones da medicina. Dessa forma, trouxemos textos e ideias de diversos autores da própria psicanálise, como também os vinculados à Psicopatologia

Fundamental, com posicionamentos diferentes daqueles que apenas criticam a forma de atuação da psiquiatria, e que de uma forma ou de outra acabam repetindo-a, sem acrescentar novas perspectivas.

Quando nos remetemos às perguntas feitas na introdução deste trabalho, balizadoras para que esta pesquisa fosse possível, percebemos que a direção tomou um rumo muito mais de questionamento do que apenas de uma reunião bibliográfica sobre o tema. Voltemos, então, às questões que orientaram este trabalho “por que é tão difícil diagnosticar e como se diagnostica um paciente? O que seria, propriamente, diagnosticar? O que definiria o limite de uma estrutura e outra? Quando se diagnostica, diagnostica-se o quê? E, ainda, feito o diagnóstico, o que isso acarretaria de mudança na escuta e na prática clínica?”.

Inicialmente essas perguntas foram feitas com o intuito de encontrar uma definição bem delimitada sobre o diagnóstico na obra freudiana, o que não aconteceu. A falta de um conceito bem definido acarreta no fato de que cada escola ou teoria psicanalítica tenha sua própria noção de diagnóstico e, conseqüentemente, diferentes interpretações em relação à sua função.

Acreditamos, porém, que Freud nos dá preciosas indicações do caminho a seguir na busca de entender a função do diagnóstico, indicações encontradas muitas vezes de forma fragmentada, outras vezes de forma mais enfática. De qualquer modo, concordamos que este é um tema escorregadio e de difícil acordo, mesmo porque quando Freud nos diz que: “é muito difícil obter uma visão clara de um caso de neurose antes de tê-lo submetido a uma análise minuciosa; mas a decisão sobre o diagnóstico e a forma de terapia a ser adotada tem de ser tomada antes de se chegar a qualquer conhecimento assim minucioso do caso” (1895/2006, p. 272), seja talvez uma das poucas vezes que o tema do diagnóstico é pensado por ele, apesar de não ter se

debruçado sobre essa questão.

É a partir dessa enigmática constatação freudiana que iremos nos posicionar de forma a não conceber o diagnóstico a partir da nosologia psiquiátrica nem do estruturalismo psicanalítico, entendendo que ambos encerram o ser humano naquilo que faz parte de sua essência: o obscuro e o enigmático próprios da subjetividade psíquica.

Um dos pontos importantes nesta discussão é referente à consideração que se faz da livre associação que, embora seja a pedra fundamental para a clínica descrita pelo próprio Freud como “a regra fundamental da psicanálise”, muitas vezes não recebe a devida atenção.

Consideramos que diagnosticar (na perspectiva de situar o paciente dentro de algum quadro definido) barra o ato de livre associar do clínico, antes e depois de estabelecido. Em um primeiro momento, ao se envolver na preocupação de estabelecer um diagnóstico para saber com “o que” está lidando e assim estipular um melhor tratamento, o clínico pode se engajar em um trabalho de pesquisa (à procura de algo) – o que por si só já vai de encontro ao trabalho de livre associar. No segundo momento, ao supor que o diagnóstico já esteja colocado, e o caminho que o tratamento deve seguir também já esteja elaborado, podemos questionar qual seria a utilidade da associação livre se sua função é fazer brotar livremente pensamentos e sensações no clínico para que se possa criar um espaço em que o enigma possa ser ouvido.

Dessa forma, acreditamos que ao estabelecer um diagnóstico que define o sujeito, cessa a possibilidade de acesso ao enigmático e obscuro do ser humano, pois a partir do momento que já se sabe algo, vai aos poucos se diluindo o espaço para se deixar surpreender no exercício de clinicar.

Por esses motivos recorreremos à concepção de diagnóstico vinculada ao conceito de representação, pois no momento em que entendemos que representar é criar uma

figura, uma imagem, ou até mesmo um nome sem que esteja atrelado a algum sistema classificatório, mas que permite constituir a elaboração de algo, isto possibilita uma outra forma de relação – com o paciente e até mesmo com o que se espera do trabalho clínico.

Podemos ainda dizer que, ao retomar o conceito de saber e conhecimento utilizado no capítulo “Diagnóstico: um sintoma?”, a noção de representação aqui utilizada estaria dentro do campo do saber, ou seja, o diagnóstico como representação seria a possibilidade de fazer desabrochar o componente subjetivo, diferentemente da objetivação que encontramos nos diagnósticos psiquiátricos e psicanalíticos.

Assim, a forma como o clínico concebe a clínica, e a forma como ocupa esse lugar, tem ligação intrínseca com a possibilidade de se questionar o diagnóstico como está posto, não se atendo à necessidade de nomenclaturas e padronizações.

Entendemos, com isso, que a função que o diagnóstico ocupa tanto na medicina quanto na psicanálise é a de aplacar a angústia do clínico frente ao desconhecido, ao obscuro do ser humano, pois no momento em que se estabelece um nome baseado em um sistema classificatório, há uma definição sobre o sujeito. Indo além, pensamos que o clínico, ao estar orientado quanto ao caminho a percorrer, estabelece-se um tipo de segurança, contrário a todo movimento de angústia, necessária e própria do exercício de clinicar.

Dessa forma, percebemos com este trabalho a importância de que o clínico possa suportar a angústia do não saber (própria do ser humano) para que possa se haver com questões que na clínica irão demandar certa precaução, não só em relação a possíveis precipitações como também em se preocupar com problemas que não são verdadeiramente clínicos.

Freud nos lembra em seu texto “Psicanálise Selvagem” (1910/2006, p.237), com

a passagem que se “(...) a tarefa do tratamento está no combate a essas resistências [internas]”, pode-se então dizer que se a tarefa do tratamento é esta, a livre associação é a única forma de poder identificá-las e não o estabelecimento de um diagnóstico, que por mais que este informe sobre os sintomas e resistências, não vai muito além disso.

Assim, o caso do “homem bomba-relógio” nos ensina que o uso de metáforas e representações possibilita emergir o lado obscuro do ser humano, pois a partir do momento em que não é enquadrado em nenhuma classificação, mas sim naquilo que foi afetado no clínico, é que a subjetividade se faz toda presente, não só a do clínico como também a do paciente.

Nesse ponto, estamos falando de um diagnóstico dinâmico, que permite a metaforização do invisível, e o dinamismo é próprio do singular do ser humano. O apelo ao estrutural é uma captura, no sentido que é difícil de não ser envolvido por ele, e com isso há uma estagnação, não existe espaço para evolução ou desenvolvimento algum. Dessa forma, o diagnóstico estrutural aparece como um dogma, pois na clínica a pesquisa é sempre do paciente, e não do clínico; além do mais, este não deve forçar o fim para o paciente, que seria dado através do diagnóstico.

Finalmente podemos dizer que este trabalho possibilitou uma interessante fonte de desenvolvimento de ideias que abarcaram não apenas as extensivas discussões entre a psicanálise e a psiquiatria, mas a inclusão destas em outra perspectiva, possibilitada pelo campo da Psicopatologia Fundamental, que está interessada fundamentalmente no discurso do pathos psíquico, e não em ideias prontas e definidas. Ou seja, a clínica psicopatológica fundamental é aquela em que o clínico se defronta com um corpo obscuro e surpreendente chamado paciente, que jamais será totalmente conhecido e, portanto, definido.

Por fim, é a partir da perspectiva clínica da Psicopatologia Fundamental que

podemos então pensar em um outro uso para o diagnóstico, que não seja nem nosológico nem estrutural; que não seja classificatório. Ao propormos o diagnóstico como representação, estamos inserindo e devolvendo à clínica da subjetividade um caráter muito mais intuitivo e transcendental que qualquer outro.

Podemos ainda dizer que mesmo que as ideias sugeridas neste trabalho tenham seu devido valor e importância para o tema do diagnóstico, os conceitos que aqui não puderam ser desenvolvidos poderão ser aprofundados dentro de uma pesquisa de doutorado – principalmente no que diz respeito à relação entre o diagnóstico e o tema das representações.

Referências

- ABRAHAM, Karl. “Contribuições à teoria do caráter anal” (1921). *Teoria Psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970, p.174-193.
- ANGELL, M. A Epidemia de Doença Mental. *Revista Piauí*, ed. 59, p. 45-49, Agosto, 2011.
- BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BERLINCK, Manoel Tosta “O Método Clínico I”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.10, n.3, editorial, Setembro 2007.
- BERLINCK, Manoel Tosta “O Método Clínico III”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.11, n.2, p. 191-194, Junho 2008.
- BERLINCK, Manoel Tosta. “O Método Clínico: fundamento da psicopatologia”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.12, n.3, p.441-444, Setembro 2009.
- BERLINCK, Manoel Tosta “Seminário sobre O Método Clínico II”, 2011a.
- BERLINCK, Manoel Tosta *A Caminho da saúde: considerações psicopatológicas*. Texto inédito, 2011b.
- BERLINCK, Manoel Tosta. “O neutro”. *Revista Tempo Psicanalítico*, vol. 44, nº1. Rio de Janeiro, Junho de 2012.
- BERLINCK, Manoel Tosta *Seminário de Mania-Melancolia* apresentado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.
- BERLINCK, Manoel Tosta & FÉDIDA, Pierre. “A clínica da depressão: questões atuais”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III n.2, p. 9-25, jun. 2000.
- BIRMAN, Joel. “Desposseção, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje”. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- BREUER, Joseph & FREUD, Sigmund, *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro,

- Imago, 2006 (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 2). (Trabalho original publicado em 1895).
- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV*: referência rápida – 4.ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- DIAS, M. *O Sintoma: de Freud a Lacan*. Revista Psicologia em Estudo, v.11, p. 399-405, Mai./Ago., 2006.
- DONNET, J-L. "Regra Fundamental". In: MIJJOLLA, A. de. *Dicionário Internacional da Psicanálise*: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- DOR, Joël. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991.
- DERLIEU, A. Sigmund Freud: Index général. Paris: Anthropos, 1997.
- FÉDIDA, Pierre. A clínica psicanalítica: estudos. São Paulo: Escuta, 1988.
- FÉDIDA, P. De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.1, n.3, p. 107-121, Setembro 1998.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 29-43, Julho/Dezembro 2000.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.5, n.1, p. 29-43, Março 2002.
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FREUD, Sigmund. A psicoterapia da histeria. In: Breuer, Joseph & Freud, Sigmund, *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro, Imago, 2006, p. 271-316 (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 2). (Artigo original publicado em 1895).
- FREUD, Sigmund. (1894) Obsessões e fobias. In: Freud, Sigmund, *primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 3). (Trabalho

original publicado em 1895).

FREUD, Sigmund. Fragmento de uma análise de um caso de histeria. In: Freud, Sigmund *Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 15-116. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 7). (Trabalho original publicado em 1905).

FREUD, Sigmund. (1909) Notas Sobre Um Caso de Neurose Obsessiva. In: Freud, Sigmund *Duas histórias de casos ("O pequeno Hans" e "O Homem dos Ratos")*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 137- 276. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 10). (Trabalho original publicado em 1909).

FREUD, Sigmund. Psicanálise Selvagem. In: Freud, Sigmund *Cinco conferências sobre psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 229-239. (*Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 11). (Trabalho original publicado em 1910).

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia paranoides*). In: Freud, Sigmund *O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 15-89. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 12). (Artigo original publicado em 1911).

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud, Sigmund *O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, pp. 123-133. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 12). (Artigo original publicado em 1912).

FREUD, Sigmund. Sobre a Psicanálise. In Freud, Sigmund *O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 223-229. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 12). (Artigo original publicado em 1913).

FREUD, Sigmund. Totem e tabu. In: Freud, Sigmund *Totem e Tabu e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 13-163. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 13). (Trabalho original publicado

em 1913).

FREUD, Sigmund. *Neuroses de Transferência: uma síntese*. Trad. de Abram Eksterman. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original escrito em 1914).

FREUD, Sigmund. Os instintos e suas vicissitudes. In Freud, Sigmund *Sobre a história do movimento psicanalítico, Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 117-144. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 14). (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: Freud, Sigmund *Sobre a história do movimento psicanalítico, Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, pp. 245-266. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 14). (Artigo original publicado em 1917).

FREUD, Sigmund. Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In: Freud, Sigmund *Sobre a história do movimento psicanalítico, Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 269-279 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 14). (Artigo original publicado em 1915).

FREUD, Sigmund. Conferência XVI. Psicanálise e psiquiatria. In: Freud, Sigmund *Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III)*. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 16). Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 251-263. (Artigo original publicado em 1917).

FREUD, Sigmund. O 'Estranho'. In: Freud, Sigmund *História de uma Neurose Infantil e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 235-273. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 17) (Artigo original publicado em 1919).

FREUD, Sigmund. Um Estudo Autobiográfico. In: Freud, Sigmund *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, A questão da Análise Leiga e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 11-78. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 20). (Artigo original publicado em 1925).

- GRODDECK, Georg. *O livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- DICIONÁRIO HOUAISS DE LÍNGUA PORTUGUESA. 1ª edição, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KAUFMANN, Pierre. *Dicionário enciclopédico de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- LEITE, M. Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.IV n.2, p. 29-40, Junho de 2001.
- MAGTAZ, Ana Cecília. & BERLINCK, Manoel Tosta. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.15, n.1, p. 71-78, Março 2012.
- MANNONI, Maud. *A primeira Entrevista em Psicanálise*. São Paulo: Campus, 2004.
- MIJOLLA, A. Associação (método livre). In MIJOLLA, A. de. *Dicionário Internacional da Psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- MONSENY, J. A ética psicanalítica do diagnóstico. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- MORA, J. *Dicionário de Filosofia, tomo III (K-P)*. Edições Loyola, São Paulo, 2004.
- MOREIRA, A. C. *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta/Edupfa, 2002.
- NEUTER, P. *Dicionário de psicanálise: Freud & Lacan*, 1. Salvador: Álgama, 1994.
- ORNELLAS, C. O paciente excluído: história e críticas das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- PAMPLONA, G. Uma questão diagnóstica – psicose ou histeria? In *Psicanálise e Linguagem: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- PEREIRA, Mario Eduardo Costa. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: encontros e desencontros. In *Psicanálise e Linguagem: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- PERRIER, François. *A formação do psicanalista*. São Paulo: Escuta, 1993.

- QUINET, Antonio. Como se diagnostica hoje? *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- RAMOS, C., In *Anais do V Encontro Internacional da IF-EPFCL, Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano*. São Paulo, p. 323-325, 2008.
- ROUDINESCO, Elizabeth. (1998) *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- SAURÍ, J. *O que é Diagnosticar em Psiquiatria*. São Paulo: Escuta, 2001.
- SERINO, S. *Diagnóstico Compreensivo Simbólico. Uma psicossomática para a prática clínica*. São Paulo: Escuta, 2001.
- SERPA, O. Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- STEIN, Conrad. Três Infortúnios: interpretação, diagnóstico e propósito prático In: Stein, Conrad. *O psicanalista e o seu ofício*. São Paulo: Escuta, 1988.
- STRACHEY, James Comentários do Editor inglês. In Freud, Sigmund *O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 93-96. (*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 12).