

CEP - CENTRO DE ESTUDOS PSICANALÍTICOS DE SÃO PAULO

São Paulo, 31 de Maio de 2016.

***A DIFERENÇA ENTRE O DIAGNÓSTICO FENOMENOLÓGICO E O
PSICODINÂMICO: A BUSCA POR UM “NOME” PARA OS SINTOMAS.***

Nome: Denise de Cássia Piai Lima

Ciclo I – 2016

Turma: Terça-Feira - 19:30 às 22:30.

Início meu trabalho deste Ciclo (I) com um tema proposto por mim em uma hora clínica. Um tema o qual percorre minha vida não apenas no âmbito educacional e pessoal, mas, também, no profissional: a diferença entre o Diagnóstico Fenomenológico e o Psicodinâmico.

Sou casada com um Médico Psiquiatra e trabalhamos juntos em nossa clínica voltada à Saúde Mental, cada um em sua especialidade: eu como Psicóloga e ele como Psiquiatra.

Em muitas reuniões clínicas que fazemos entre os profissionais da saúde, sempre “escuto” muitos companheiros de trabalho questionar sobre o saber Psiquiátrico, sua dinâmica, funcionamentos, base teórica e, por incrível que pareça, percebo uma busca (incessante) pelo “nome” da patologia que seus pacientes apresentam.

Pensava que esta busca aparecia apenas no discurso trazido pelos próprios pacientes. Como uma vez, uma paciente chegou na entrevista preliminar, dizendo: “eu não sei o que tenho, já passei com vários psiquiatras e recebi em cada um deles um diagnóstico diferente, comecei com depressão, depois outro me disse ser bipolar, e, por ultimo, transtorno Borderline. Posso trazer os papéis para que a Sra veja?...É porque depois desses nomes todos, eu pesquisei na internet e me identifico com todos esses”.

Logo percebi, neste discurso, que era mais uma tentativa de obter um “nome”, com o qual ela se identificaria e talvez a tranquilizaria, sabendo que estaria atrás de uma nomenclatura.

Isso me fez pensar: será que há um gozo em se obter um diagnóstico? O que será que ela esconde atrás de seus sintomas? Como será que a família entende esses sintomas e qual o uso que faz disso? Será que ela é o paciente

identificado ou o “bode expiatório” de uma dinâmica familiar? Será que esse discurso traduziria a não implicação dela no tratamento, como uma forma de dizer que não consegue porque a doença não lhe permite melhorar? Será que para ela não seja melhor ter todos esses “nomes”, do que não ter nenhum?

Então, minha “saída” deste discurso, foi convidando-a para não se preocupar com tantos nomes ganhos e sim, em falar abertamente tudo o que lhe viesse à cabeça, mesmo que lhe parecesse absurdo (como nos pede Freud), afim, de propor à ela, um encontro analítico.

Este exemplo é um de vários que recebemos em nossos consultórios. E que tem ganho um espaço ainda maior, pois está para além do *setting*. Está no discurso de todos nós, seres portadores da linguagem, que buscamos explicações sobre o que nos acomete.

Sem querer desmerecer nenhum saber, tão pouco defender qual seria o mais adequado, convido através de uma discussão teórica deste trabalho, a pensarmos sobre os dois assuntos, que ao meu entender, se completam, auxiliam e nos colocam possibilidades de interfaces. Como nos dizia Freud:

(...) O que se opõe a psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudos, sendo um a continuação do outro. (Freud, 1916, p.261).

Sendo assim, existem duas formas empregadas pelos profissionais de saúde para elaborarem uma hipótese diagnóstica sobre os pacientes: a que está dirigida pelo *insight* (psicodinâmico) e a que está fundamentada na investigação dos sintomas (descritivo). As duas formas têm suas vantagens, podendo ser integradas para que se desenvolva um estilo de entrevista que revele, sobre o paciente, informações em diversos níveis.

Para Othmer e Othmer (2003), a *orientada para o insight* tem origem no conceito de que conflitos profundos, freqüentemente com origem na infância, podem tornar-se agentes patogênicos na mente, interferindo nas ações do paciente, distorcendo as suas percepções e levando-o a apresentar sintomas, em comportamento mal-adaptado e sofrimento. Através dela é que temos um direcionamento para entendermos melhor a estrutura do sujeito e assim, auxiliar na elaboração de seus conflitos e trazê-los à consciência do paciente, na esperança de que ele possa solucioná-los. Dessa forma, o paciente quase sempre resiste a essa revelação, utilizando o que denominamos, em psicanálise, de *mecanismos inconscientes de defesa*.

Por outro lado, a *orientada para os sintomas* tem origem no conceito de que as doenças psiquiátricas se manifestam por meio de um conjunto característico de sinais, sintomas e comportamentos; uma evolução previsível; uma ocorrência familiar. Sendo assim, seu objetivo é classificar as queixas e as disfunções do paciente de acordo com as categorias diagnósticas definidas, contribuindo para a prevenção da evolução futura (prognóstico) e selecionar empiricamente o tratamento melhor, mas não nos dá possíveis conclusões quanto às suas causas. Dessa forma, ambas as abordagens são compatíveis e podem ser utilizadas de maneira eficaz.

Diferentemente da clínica psiquiátrica, o primeiro passo para “levantar” a hipótese diagnóstica na clínica analítica é o de pensarmos o ato diagnóstico como um ato deliberadamente colocado em suspenso e relegado a um devir. É quase impossível determinar, com segurança, uma avaliação diagnóstica sem o apoio de certo tempo de análise. Mas é preciso, circunscrever, o mais rápido possível, uma posição diagnóstica para decidir quanto à orientação da cura (Dor, 1997).

As referências diagnósticas estruturais advêm, então, num só registro. Não constituem elementos confiáveis nesta avaliação diagnóstica, senão à condição de se desligar, apenas, da identificação dos sintomas. A identidade de um sintoma, é um artefato a ser colocado por conta dos efeitos do inconsciente. A investigação diagnóstica precisa, então, ir além do sintoma, ou seja, atingir um espaço intersubjetivo, aquele que é ordenado pela articulação da palavra, ou melhor, pelo discurso do sujeito. É, portanto, no desdobramento do dizer que se manifestam essas referências diagnósticas estruturais, tais incisões significativa do desejo que se exprimem naquele que fala.

O diagnóstico fenomenológico se subtrai nos dados empíricos objetivamente controláveis, na medida em que só se sustenta a partir do discurso do paciente, ou seja, é no dizer que algo da estrutura do sujeito é localizável. Ora, é com a estrutura que se deve contar para estabelecer um diagnóstico. As correlações que existem entre um sintoma e a aproximação diagnóstica supõem o início de uma série de procedimentos intrapsíquicos e intersubjetivos, que dependem da dinâmica do inconsciente. Mais do que dar um diagnóstico fenomenológico ou psicodinâmico, é necessário perceber que o sintoma se apresenta como um material significante, que diz muito mais do que aparece de imediato, havendo a necessidade de se estabelecer claramente a distinção entre os *sintomas* e os *traços estruturais*, para as hipóteses diagnósticas.

A clínica psicanalítica não é uma clínica descritiva, nem fenomenológica, mas é uma clínica estrutural, na medida em que o diagnóstico se estabelece na transferência. O que não quer dizer que o diagnóstico seja um diagnóstico sobre a transferência do sujeito, considerando a transferência que ele organiza como um fenômeno a mais. Não é disso que se trata. Trata-se do fato de que, na

transferência que o discurso do paciente organiza, a partir do lugar no qual o paciente coloca o “terapeuta” é que um diagnóstico é possível (Calligaris, 1989).

O diagnóstico não é estrutural só porque a categoria nosográfica seria uma estrutura, mas é propriamente estrutural porque é um diagnóstico na estrutura, a partir da transferência e na transferência mesma.

Vale ressaltar que qualquer tipo de estruturação do sujeito, seja neurótica ou psicótica é, segundo Calligaris (1989), uma estruturação de defesa, no sentido freudiano, no sentido em que Freud fala de psicose de defesa. É uma estruturação de defesa na medida em que se subjetivar, existir como sujeito (barrado pela castração, como na neurose, ou não, como na psicose), obter algum estatuto simbólico, alguma significação é necessário para que o sujeito seja algo diferente do Real do seu corpo, algo Outro. Por isso, o sujeito se estrutura em uma operação de defesa.

Esta operação de defesa é a mesma para qualquer sujeito que se estruture, que tenha uma significação. Mas, o saber com o qual o sujeito se defende ao qual se refere à aposta neurótica é que haja “ao menos um” que saiba lidar com a Demanda do Outro, então, o saber vai ter um sujeito suposto, e a problemática de defesa vai se jogar na relação (dívida, geralmente) de cada sujeito como “ao menos um” que sabe. É, portanto, nesta relação que o sujeito se constitui e obtém uma significação.

Dessa forma, podemos pensar que o diagnóstico, de início, nos leva a interrogar o estatuto do inconsciente com relação à realidade. O que a psicanálise nos indica é que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela *realidade psíquica*. Percebemos, então, que à medida que o paciente “fala”, o psicanalista

não deve trabalhar como um leitor de fenômenos e sim como um nomeador da forma como o sujeito está inserido na linguagem.

A realidade psíquica não se reduz a realidade do ego. Sua fonte primária é o inconsciente, em sua dimensão desconhecida, que emerge através da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. Ao tratarmos do sofrimento psíquico, só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras e ações cheias de sentido. Trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece.

O diagnóstico deve aparecer, então, como estrutural e não mais fenomenológico. Sendo assim, por diagnóstico estrutural podemos por hora entender como um diagnóstico que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, cujos fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa.

Seguindo essa vertente, devemos interrogar o diagnóstico menos como uma descrição objetiva e mais como uma operação descritiva do analista, em que a nomeação da estrutura do paciente incide sobre a conduta do tratamento em vários níveis. Este tipo de diagnóstico pode nos permitir manter no horizonte a produção de uma verdade singular e a emergência de uma história única.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DOR, Joel. **Estruturas e Clínica Psicanalítica**. 4^o Ed. Rio de Janeiro: Taurus Ed., 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. **O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura**. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, Dec. 2000.

FREUD, Sigmund. **Conferencias Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916) – “Psicanálise e Psiquiatria**. Trad. Jose Luiz Meurer. Rio de Janeiro: Imago. Volume XVI.

OTHMER, Ekkhard; OTHMER, Sieglinde. **A entrevista clínica utilizando o DSMIV**. Trad Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2003.