

O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise

Ana Cristina Figueiredo e
Fernando Tenório

Este artigo discute os critérios diagnósticos em psiquiatria e psicanálise a partir de um estudo de caso assistido pela equipe multiprofissional do IPUB/UF RJ e acompanhado pela equipe da Pesquisa Clínica em Psicanálise do Programa de Pós-graduação do IPUB. Fazemos um estudo comparado entre o material da anamnese da paciente e o material da entrevista psicanalítica feita na pesquisa para demonstrar o modus operandi da psicanálise cujo cerne é fazer emergir o sujeito a partir de sua fala. Essa diferença traz sérias conseqüências na condução do tratamento.

Palavras-chave: Psicopatologia, diagnóstico, psiquiatria, psicanálise, estudo de caso

Em março de 1997 teve início, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), a Pesquisa “Diagnóstico, prognóstico e cura em psicanálise”, posteriormente incorporada à “Pesquisa clínica em psicanálise”. Essa pesquisa viria a reunir, para o trabalho na Universidade, psicanalistas filiados a diferentes instituições analíticas, bem como analistas com diferentes níveis de formação, desde aqueles com vasta experiência clínica e titulação acadêmica àqueles que, mais jovens, iniciam seu percurso estando no Instituto na condição de alunos de Pós-graduação. Junto com a Pesquisa, e como uma de suas atividades, inaugurava-se também no Instituto a prática regular da apresentação psicanalítica de pacientes. Quinzenalmente, por indicação da equipe de cuidados ou do médico assistente (em geral um residente de psiquiatria), um paciente é trazido à entrevista. Após a entrevista, a equipe e o conjunto de colaboradores da pesquisa discutem o caso, interessados não apenas na discussão diagnóstica, mas também nas possíveis indicações quanto à direção do tratamento. Em alguns casos (como o que discutiremos aqui), o trabalho se desdobra em um acompanhamento do caso, pela discussão periódica com os profissionais envolvidos na assistência.

O IPUB é, além de uma instituição de ensino, um hospital universitário, com ambulatório, enfermarias de internação, plantão de emergência e serviços-dia, entre outros dispositivos. Vale dizer, uma instituição psiquiátrica. A manutenção de uma pesquisa clínica em psicanálise, a prática regular de apresentação de pacientes e, sobretudo, o engajamento da quase totalidade dos pesquisadores na assistência levada a cabo na instituição (prestando atendimento direto

ou na forma de supervisão) denotam uma posição: a de afirmar a pertinência da psicanálise no campo de práticas destinadas ao tratamento da loucura. Entendemos a psiquiatria como um campo de saber e de práticas diversas, inaugurado pelo gesto de Pinel, campo em relação ao qual a psicanálise não está em oposição, ainda que nele introduza cortes significativos.

Sabemos como se situa a invenção freudiana em relação ao saber psiquiátrico, sobretudo quanto ao fato de que Freud desloca a loucura do registro do erro e propõe que ela é uma forma particular do sujeito dizer a verdade. Freud cria, assim, as condições para que se venha a reconhecer no louco o estatuto de um sujeito cuja fala tem positividade. Cria, em última análise, novas referências para o campo terapêutico da psiquiatria, referências a tal ponto relevantes que, em maior ou menor escala, têm sido convocadas a cada vez que se quer fundamentar uma mudança consistente da assistência. Atualmente, o triunfalismo da psiquiatria biológica ameaça reduzir a clínica psiquiátrica à mera aplicação apriorística de condutas: feita a equivalência entre os sintomas observados pelo médico e o diagnóstico determinado nos sistemas de classificação, está dada a conduta, prescindindo-se do sujeito e de suas circunstâncias. Ao mesmo tempo, porém, o campo da psiquiatria observa o surgimento e o amadurecimento de inúmeras iniciativas de uma clínica psiquiátrica renovada. Nesta, a doença mental interessa na sua dimensão subjetiva. Trata-se de psiquiatria, não de psicanálise, mas de uma psiquiatria atravessada pela questão do sujeito. Neste contexto, a psicanálise volta a ter lugar, ajudando a constituir o campo terapêutico e as referências éticas desta psiquiatria com sujeito.

Neste artigo, a partir de um caso clínico, discutimos a lógica diagnóstica da psiquiatria e da psicanálise procurando ir além da repetição das conhecidas formulações sobre diagnóstico estrutural *versus* diagnóstico fenomenológico. Uma paciente idosa, que chamaremos aqui de Maria, trazida ao hospital pelo marido porque, segundo ele, há quatro dias deixara de se alimentar, de falar, de manter hábitos de higiene, de evacuar e de urinar. Recolhera-se à cama. Aceitou a internação sem nada falar, e não formulou, ela mesma, nenhuma queixa. Após quatro semanas de internação, recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. O caso foi apresentado pela equipe de cuidados na sessão clínica psiquiátrica (sem a presença da paciente) e, pouco depois, a equipe solicitou à paciente que participasse de entrevista psicanalítica (apresentação de pacientes), conduzida pelo Dr. Antonio Quinet, no âmbito da pesquisa acima referida. Esta circunstância permite cotejar, no específico de um caso, duas lógicas diagnósticas diferentes, com efeitos obviamente diferentes. De uma para outra, passou-se das variações psiquiátricas em torno de “transtorno depressivo”, “síndrome estuporosa” e “esquizofrenia catatônica” (uma verdadeira dispersão diagnóstica, reveladora da confusão induzida pelo reducionismo descritivo dos DSM) para um diagnóstico estrutural de histeria.

O diagnóstico psiquiátrico

A anamnese psiquiátrica apresenta como motivo da internação o quadro descrito acima (parou de falar, se alimentar, evacuar e urinar, etc.). Relata que a paciente não formula queixa e resume a história de sua doença, iniciada há pouco mais de vinte anos, com internação por quadro de apatia, mutismo, recusa de ingestão alimentar e insônia. Desde então, passou por cerca de vinte internações, sempre com o mesmo quadro. Essas internações duravam de trinta a quarenta dias e, nelas, a paciente era, invariavelmente, submetida a uma média de cinco sessões de eletroconvulsoterapia (ECT), aparentemente a única terapêutica que a fazia sair do quadro estuporoso. Nessa última internação a paciente é atendida pelo psiquiatra que apresenta o caso pela primeira vez, tendo a paciente saído do quadro e recebido alta sem haver sido submetida a ECT. A remissão se deu com o uso de benzodiazepínicos e acompanhamento pela equipe.

A anamnese registra ainda que não há relatos da paciente, em qualquer momento de sua evolução, escutar vozes, ver vultos, ter episódios de humor exaltado ou mania de grandeza. Desde a internação até o momento do exame, a paciente não defecara nem urinara, e se recusara a ingerir alimentos. Ao exame, resiste ativamente às mobilizações dos membros, tranca os lábios, cerra os dentes, e mostra resistência ao exame físico e às tentativas de erguê-la do leito. O médico descreve atitude negativista, mutismo, hipovigilância e hipotenacidade, humor triste, afeto esmaecido, hipocinesia, hipopragmatismo e negativismo ativo.

Finalmente, o diagnóstico. O diagnóstico sindrômico indicado pelo médico é o de síndrome catatônica – na sessão clínica, apontou-se que este diagnóstico estaria mais exato se definisse a síndrome como estuporosa. O diagnóstico nosológico foi estabelecido segundo os dois sistemas internacionais de classificação – a *Classificação Internacional de Doenças* (CID), da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão (CID 10); e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição (DSM-IV). Nos termos da CID 10, o diagnóstico nosológico foi de “transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos”. Nos termos da DSM-IV, “transtorno depressivo maior recorrente, severo, sem sintomas psicóticos, crônico, com características catatônicas”. Como diagnóstico diferencial, isto é, como segunda hipótese diagnóstica, menos provável, mas da qual o quadro ainda não fora completamente diferenciado, foi indicada esquizofrenia catatônica.

Temos, portanto, síndrome catatônica; síndrome estuporosa; transtorno depressivo recorrente com sintomas psicóticos; transtorno depressivo maior recorrente sem sintomas psicóticos; e, finalmente, como diagnóstico diferencial, esquizofrenia catatônica. Convém entender o que isso quer dizer.

A começar pela distinção entre diagnóstico sindrômico e diagnóstico nosológico. Como se sabe, uma síndrome é um conjunto de sinais e sintomas. Não é, por assim

dizer, a doença de fundo. Por exemplo, nos termos da psiquiatria, uma síndrome delirante-alucinatoria (isto é, a ocorrência de delírios e alucinações) pode se dar em uma esquizofrenia, uma psicose reativa breve, uma psicose maníaco-depressiva (nos termos atuais, transtorno afetivo bipolar), etc. A síndrome seria o conjunto de delírios e alucinações, e a doença de fundo, se podemos chamá-la assim, seria a esquizofrenia, ou a PMD, etc. O diagnóstico sindrômico, portanto, descreveria esse conjunto de sinais e sintomas, sem definir a doença de fundo. Já a nosologia é, como está no dicionário, “o estudo das moléstias”. O diagnóstico nosológico, portanto, indicaria qual é a “moléstia”, qual é a doença de fundo, nos termos da nosografia psiquiátrica (nosografia, por sua vez, é a “descrição metódica das doenças”).

O primeiro objetivo dessa distinção estaria em orientar a clínica mais imediata, no sentido de sistematizar, pelo diagnóstico sindrômico, os sintomas que devem ser atacados, sobretudo porque as terapêuticas em psiquiatria são “sintomáticas”. Por exemplo, o lítio não “cura” o transtorno bipolar de humor, mas estabiliza seus sintomas; os fármacos antipsicóticos não “curam” a esquizofrenia, mas controlam seus sintomas positivos, do tipo alucinação e delírio. O diagnóstico sindrômico teria ainda a função de orientar o próprio diagnóstico nosológico, uma vez que certas síndromes não ocorrem em certas patologias, ou são patognomônicas de uma patologia, etc. O diagnóstico nosológico, identificando a doença propriamente dita, orienta uma intervenção de mais longo prazo e de alcance supostamente mais profundo. Inserir o quadro clínico nos termos da nosografia, isto é, decrevê-lo nos termos de categorias psicopatológicas generalizáveis, permite uma avaliação prognóstica, permite que se escolha a terapêutica segundo uma relação de custo e benefício mais ou menos conhecida, etc. Deve-se notar que essa distinção entre síndrome e nosologia, entre sintomas e doença, não equivale à distinção psicanalítica entre fenômenos e estrutura, porque mesmo o diagnóstico nosológico é fenomenológico (e, seguindo uma tendência atual, cada vez mais “sindrômico”, como desenvolveremos adiante).

Voltemos ao caso. O diagnóstico sindrômico de estupor levou aos seguintes diagnósticos de fundo: “transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos” (CID 10); e “transtorno depressivo maior recorrente, severo, sem sintomas psicóticos, crônico, com características catatônicas” (DSM-IV). Sendo diagnósticos bastante descritivos, explicam-se praticamente por si mesmos, não havendo muito o que acrescentar do ponto de vista psiquiátrico. Salvo, é claro, a contradição na qual o primeiro diagnóstico afirma que há sintomas psicóticos, e o segundo o desmente, afirmando que não há sintomas psicóticos. A possível explicação está no fato de que a CID inclui o “estupor depressivo” como um dos sintomas que caracterizam o episódio como “episódio depressivo grave com sintomas psicóticos”, ao passo que a DSM condiciona essa classificação à presença de alucinações e delírios. Assim, o que à primeira vista parece um erro grosseiro do

médico revela-se um “erro” mais sutil – atribuível não ao médico, mas aos próprios sistemas de classificação – e que consiste em que as minúcias classificatórias obscureçam a questão clínica essencial: de que natureza é o estupor? O afeto depressivo acompanha aí uma neurose ou uma psicose? Ou, ainda, o estupor catatônico, diferindo do estupor dissociativo, suporia uma diferença marcante entre psicose e neurose no campo nosológico?

Na rubrica “episódio depressivo grave com sintomas psicóticos”, a CID 10 adverte o clínico de que o estupor depressivo deve ser diferenciado da esquizofrenia catatônica e do estupor dissociativo. Provavelmente levado por sua impressão inicial, um tanto equivocada de síndrome catatônica, e não estuporosa, o psiquiatra indica como diagnóstico diferencial apenas a esquizofrenia catatônica. Se tivesse procurado por estupor dissociativo, teria encontrado uma descrição semelhante ao quadro observado: “O estupor é diagnosticado com base em uma diminuição extrema ou ausência de movimentos voluntários. O indivíduo deita-se ou senta-se amplamente imóvel por longos períodos de tempo. Fala e movimentos espontâneos e propositais estão completa ou quase completamente ausentes. Ainda que algum grau de perturbação de consciência possa estar presente, o tônus muscular, a postura, a respiração e, algumas vezes, a abertura e os movimentos coordenados dos olhos são tais que fica claro que o paciente não está adormecido nem inconsciente”. Para que esse estupor seja considerado como dissociativo, é preciso ainda que não haja “evidência de causa física”. No caso de que tratamos, a paciente chega ao hospital recusando-se a falar, comer, defecar e urinar. A um estímulo do médico responde com “um ligeiro entreabrir de olhos, com uma momentânea fixação do olhar”. Durante o exame, a paciente “resiste ativamente às mobilizações dos membros e tranca os lábios, cerra os dentes, e mostra resistência ao exame físico e às tentativas de erguê-la do leito”.

O que temos, então? Uma paciente que chega ao hospital em estupor, recusando-se a falar. Em função de seu mutismo inicial, o médico não consegue avaliar uma série de itens da súmula psicopatológica, mas, de todo modo, não vê evidências de sintomatologia psicótica positiva (alucinações e delírios), nem no quadro atual, nem na história pregressa. Só há, a rigor, um único aspecto sobre o qual o médico é capaz de uma afirmação peremptória: a paciente “resiste ativamente” à sua intervenção, mostra um “negativismo ativo”. Temos, ainda, que a paciente vem trazida por um marido que diz ao médico que ela “só sai com ECT”. Dessa vez, porém, sai do estupor com benzodiazepínicos, sem a eletroconvulsoterapia, e segundo o relato da equipe que a acompanhou, no contexto de um atendimento intensivo realizado “ao pé do leito”.

Deixando para trás a profusão descritiva dos manuais, e reduzindo a clínica à sua expressão mais simples, o que temos finalmente? Em psiquiatria, a síndrome de estupor aponta para esquizofrenia catatônica; depressão (psicótica ou neurótica); ou

transtorno dissociativo (histeria). O estupor seria o sintoma; e esquizofrenia, depressão ou transtorno dissociativo as doenças. Nos termos da psicanálise, depressão não é doença, mas um estado, um afeto, que se encontra nas duas estruturas, neurose e psicose; e “transtorno dissociativo” denota histeria. No caso apresentado, não há qualquer indício de esquizofrenia; tampouco há sintomatologia psicótica evidente. Logo, a distinção entre depressão neurótica ou psicótica, bem como a hipótese de histeria, dependem de algo que está ausente da apresentação psiquiátrica: a fala da paciente. Poder-se-ia dizer que sua fala está ausente porque a paciente esteve em mutismo. Sim, mas ainda durante a internação ela saiu de seu mutismo, chamou o médico pelo nome, pediu licença para passar o carnaval em casa, etc. E saiu do mutismo, segundo relato, porque conversaram com ela intensivamente, ao pé do leito. Por sinal, teve alta e foi indicada para acompanhamento ambulatorial. Logo, essa “conversa” está ausente da anamnese psiquiátrica porque ela importa cada vez menos para a fundamentação de um diagnóstico em psiquiatria.

Se é como objeto que a paciente se apresenta no hospital, chama a atenção que ela esteja, na anamnese psiquiátrica, impedida de comparecer como sujeito, uma vez que nada aparece de sua fala. De fato, o diagnóstico em psiquiatria é uma “agregação de sintomas” (SARACENO, ASIOLI e TOGNIONI, 1994, p. 13), e essa é uma clínica do olhar, mais do que da escuta. Fazer falar é o ofício do psicanalista. Vejamos, então, como comparecem, na fala da paciente, a distinção entre psicose e neurose, e a hipótese de histeria.

Um raciocínio diagnóstico pela psicanálise

Dissemos que a resposta a nossas indagações, temos que buscá-la na fala da paciente. Ausente da apresentação psiquiátrica, é protagonista na apresentação psicanalítica de pacientes. Aqui, não apenas o paciente é chamado a comparecer de viva voz como a entrevista é conduzida de modo a fazer comparecer o sujeito. Podemos dizer, portanto, que a apresentação tem tripla função: de *transmissão*, permitindo aos mais jovens acompanhar o trabalho de um analista “ao vivo” (único contexto em que isso é possível, ainda que o analista esteja numa situação atípica); de *diagnóstico*, mais-além dos fenômenos; e de *encontro clínico*, cujos efeitos são imprevisíveis.

No que diz respeito ao diagnóstico da paciente aqui em questão, orientando-nos pelo recorte que a psicopatologia psicanalítica faz na nosologia psiquiátrica, nossa indagação deve ser: é psicose? É neurose? Nesse caso, é neurose obsessiva? É histeria?

Uma primeira observação indica, já, o seguinte: não há na entrevista, como veremos, maior evidência de psicose; não há nada da ordem de uma neurose obsessiva; por eliminação, temos uma indicação diagnóstica de histeria. No entanto,

essa indicação, dando-se por eliminação, ainda não está justificada teórica e clinicamente. Nossas tarefas, então, são duas: interrogar se, efetivamente, podemos descartar o diagnóstico de psicose; e positivar o diagnóstico estrutural de histeria.

Quanto à hipótese de psicose, a apresentação deprimida da paciente, estupefata, entregando-se como objeto ao leito, ao marido e ao eletrochoque, indica a necessidade de interrogar se não se trata de uma melancolia. Em que medida o estupor da paciente não é uma resposta a um Outro absoluto, “caindo como objeto para descompletá-lo”, como aponta Alberti (1997, p. 223)? Na depressão profunda, o melancólico está “todo submetido ao Outro, até o ponto do estupor” (Ibid.). É certo que as aparências enganam, mas é preciso tomá-las em consideração, ainda que para perceber esse engano, e fenomenologicamente as duas descrições se assemelham.

Na vertente da psicose, o que temos que buscar? Temos que buscar, nessa fala, os fenômenos elementares (que são as alucinações verbais, o automatismo mental e, sobretudo, os distúrbios de linguagem). Em se tratando de melancolia, temos que observar o que é seu traço mais característico, a auto-acusação, que possui o estatus de um delírio. Finalmente, temos que discernir a posição do sujeito face ao lugar do Outro – se uma posição reduzida a objeto de gozo do Outro, que adquire consistência (psicose), ou se numa posição de responder pela fantasia ao enigma do desejo opaco do Outro, que perde consistência de gozo (neurose). Na vertente da neurose, temos que indagar se há uma dialetização possível da posição frente ao Outro; indagar sobre a divisão do sujeito.

Resumidamente: não há na fala da paciente à entrevista algo que é fundamental na melancolia, a auto-acusação. A dor, tão enfatizada por Freud em “Luto e melancolia”, também não aparece intensamente. Ao contrário, ela diz que sua vida é boa quando não está doente e que se não fosse a doença ela seria feliz. A doença, por sua vez, não mostra a centralidade do “eu” que se observa na melancolia. Ela vem de fora, “de repente”. Também não se observam, na fala da paciente, os distúrbios de linguagem que caracterizam a psicose (neologismos, frases interrompidas, vazios de significação...), bem como alucinações ou delírios que traduzam a morte do sujeito. Do ponto de vista da psicose, resta interrogar a posição frente ao Outro, o que podemos fazer no desenvolvimento da hipótese de uma neurose histérica.

Interroguemos, portanto, o diagnóstico de histeria. Temos como ponto de partida a definição que Maria dá de sua doença: sua doença é *não falar*. Reiteradamente, ao longo da apresentação, a paciente é questionada sobre sua doença e responde da mesma maneira. O início da entrevista é emblemático: o psicanalista pergunta qual é o seu problema e Maria responde: “Há 18 anos que eu venho assim doente, né? Não como, não bebo, não tomo banho, só fico em cima da cama, não falo com ninguém”. O analista pede que explique melhor e ela diz: “Há 18 anos que eu venho doente, não como, não bebo, não tomo banho, não falo com ninguém, só

em cima da cama”. Ele insiste, ela responde: “A doença vem de repente”. Ele pede um exemplo: “Ah, ela vem eu começo a ficar deitada, né? Começo ficar deitada, aí... aí eu fico... sem comer, sem beber, já não falo mais com ninguém.”

Nesse pequeno fragmento, nessas primeiras linhas, já temos muita coisa: 1) *sua doença é não falar*; 2) sua doença vem de fora, de repente, isto é, *não há uma implicação subjetiva*; 3) o *não falar* não é apenas sua doença, mas também *a posição que Maria ocupa na entrevista*.

Avançando na entrevista, encontramos outros elementos desse *não falar*. Na trilha de não se implicar, a paciente diz que sua doença é “de família” e aponta vários parentes que sofreram da mesma enfermidade. Entre eles um irmão que “também morreu dessa doença (...) também era calado”. Diz ela: “A doença dele era assim quase igual à minha, calada”. Logo adiante, em resposta a uma pergunta, afirma que vem “nervosa já desde pequena” porque “assistia a doença” desse irmão. E descreve uma cena: “Ele ficava nervoso, ficava sem falar, a minha mãe ficava falando com ele, ele não respondia, ficava assim nervoso, aí eu também, eu ficava nervosa”. Tinha, então, cinco anos. Instada a falar sobre isso, acrescenta: “Eu ficava assim também... querendo falar também, e não falava”.

Esses fragmentos já acrescentam algumas coisas mais: 4) sua doença é igual à do irmão, o que permite pensar num *sintoma formado por identificação*; 5) essa doença (e essa possível identificação) está associada a uma *cena, que envolve o irmão e a mãe*; 6) essa doença não é apenas não falar, mas *querer falar e não falar*, o que mostra a *divisão do sujeito* em seu sintoma, ou na posição à qual está identificada.

Esse último ponto fica evidente também em outra fala da paciente sobre sua doença, quando diz que o que tem não é “loucura”: “... eu sou normal, né? Eu sei o que tá se passando (...) Eu só fico mesmo sem comer, sem beber, sem falar, mas eu sei de tudo. Só não falo”.

Finalmente: Maria comete um único lapso durante a apresentação. Um só, mas suficiente. No início da entrevista, dissera mais de uma vez que vem doente há 18 anos. Adiante, é perguntada sobre quando sua doença começou: “aos dezoito anos”. Dezoito anos? “É. Eu tava com 46 anos”.

Dezoito anos, ela já o contara antes, foi a idade em que Maria se casou. Na ocasião, seus pais não aprovavam que ela se casasse. Instada pelo noivo a fazer uma escolha, fugiu de casa com ele. Em torno disso, aparece na fala de Maria uma segunda cena: sua mãe não queria perdô-la, então seu pai “ajoelhou nos pés dela e pediu pra ela me perdoar. Aí ela me perdoou. Aí ela disse assim ‘tá vendo, ele gosta de você...’”

Esse novo fragmento nos dá mais alguns elementos: 7) mostra a presença do *recalque, corroborando a idéia de uma estrutura neurótica*; 8) é uma *indicação do inconsciente* de que seus *sintomas têm relação com a forma pela qual se casou*; 9. há *mais uma cena* associada a sua doença, a do *pai de joelhos* diante da mãe, pedindo por ela, Maria.

É inevitável apontar a natureza edipiana dessa última cena: o pai mostra seu amor pela filha intercedendo em favor dela junto à mãe. Mas a cena não mostra só o Édipo: mostra, nele, um pai fraco, um pai cuja intervenção sobre a mãe é a de se ajoelhar, um pai que cumpre sua função simbólica com certa precariedade. A mãe, por sua vez, não é apenas forte, mas tirânica: “Ela gostava muito de bater, batia muito na gente; (...) eu apanhava muito”; “meu pai não dava muita opinião não, porque a minha mãe é que gostava mais de mandar”.

Se a clínica é a manifestação ordenada e articulada de elementos co-variantes, isto é, se uma estrutura é dada pela relação de alguns traços pertinentes entre si, que dispensam uma profusão fenomenológica, já temos o suficiente para uma primeira afirmação positiva do diagnóstico de histeria: há conflito, logo, há recalque, há sujeito dividido; o sintoma é formado por uma identificação com um irmão, um homem; há duas cenas que indicam uma construção fantasmática na base do sintoma, e numa delas o pai é um pai fraco, objeto de disputa entre ela e a mãe; não há implicação subjetiva, mas, ao contrário, indiferença.

No entanto, falta algo essencial, ainda que só possamos aceder a isso pela via de uma construção. Trata-se da posição desse sujeito na fantasia.

Temos uma primeira cena: o irmão deixa de falar e isso faz com que a mãe, normalmente severa, fale com ele, peça a ele que fale. Nessa cena, o mutismo do irmão coloca a mãe como desejante e faz dele objeto do desejo da mãe, não cedendo nesse momento à demanda que ela lhe faz para que fale.

Aos 18 anos, Maria foge de casa para consumir um casamento que os pais não aprovam. Temos, então, a segunda cena: o pai de Maria se ajoelha diante da mulher, intercedendo em favor da filha face a uma mãe tirânica.

Há ainda um terceiro tempo, o do desencadeamento do sintoma, quase vinte anos depois. Interrogada, a paciente não informa nada sobre esse desencadeamento, mas o lapso diz o mais importante: quaisquer que tenham sido as circunstâncias desencadeadoras, seu sintoma tem origem na forma como se casou. Ela não está doente “há 18 anos”, mas “aos 18 anos”.

Se a fantasia é a resposta que o sujeito dá ao enigma do desejo do Outro, e está na base do sintoma, podemos construir o seguinte: a posição de não falar à qual a paciente está identificada é uma posição na fantasia cujo sentido é barrar o Outro e fazê-lo desejante, faltoso, descompleto. Se o pai aparece como fraco na tentativa de barrar o gozo da mãe (barrar o Outro), a paciente se identifica ao irmão que, com seu sintoma, barra a mãe em sua demanda imperiosa. Se a paciente ocupa, na fantasia, a posição do irmão, alguém estará no lugar da mãe, que cuida, mas que fala por ela e é tirânica – no caso, o marido. Vemos, portanto, que o quadro sintomático vem fazer o Outro desejante e colocar a paciente na cena de recusa à demanda do Outro: fale, funcione, cumpra suas tarefas de dona de casa, etc.

É necessário, nesse ponto, voltar à questão da melancolia. Se há um insucesso do pai, enquanto pai simbólico, em barrar o gozo da mãe; se a paciente, para barrar o Outro, deve identificar-se como objeto e cair em posição de mortificação; não temos aí melancolia? A interrogação é inevitável. No entanto, como já dissemos, a fala da paciente não traz o delírio de auto-acusação fundamental na melancolia. Além disso, parece suficientemente fundamentada a idéia de que o estupor, o mutismo, a mortificação, entre aspas, têm mais o estatuto de sintoma (ou de *acting-out*) do que de uma resposta que vem do real. Noutras palavras, está mais na ordem do paradoxo do sintoma, de a um tempo elidir e representar o sujeito, do que de uma desapareição do sujeito. Ou nos termos mais conhecidos: tem o estatuto de retorno do recalçado, e não de algo que, foracluído no simbólico, retorna no real.

Em outras palavras, dissemos que esse sujeito não é objeto de gozo do Outro. O Nome-do-pai fez função simbólica. Aos 18 anos, Maria fez uma escolha que contrariou uma mãe tirânica. Vinte anos depois, alguma coisa desarrumou-se na posição que sustentava face a seu desejo e a esse Outro. Sua resposta foi a “dissociação”, o estupor. No entanto, o preço do sintoma é, nesse caso, altíssimo. É o preço de entregar-se ao imobilismo, ao silêncio, à tristeza, ao estupor, às internações, ao eletrochoque, para “atuar” uma fantasia.

A direção do tratamento na psicanálise, obviamente, vai no sentido inverso. De todo modo, um desarranjo já parece ter sido aí introduzido pela escolha da equipe (plena de implicações clínicas) de não responder à demanda de eletrochoque e oferecer a ela não a psicanálise, mas uma terapêutica da palavra. Como resultado dessa oferta, uma nova demanda: dessa vez, ao sair de seu mutismo, ela pede ao doutor que não lhe dê eletrochoque. Pouco antes da apresentação aqui relatada, Maria iniciou atendimento com uma aluna do Curso de Especialização em Atendimento Psicanalítico do Instituto. Nas duas entrevistas realizadas, o marido fez questão de estar junto a ela. A apresentação de pacientes foi a primeira ocasião em que o marido se viu impedido de participar. Como resultado mais imediato, primeiro efeito da apresentação, o marido alegou problemas de saúde e uma viagem para não mais trazer a paciente ao atendimento.

Semanas depois, Maria foi novamente trazida ao hospital pelo marido, novamente em estado deplorável. Dessa vez, porém, novos acontecimentos indicaram que essa entrevista pode ter tido outros efeitos. Na entrevista, fora assinalada a semelhança de seu nome com o do irmão, e também o fato de que os nomes de todos os oito irmãos e irmãs eram compostos pela palavra “amar”. Nessa nova internação, Maria voltou a sair do estupor e do mutismo sem eletrochoque. A primeira frase que disse foi: *O meu mal é amar demais.*

Um comentário final

Acompanhamos duas lógicas diagnósticas. A psiquiátrica, fenomenológica; e a psicanalítica, chamada estrutural, que se propõe a ir além dos fenômenos. Para encerrar, um último comentário.

Se o diagnóstico psiquiátrico sempre foi fenomenológico, é importante notar que, atualmente, assistimos a uma tendência na psiquiatria. Trata-se da tendência de substituir as grandes categorias (neurose, psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia, toxicomania...) por descrições especificadas de fenômenos objetivos. Um exemplo da CID 10: “transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de solventes voláteis, síndrome de dependência, atualmente abstinente, porém em ambiente protegido”. Acredite se quiser, isso é um diagnóstico e tem um número: CID 10, F18.2.21.

É importante reter, acerca disso, o seguinte. Essa é uma tendência mais ou menos recente e reflete a influência exercida pelo sistema norte-americano de classificação. A Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde (a CID) transformou-se significativamente na versão atual (a décima), aproximando-se da lógica descritiva do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Em relação à versão anterior, as categorias nosográficas da CID são cada vez mais descritivas, detalhistas, casuísticas, em detrimento das grandes categorias que já caracterizaram a psicopatologia psiquiátrica. Basta dizer que o capítulo sobre “Transtornos Mentais e de Comportamento”, da CID 10, tem mais de 360 subcategorias diagnósticas, algumas das quais ainda podem ser mais especificadas, segundo cursem com ou sem sintomas adicionais, em curso contínuo ou episódico, etc., o que eleva o número final de diagnósticos possíveis a cerca de 800.

Na introdução ao capítulo, os editores enfatizam essa ampliação como uma vantagem e tratam ainda de outras mudanças em relação à versão anterior. Uma delas é a abolição do uso da divisão entre psicose e neurose: “... os transtornos são agora arranjados em grupos de acordo com os principais temas comuns ou semelhanças descritivas”, e o termo “neurose” é reduzido a um “uso ocasional” (CID 10, 1993: 3). Em termos da própria psiquiatria, isso significa uma tendência da classificação da OMS de se aproximar da fragmentação que já caracterizava o norte-americano DSM. Sem nem mesmo chegarmos a evocar as categorias de sujeito e estrutura, o que se vê aí é um empobrecimento interno à própria lógica psiquiátrica. Empobrecimento que consiste em privilegiar a descrição dos sintomas, privilegiar a síndrome em detrimento da doença, em detrimento da categoria de doença. No que diz respeito à interessante distinção entre diagnóstico sindrômico e diagnóstico, isso resulta em eliminá-la na prática, uma vez que o diagnóstico nosológico é, cada vez mais, um diagnóstico sindrômico. Essa minúcia descritiva parece formalização, mas na verdade vem no lugar da formalização das grandes categorias. Não por acaso, os editores

reivindicam que as descrições e diretrizes diagnósticas da CID “não contêm implicações teóricas” (1993: 2).

Internamente à discussão psiquiátrica, isso não é irrelevante. Denota uma vitória hegemônica da dita psiquiatria biológica e uma derrota, talvez momentânea, daqueles que pensam a clínica em outra perspectiva. E significa um empobrecimento da clínica, o que é inclusive afirmado por muitos psiquiatras. Felizmente, no caso aqui estudado, a obediência às minúcias classificatórias não impediu que o psiquiatra e a equipe conduzissem o caso com notável sensibilidade clínica e discernimento. Não por acaso, a paciente saiu do estupor sem ECT, mas pela conversa intensiva ao pé do leito – exemplo da boa clínica psiquiátrica, resgatando a clínica como prática que se faz junto ao paciente, ao leito, e como mediação entre o universal da nosografia e o singular de cada caso.

Uma maneira interessante (porque não habitual) de marcarmos as limitações do diagnóstico em psiquiatria é recorrer a um manual interno ao seio da própria psiquiatria, mas aí dissonante. O *Manual de Saúde Mental* aqui citado (SARACENO et. al., 1994) foi traduzido, em 1991, pelo Ministério da Saúde do Brasil como um “guia básico para atenção primária”. Esse manual critica o DSM por suas “categorias diagnósticas muito articuladas e requintadas que não têm aplicação prática na realidade clínica” e elogia a CID (então na nona edição) por ser um sistema de classificação “simples e útil” e propõe um “diagnóstico em grandes categorias”. Significativamente, esse manual – psiquiátrico – divide as patologias entre aquelas caracterizadas “por um conflito entre o sujeito e suas defesas para com suas próprias pulsões” (são as “neuroses, transtornos de personalidade, distúrbios psicossomáticos, alcoolismo e abuso de fármacos e de drogas”); e aquelas que “se desenvolvem segundo uma vertente de desintegração” (são a “esquizofrenia e psicoses afetivas”). Finalmente, o manual define o diagnóstico psiquiátrico como “uma agregação de sintomas”. Adiante, afirma que, como dado isolado, o diagnóstico psiquiátrico “serve principalmente para estabelecer a estratégia de intervenção psicofarmacológica” (SARACENO et. al., 1994, p. 13-6).

Assim estabelecidas, na própria psiquiatria, as limitações do diagnóstico psiquiátrico, mencionemos o “mais-além dos fenômenos” que é próprio do diagnóstico psicanalítico. François Leguil (1986, p. 61 e segs.) define esse “mais-além” como sendo a exigência de que o diagnóstico diga “as maneiras como se repartem na estrutura os efeitos de uma confrontação com o enigma do desejo do Outro”. Leguil recorre ao grafo do desejo, de Lacan, para dar ainda outra formulação a esse “mais-além”. O grafo indica que o sujeito responde ao enigma do Outro em quatro níveis: no nível das identificações ideais, “o diagnóstico confina com a etiqueta”; no nível do eu e dos semelhantes, o diagnóstico interessa ao sociólogo; no nível exclusivo do sintoma, o diagnóstico indica o “significado do Outro”, enquanto que à clínica interessa o que resulta disso para o sujeito; logo, o diagnóstico deve ser situado no nível em que a fantasia se implica no sintoma.

Foi o que se tentou desenvolver no diagnóstico psicanalítico do caso de que tratamos aqui. No entanto, em psicanálise, o diagnóstico é de estrutura, mas é também sob transferência. O que exige mais uma palavra sobre a apresentação de pacientes. Nela, é discutível dizer que se está sob transferência. Todavia, o analista não abre mão de ocupar um lugar, e de fazer um trabalho que venha produzir uma certa fala, que possa, idealmente, mostrar algo da posição do sujeito na fantasia (assim foi na apresentação aqui relatada, como pudemos ver). Portanto, não se trata apenas de dizer que a fala do paciente está presente na apresentação psicanalítica e ausente na psiquiátrica (na psiquiatria mais fiel à tradição clínica, a fala do paciente também está presente). Trata-se de que na apresentação (entrevista) psicanalítica, essa fala é produzida, num certo registro da transferência, no registro de um certo endereçamento. Aí reside a tentativa do mais-além dos fenômenos. O mais-além dos fenômenos é a relação, a posição diante do outro.

Assim como um diagnóstico decorre de uma definição prévia (explícita ou implícita) sobre a função de uma terapêutica, também influencia, ele mesmo, os alcances de um tratamento. No caso aqui apresentado, o diagnóstico de transtorno depressivo recorrente só alcançará iluminar e intervir sobre cada recorrência depressiva. A psiquiatria resolve esse problema intervindo sobre as situações mais agudas e encaminhando esses pacientes para a “psicoterapia”. Certo, mas aí *começa* o trabalho. Ao propor que o diagnóstico incida não exclusivamente sobre o sintoma, mas sobre a implicação do sujeito no sintoma, a psicanálise cria as condições para que a própria intervenção clínica vá mais-além.

Referências

- ALBERTI, S. Os quadros nosológicos: depressão, melancolia e neurose obsessiva. In: *A dor de existir e suas formas clínicas*. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997.
- CID 10 / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças*. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DSM-IV / AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. DSM-IV American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- FIGUEIREDO, A.C. A relação entre psiquiatria e psicanálise: uma relação suplementar. *Informação psiquiátrica*, v. 18, n. 3, p. 87-9, 1999.
- FREUD, S. Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.
- KAPLAN, H. e SADOCK, B. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- LEGUIL, F. Mais-além dos fenômenos. In: *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
SARACENO, ASIOLI e TOGNONI. *Manual de Saúde Mental*. São Paulo: Hucitec, 1994.

Resumos

El trabajo discute los criterios diagnósticos en psiquiatría y psicoanálisis basándose en el estudio de un caso conducido por el equipo multiprofesional del Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro (IPUB/UFRJ) y acompañado por el equipo de Investigación Clínica en Psicoanálisis del Programa de Postgrado del IPUB. Se hace un estudio comparado entre el material de la anamnesis psiquiátrica de la paciente y el material de la entrevista psicoanalítica para demostrar el modus operandi del psicoanálisis, cuya esencia es hacer emerger el sujeto a partir de su palabra. Esa diferencia acarrea serias consecuencias en la conducción del tratamiento.

Palabras clave: Psicopatología, diagnóstico, psiquiatría, psicoanálisis, estudio de caso.

Cet article discute les critères diagnostiques en psychiatrie et en psychanalyse à partir de l'étude d'un cas clinique assisté par une équipe multiprofessionnelle à l'IPUB/UFRJ et suivi par des chercheurs de la Recherche Clinique en Psychanalyse du Programme de Post-graduation de l'IPUB. Nous développons une étude comparée entre le matériel de l'anamnèse psychiatrique et l'entretien psychanalytique pour démontrer le modus operandi de la psychanalyse dont le principe fondamental est de faire apparaître le sujet par sa parole. Cette différence apporte des conséquences importantes pour la direction du traitement.

Mots clés: Psychopathologie, diagnostic, psychiatrie, psychanalyse, étude de cas

This article discusses diagnostic criteria in psychiatry and psychoanalysis based on a case study of a patient assisted by a multi-professional team at IPUB/UFRJ and followed up by professionals in Clinical Research in Psychoanalysis of the Post-graduate Program at IPUB. A comparative study is presented between the material from the psychiatric anamnesis of the patient and from psychoanalytic interviews in order to demonstrate the modus operandi of psychoanalysis, the main objective of which is to help the subject emerge through speech. This fact brings up important consequences in the handling of treatment.

Key words: Psychopathology, diagnosis, psychiatry, psychoanalysis, case study

Versão inicial recebida em abril de 2001

Aprovado para publicação em dezembro de 2001