

Publicado REVISTA PSICOUSF, v.3,n.2,p.23-37,jul.dez.,1999.

O ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

The Establishment of Diagnostic in Psychoanalysis

Rita Aparecida Romaro

RESUMO

A questão do diagnóstico na prática clínica tem sido fonte de controvérsias e embaraços, quando a distinção entre diagnóstico fenomenológico e estrutural não fica bem estabelecido.

O presente artigo, inicialmente busca fazer um recorte na obra de Freud de textos que tratam da questão do sintoma e do diagnóstico, no período compreendido entre 1893 e 1917, com suas principais ampliações e reformulações. Posteriormente a questão do sintoma e do diagnóstico é abordada em uma ótica lacaniana. Conclui-se que a questão do diagnóstico abarca o sentido do sintoma, devendo permear o raciocínio do analista ou psicólogo, em todas as modalidades de atendimento clínico, não só em psicanálise.

PALAVRAS CHAVES: Psicanálise; Psicoterapia; Diagnóstico.

ABSTRACT

The question of diagnostic in clinic practice has been source of controversy and embarrassment when distinction between fenomenologic and structural diagnostic is not so established. Firstly this present article intends to cut out Freud's work, texts taking about the question of symptom and diagnostic in a period between 1893 and 1917, with its main amplifications and reformulations. Afterwards the question of symptom and diagnostic is treated in Lacan's view. We could conclude that the question of diagnostic unites sense of

symptom in all kinds of clinic attendance not just in psychoanalysis where should prevail the analyst or psychologist thoughts.

KEY WORDS: Psychoanalysis; Psychotherapy; Diagnostic.

O ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

A idéia de escrever o presente texto foi se delineando através da formulação da seguinte questão: O que é mesmo o diagnóstico na clínica psicanalítica? Como utilizá-lo em um ambulatório de saúde mental ou em uma clínica escola? Por onde passa a diferenciação entre o diagnóstico fenomenológico e o diagnóstico estrutural, tal como é estabelecido em psicanálise?

A partir de tal questionamento meu interesse voltou-se para a busca na obra de Freud de textos que tratassem a questão do sintoma e do diagnóstico, estendendo tal pesquisa para algumas considerações do ponto de vista de Lacan.

A QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL

Abordando a questão do diagnóstico em Saúde Mental, Cunha et al.(1986), aponta para a falta de um ponto nítido de separação no continuum entre saúde e doença mental, dificultando o reconhecimento dos sinais precoces de transtorno mental, não só por parte de familiares, mas também por parte dos agentes de Saúde Mental, como professores e orientadores, entre outros. Concomitantemente, existe a dificuldade em se distinguir entre um desajuste passageiro e um prolongado, ou seja, identificar entre uma situação crítica de crise e um processo psicopatológico se instalando, de forma mais sistematizada e contínua, visto ser o processo de desenvolvimento psicológico uma constante adaptação, mobilizando conflitos, ansiedades e recursos internos para o restabelecimento homeostático. Considerando-se esses aspectos, a análise dos recursos adaptativos é fundamental na distinção entre uma reação transitória a uma situação estressante, quer seja esta biológica, vital ou situacional, e uma resposta crônica, que configure uma forma de funcionamento da personalidade ao longo do tempo.

Dentro desse contexto, os sinais e sintomas, que não possuem um valor diagnóstico em si, devem ser considerados enquanto uma expressão do conflito psíquico, em busca de uma solução adaptativa, a qual se encontra intimamente relacionada ao nível de funcionamento interativo do indivíduo com seu meio, daí sua importância diagnóstica, prognóstica e preventiva. Os sinais e sintomas podem compor vários quadros clínicos, sendo que em um mesmo quadro clínico essa composição pode se expressar de modos diferentes em diferentes indivíduos, o que também pode ocorrer, ao longo do tempo, em um mesmo indivíduo.

Ramsey, in Cunha et al.(1986), salienta que qualquer padrão comportamental que interfira na continuidade dos processos adaptativos no indivíduo ou no grupo, pode ser considerado como sinal de perturbação. Assim, um comportamento pode ser avaliado como inusitado e relacionado a um distúrbio, segundo Cunha et al.(1986), tanto por sua intensidade e persistência, como por se apresentar fora da realidade ou das expectativas normais, em termos de desenvolvimento, normas culturais e exigências do ambiente.

Nesse sentido, Fiorini (1986), apresenta uma aproximação clínica constituída de níveis diagnósticos, em uma abordagem multidimensional, avaliando dez níveis de funcionamento, integrando aspectos bio-psíquicos-sociais.

Esta conceituação amplia a noção de sintoma, remetendo-nos à avaliação dos níveis de funcionamento adaptativo, como recurso diagnóstico de diferenciação dos níveis de comprometimento no continuum saúde-doença mental, o que nem sempre é facilmente distinguível.

Encontramos diversas modalidades terapêuticas que pautam-se em diferentes modelos diagnósticos, diferentes referenciais teóricos e algumas vezes na ênfase de determinados aspectos etiológicos.

Em uma atuação clínica torna-se fundamental a compreensão da problemática apresentada levando-se em conta tanto os aspectos descritivos quanto os estruturais, através dos quais inicia-se a busca do significado do sintoma.

A BUSCA DO SIGNIFICADO DO SINTOMA EM FREUD

Ao iniciarmos nossa reflexão nessa direção, optamos por nos reportarmos a questão do sintoma no final do século XIX, onde encontramos de um lado Breuer que acredita que o sintoma pode ser dissolvido através da técnica de hipnose, e de outro lado Charcot que acredita que no estado hipnótico o sintoma pode ser reproduzido. Quando Freud inicia seu trabalho, passa a considerar que os sintomas histéricos se instalam quando o indivíduo se encontra em um estado hipnóide.

O primeiro modelo teórico proposto por Freud, compreendendo o período de 1883 à 1896, possui uma base neurofisiológica, no qual ego é sinônimo de consciência e os fatos reais são considerados como fatores etiológicos dos traumas. As técnicas utilizadas são a hipnose, a sugestão e a pressão como recursos para se adentrar no inconsciente. As queixas apresentadas pelos pacientes são específicas e o objetivo terapêutico é a remissão dos sintomas.

Em 1893 em *Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos - Comunicação Preliminar*, Freud refere que a sintomatologia histérica encontra-se ligada a experiências conflitivas às quais o indivíduo não consegue ter acesso, mas que permanecem sempre presentes e atuantes. No modelo de aparelho psíquico por ele apresentado, caso a descarga psíquica não seja adequada para manter o princípio da constância, a energia excedente assume a forma de sintoma. Sua teoria centra-se na importância e consequências do trauma, considerando que somente através da hipnose o paciente pode lembrar-se da época em que o sintoma ocorreu pela primeira vez, estabelecendo uma relação causal entre o trauma psíquico e o sintoma. Considera que o trauma torna-se inacessível ao paciente, não só por sua intensidade afetiva, mas devido a impossibilidade de uma reação adequada (elaboração). Esse tipo de solução - afastar da mente - para Freud, leva seus pacientes a reações patológicas, tais como a conversão histérica, a obsessão ou a psicose alucinatória.

Em 1894, em *Neuropsicoses de Defesa*, Freud salienta que o ato de recalcar é introduzido por um esforço da vontade cuja motivação pode ser apontada ao considerar-se que o trauma pode ter se ligado a algo tão penoso para o indivíduo, que o mesmo ‘decidiu esquecer’. Em seus textos dessa época encontramos expressões tais como ‘intencionalmente recalçado’, ‘deliberadamente recalçado’. Considera como idêntico o mecanismo de formação do sintoma histérico e obsessivo, sendo as diferenças explicáveis por dois diferentes modos

de emprego da excitação: na histeria a excitação seria transferida para o corpo e nas obsessões, o afeto permaneceria no psíquico e através de falsas ligações seria associado a outras representações.

No curso de seu trabalho terapêutico, em *Psicoterapia da Histeria* (1895), Freud observa que a histeria se origina por meio do recalçamento de uma idéia incompatível, de uma motivação de defesa. Assim, a idéia recalçada permanece como um traço mnêmico fraco e o afeto dela deslocado passa a ser utilizado numa enervação somática. Dessa forma, a idéia se torna patogênica. Nesse artigo Freud salienta a dificuldade de se ‘obter uma idéia pertinente de um caso de neurose sem tê-lo submetido a uma análise aprofundada’ (in Dor, 1994:13), mas, no entanto, também ressalta a importância de se estabelecer um diagnóstico antes de se assumir um caso.

Segundo Dor (1994), desde 1895 Freud alerta para a ambigüidade implícita no processo diagnóstico dentro da clínica psicanalítica: por um lado, apontando a necessidade de se estabelecer um diagnóstico precocemente para decidir quanto a condução da cura, por outro, salientando que a pertinência desse diagnóstico só poderá receber confirmação após um certo tempo de tratamento.

Nesse sentido, percebemos que o desenvolvimento da compreensão do sintoma na obra de Freud encontra-se intimamente relacionada com a questão do diagnóstico. Freud já se ocupava em estabelecer uma nosologia das enfermidades mentais baseada no funcionamento mental, enfatizando a integração mente-corpo, possibilitando o agrupamento de quadros em função de mecanismos psíquicos comuns, como no caso da histeria e da obsessão. Considerando-se sua articulação, posteriormente, com a terapia psicanalítica e seu enunciado sobre os mecanismos de formação de sintomas, essenciais em sua formulação da teoria das neuroses, podemos pensar que desde o início Freud já lançara a semente do método de diagnóstico estrutural.

Em 1896, nas *Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa*, Freud ressalta que o sintoma tem a mesma marca do conflito defensivo, apresentando uma análise minuciosa dos mecanismos obsessivos, estabelecendo as primeiras relações entre a obsessão e as auto-acusações, destacando as formações de compromisso e o conceito de projeção na paranóia.

Em *Carta a Fliess de 1º de janeiro de 1896*, Freud conclui que enquanto não houver uma teoria correta sobre o processo sexual, a questão da origem do desprazer que atua no recalçamento permanecerá sem resposta. ‘O rumo tomado pela doença nas neuroses de recalçamento, em geral, é sempre o mesmo: 1) a experiência sexual (ou a série de experiências), que é traumática e prematura tem que ser recalçada; 2) seu recalçamento em alguma ocasião posterior, que desperta a lembrança dela e, ao mesmo tempo a formação de um sintoma primário; 3) um estágio de defesa bem sucedida, que equivale à saúde, exceto pela existência do sintoma primário; 4) o estágio em que as idéias recalçadas retornam e no qual, durante a luta entre elas e o ego, formam-se novos sintomas, que são os da doença propriamente dita; 5) um estágio de adaptação, de ser oprimido, ou de recuperação com deformação. As principais diferenças entre as várias neuroses aparecem na maneira como retornam as idéias recalçadas; outras se evidenciam no modo como se formam os sintomas e no rumo tomado pela doença. Mas o caráter específico de uma determinada neurose reside na maneira como se realiza o recalçamento’ (Masson, 1968:165).

Em *Carta a Fliess de 21 de setembro de 1897*, Freud passa a considerar a fantasia como parte integrante do processo de recalçamento, sendo que já na carta de 31/05/1897, havia mencionado que a formação dos sintomas estava ligada às fantasias, isto é, ao recalçamento delas no inconsciente. Essa nova concepção marca a ruptura epistemológica de Freud, quando começa a abandonar a teoria da sedução e a elaborar a noção de fantasia enquanto expressão dos instintos, desenvolvendo a técnica de associação livre, destacando a importância da elaboração dos conflitos, das defesas e da repressão.

Em 1900, em seu trabalho *A Interpretação dos Sonhos*, Freud começa a descrever os mecanismos inconscientes, apresentando sua primeira tópica, onde o processo psíquico implica em formas de funcionamento mental. O recalçamento é associado com o processo de pensamento primário e secundário, ligando-se ao funcionamento do aparelho psíquico, regulado pelo princípio prazer/desprazer. O desejo pode se expressar a nível consciente, pré-consciente ou inconsciente, através de sonhos, de sintomas, sendo que o atuante é o desejo, na forma de procura de prazer, determinando as formas de buscas e as soluções.

Cabe notar que para Freud, o recalçamento determina o cerne da vida psíquica, principalmente no neurótico, ao aparecer na forma de sintomas, lapsos, tiques, chistes, pois o

que é inacessível permanece atuante ao nível do processo primário de pensamento, assim, o sintoma seria sempre sobredeterminado, sobretudo devido à condensação.

Em 1905, em *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, Freud ressalta que a teoria das psiconeuroses se afirma no fato indiscutível e invariável de que somente as noções de desejos sexuais procedentes da infância e que sofreram recalçamento durante o período de desenvolvimento infantil, são possíveis de serem revividas em períodos posteriores do desenvolvimento, e deste modo estariam aptas a suprir a força impulsora para a formação de toda sorte de sintomas psiconeuróticos.

Segundo Jones (1989), embora Freud sustentasse que todo sintoma neurótico fosse um substituto disfarçado para a gratificação sexual, deixava também claro que essa era apenas uma parte da história. ‘Os sintomas são, por um lado, funcionamento sexual disfarçado e, por outro, expressões da resistência do ego. Uma descoberta inesperada foi a de que os impulsos sexuais que criam e mantêm os sintomas são apenas em pequena parte do tipo ‘normal’: com maior freqüência são impulsos ‘perversos’ e a maioria das perversões podem ser encontradas por trás dos sintomas neuróticos. Isso levou-o a formular sua conhecida proposição: ‘*As neuroses são o negativo das perversões*’ (Freud, 1905:292).

Em *Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos*, ao salientar a questão do diagnóstico, Freud faz a seguinte consideração ‘Enquanto a análise de um caso está em andamento é impossível obter qualquer impressão clara da estrutura e do desenvolvimento da neurose. Isso é competência de um processo sintético que precisa ser executado subsequentemente’ (Freud, 1909:138).

Em 1910, em *Psicanálise Silvestre*, através de uma situação clínica Freud faz uma crítica a questão do diagnóstico precoce, que possibilita a formulação de interpretações selvagens, baseadas em uma racionalização causalista, com base em um raciocínio hipotético-dedutivo, sem considerar a formação de compromisso envolvida no sintoma.

Em 1915, em seu artigo *Repressão*, busca salientar os efeitos da repressão em três diferentes quadros clínicos: histeria de ansiedade, histeria de conversão e neurose obsessiva, levando em conta três pontos: 1) que o mecanismo de repressão não coincide com o mecanismo de formação de sintomas; 2) que existem vários mecanismos de formação de substitutos, e, 3) que os mecanismos de repressão têm em comum a retirada da catexia da energia.

Nas *Conferências Introdutórias de Psicanálise*, de 1917 Freud aborda amplamente os aspectos referentes a psicose, considerando que vários fatores precisam convergir antes que um sintoma neurótico possa formar-se, entre eles a predisposição hereditária e os fatores ambientais. Ressalta também o ganho primário e secundário dos sintomas.

Na Conferência XVII, *O Sentido do Sintoma*, Freud inicia seu trabalho diferenciando o sentido do sintoma na psiquiatria e na psicanálise, para qual os sintomas neuróticos possuem um sentido, uma conexão com a vida de quem os produz, bem como as parapraxias e os sonhos, propiciando, assim, a interpretação histórica do sintoma.

Quanto mais individual for a forma dos sintomas, mais motivos teremos para esperar que seremos capazes de estabelecer esta conexão. A tarefa, então, consiste simplesmente em descobrir com relação a uma idéia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a idéia se justificou e a ação serviu a um propósito (Freud, 1916:319).

Ao lado dessa significação individual, Freud também considera a existência de sintomas ‘típicos’ de cada quadro clínico ‘... são quase os mesmos em todos os casos, as distinções individuais neles desaparecem, ou pelo menos diminuem, de tal forma, que é difícil pô-los em conexão com a experiência individual dos pacientes e relacioná-los a situações particulares que vivenciaram’ (Freud, 1916:319). Ressalta também que são tais sintomas que nos possibilitam o estabelecimento de um diagnóstico clínico.

Laplanche & Pontalis (1982), apontam que ao longo da obra de Freud, encontramos a formação dos sintomas psiconeuróticos como sendo considerada enquanto um momento específico da gênese da neurose, devido ao retorno do recaiado após a falha do recai. Os conteúdos recaiados reaparecem de maneira deformada através das defesas, sob a forma de compromisso entre as representações recaiadas e recai, retornando na forma de sintomas, sonhos e outras produções inconscientes. Essa formação de compromisso também pode tentar satisfazer o desejo inconsciente e as exigências defensivas. Isso explica a força de resistência dos sintomas ao ser sustentado por ambos os lados.

Segundo Dor (1994), Freud salienta inúmeras vezes a dimensão potencial do diagnóstico, a importância das entrevistas preliminares (tratamento de experiência) e a necessidade de se conhecer um pouco sobre o paciente antes de interpretá-lo.

Após esse breve recorte, abordaremos alguns pontos salientados por Lacan, principalmente no que tange à questão do sintoma e do diagnóstico.

A BUSCA DO SIGNIFICADO DO SINTOMA EM LACAN

Para Lacan, o sintoma é da ordem da consciência, sendo importante compreender e analisar a qual elemento da estrutura inconsciente o mesmo vai se contrapor. O grande problema é o encaminhamento da questão - 'Como o indivíduo fica em relação a tudo isso?' O problema para Lacan não é o diagnóstico, é o desejo. Sendo que a etapa inicial do atendimento se constitui em fisgar o significante da transferência para o profissional que esteja atendendo o indivíduo, transformando a queixa em uma questão, em um caminho de reflexão.

Lacan considera o desejo humano enquanto metonímia e o sintoma enquanto metáfora, considerando que a fórmula da metáfora é uma palavra por outra. A metáfora se origina do mecanismo de condensação, que é a estrutura de sobreimposição dos significantes. A metáfora se liga a questão do ser e a metonímia à sua falta. Como sintoma é metáfora, então pode ser desmontável.

Em 'A Instância da Letra no Inconsciente ou A Razão desde Freud', encontramos as seguintes citações:

O mecanismo a duplo gatilho da metáfora é precisamente aquele mesmo em que se determina o sintoma no sentido analítico. Entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que ele vem substituir em uma cadeia significante atual, passa a centelha, que fixa num sintoma, - metáfora onde a carne ou a função são tomadas como elemento significante -, a significação inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver (Lacan, 1957:249).

... se o sintoma é uma metáfora, não é metáfora o dizê-lo, não mais do que dizer que o desejo do Homem é uma metonímia. Pois o sintoma é uma metáfora, que se queira ou não dizê-lo, assim como o desejo é uma metonímia, mesmo que o Homem zombe disso (Lacan, 1957:259).

O campo de trabalho da análise é a linguagem. O significante se antecipa ao significado. O significante, por não ser imaterial, ocupa um lugar no espaço, produzindo uma realidade - um sintoma. O inconsciente conhece apenas os elementos do sintoma analítico que tem a estrutura da palavra, colocando-se ao lado do símbolo. Nesse sentido, o sintoma revela-se e resolve-se na análise da linguagem, visto estruturar-se como uma linguagem da qual a palavra deve ser libertada.

Enquanto formação do inconsciente, o sintoma se constitui por sucessivas estratificações significantes, sendo que a seleção desses significantes não obedece a qualquer princípio estável de escolha, mas sim à ação simultânea dos processos metafóricos e metonímicos, que ocorre em função de um certo modo de gestão do desejo - que constitui a estrutura psíquica do sujeito.

A estruturação psíquica se dá em função da conflitiva edípica, que marca a inscrição do sujeito na função fálica. É o falo que permite ao sujeito regular seu desejo com referência ao desejo do outro, sendo que na linguagem existe a substituição da coisa pela palavra, como resultante de um recalque, ligado à própria estrutura da linguagem.

Em *A Significação do Falo* (1958: 271), Lacan diz o seguinte:

Essa experiência do desejo do Outro, a clínica nos mostra que ela não é decisiva na medida em que o sujeito aí fica sabendo se ele mesmo tem ou não um falo real, mas na medida em que ele toma conhecimento de que a mãe não o possui. Tal é o momento da experiência sem a qual nenhuma consequência sintomática (fobia) ou estrutural (Penisneid) que se refira ao complexo de castração tem efeito. Aqui se firma a conjunção do desejo na medida em que o significante fálico é sua marca, com a ameaça ou a nostalgia da falta de ter.

Lacan também salienta que a criança é capaz de formar um sintoma analítico a partir do momento que constata a castração da mãe, sendo que as estruturas psicopatológicas, clínicas, se estabelecem a partir do Complexo de Castração. O sintoma é a resposta ao desejo do Outro, que é o desejo materno.

Para Lacan, o sintoma está ligado ao gozo, sendo função do trabalho analítico, localizar e cortar esse gozo, colocando um limite a esse gozo para que ele não se repita compulsivamente.

sivamente. Esse limite não vem da Lei (trazida pelo Pai), mas do prazer (do simbólico, efeito da Lei).

O que está se decidindo no trabalho de análise é a posição do indivíduo frente ao seu desejo, que está vinculado ao falo (castração do outro que está velada) - à medida que se vislumbra isso, o indivíduo pode dar-se conta de seu próprio objeto de desejo, que não está no outro o que lhe permite tomar uma decisão. Lacan (1958:36), sintetiza assim esse ponto 'A interrogação do sujeito sob o que ele quer, é aquela que desenha seu gancho interrogante'. Haveria um confronto entre o que falta no Outro e o que é desejado pelo sujeito - então, ele se dá conta de seu objeto. É o desejo da mãe que cria questões para o sujeito.

Nesse contexto, o sintoma revela que o desejo do sujeito é o desejo *do* outro, não *pelo* outro. O hiato que deve ser trabalhado na análise é a ausência de desejo, sendo através de tal questão que o sujeito poderá reencontrar seu desejo, construí-lo, criar um desejo. O trabalho essencial do analista é articular o desejo, situar seu lugar. O objeto toma o lugar daquilo de que o sujeito está privado, simbolicamente privado do falo. '... é do falo que o Objeto toma a função que ele tem no fantasma, e que o desejo se constitui com o fantasma como suporte'. '... O objeto do fantasma, imagem e pathos, é este outro que toma o lugar daquilo que o sujeito está privado simbolicamente. É nisto que o imaginário se acha em posição de condensar sobre si as virtudes ou a dimensão do ser, de tornar-se este verdadeiro engano do ser...' (Lacan, 1958:57).

No fantasma está localizado, fixado, uma relação essencial do Sujeito a seu ser. O fantasma implica na hora da verdade, no reencontro de si mesmo na própria dimensão do discurso do Outro que para ele foi perdido por sua entrada nesse discurso.

Para Lacan, no final da análise o espelho se quebra, só se sabendo da estrutura do Objeto no final do processo, pois o analista trabalha com formações metafóricas. Lacan reconhece três tipos de estruturas: a neurótica, a psicótica e a perversa, sendo que o que leva uma pessoa à análise está no nível do imaginário. A análise objetiva clarear o Objeto que causa o desejo; para que se deseje é preciso que algo falte, e para faltar é preciso que tenha ocorrido a castração.

O SINTOMA, O DIAGNÓSTICO E A PSICANÁLISE

Na análise não só se busca restaurar uma ordem, mas também instaurar as condições da possibilidade de restaurá-la. Se considerarmos que o inconsciente possui uma pulsação temporal, o sintoma ocorre em um momento de fechamento, de estranhamento e num de abertura. Antes da análise existe um sintoma, que nem sempre corresponde a estrutura diagnosticada nas entrevistas preliminares

Nas entrevistas preliminares pode-se diagnosticar o *sentido dos sintomas*, sua estrutura, o ser ou não analisável. A estrutura é a parte constante que nos permite ir tecendo hipóteses. Em nível estruturalista, do ponto de vista laciano, é a posição que o sujeito assume frente à castração que diferenciará as estruturas, o que só pode ser conhecido no final da análise, depois da travessia do fantasma, quando a castração imaginada passaria à castração simbólica.

Nesse ponto coloca-se a questão: 'É possível se chegar a um diagnóstico estrutural a partir de uma entrevista preliminar?'

Quando nos reportamos à questão diagnóstica, precisamos considerar que no método estruturalista, no qual se apoia a teoria psicanalítica, o saber é *construído* ao longo de uma atividade (relação terapêutica), sendo a ênfase colocada na interação entre dois sujeitos, no qual o único instrumento disponível é a **escuta** do analista, na dimensão do discurso do analisando, para delimitar o campo de investigação - que é a estrutura do sujeito, o que implica em uma avaliação subjetiva.

Quando lidamos com fenômenos psíquicos, processos mentais, o raciocínio hipotético-dedutivo, a lógica da causalidade cartesiana não consegue explicar e apreender suas dimensões e variabilidades, pois parece não existir inferências estáveis entre as causas psíquicas e os sintomas, na determinação de um diagnóstico. Em psicanálise, é o método estruturalista o que nos permite conduzir nosso raciocínio através do discurso. Segundo Dor (1994:18) 'é no dizer que algo da estrutura do sujeito é localizável. Ora, é com a estrutura que se deve contar para estabelecer um diagnóstico'. '... o analista deve estar apto a se apoiar em certos elementos estáveis, tanto na elaboração do diagnóstico, quanto na escolha da condução da cura, que daí depende. Como veremos, esse balizamento necessita, entretanto, de uma grande vigilância'(Dor, 1994:15). Porém, não existem agenciamentos estáveis entre a natureza das causas e a dos efeitos.

Na clínica psicanalítica, o diagnóstico estabelecido ‘provisoriamente’ através das entrevistas preliminares, constitui-se em um ato deliberadamente posto em suspenso e relegado a um futuro, visto a impossibilidade de se estabelecer um diagnóstico sem um certo tempo de análise e também da impossibilidade do analista se posicionar quanto à aceitação de um paciente, considerando-se a orientação da cura, sem um posicionamento diagnóstico.

A dinâmica existente entre os sintomas e a identificação diagnóstica pressupõe a existência de um processo inconsciente, enquanto cadeia de procedimentos intrapsíquicos e interpssíquicos, que funcionam no nível do processo primário, tornando impossível o estabelecimento da equivalência sintoma - diagnóstico, visto que um mesmo sintoma pode estar presente em vários quadros clínicos. Uma mesma expressão sintomática pode estar presente em diferentes organizações estruturais, daí a importância da vigilância para com a decodificação rigorosa dos traços da estrutura em detrimento do despistamento dos sintomas. O inconsciente não pode ser empiricamente observado, sem a participação do analisando, sem suas associações, sem seu discurso.

Na medida mesmo que a formação de sintoma é tributária da palavra e da linguagem, o diagnóstico não pode deixar de se ver aí concernido. As referências diagnósticas estruturais advêm, então, num só registro. Não constituem, todavia, elementos confiáveis nesta avaliação diagnóstica, senão à condição de se os poder desligar da identificação dos sintomas. A identidade de um sintoma nunca é senão um artefato a ser colocado por conta dos efeitos do inconsciente. A investigação diagnóstica precisa, então, se prolongar aquém do sintoma, isto é, num espaço intersubjetivo, aquele que Freud definia como comunicação de inconsciente para inconsciente, com sua célebre metáfora telefônica.

Este espaço intersubjetivo é, em outras palavras, aquele ordenado pela articulação da palavra. É, então, no desdobramento do dizer que se manifestam essas referências diagnósticas estruturais, tais quais incisões significativas do desejo que se exprimem naquela fala. Essas referências nada mais são que indícios que balizam o funcionamento da estrutura subjetiva. Como tais, só podem fornecer informações quanto ao funcionamento da estrutura porque representam ‘painéis de significação’ impostos pela dinâmica do desejo. De fato, a especificidade da estrutura

de um sujeito se caracteriza, antes de mais nada, por um perfil predeterminado da economia de seu desejo, que é governada por uma trajetória estereotipada. São semelhantes trajetórias, estabilizadas, que chamarei, por assim dizer, traços estruturais. As referências diagnósticas estruturais aparecem, então, como indícios codificados pelos traços da estrutura que são, eles próprios, testemunhas da economia do desejo. Donde a necessidade, para precisar o caráter operatório do diagnóstico, de se estabelecer claramente a distinção que existe entre os 'sintomas' e os 'traços estruturais'(Dor, 1994:21/22).

O estudo de caso, então, não objetiva um encaminhamento formal precedido de um diagnóstico, mas sim, o 'por no caminho', 'por em análise', transformando a queixa em uma questão, quando o sintoma for analisável. Através do trabalho de análise opera-se algo a nível transferencial. O que se deve analisar em psicanálise é a estrutura do sintoma, que implica em uma formação inconsciente como o chiste, o lapso, o sonho, que também possuem uma estrutura de metáfora, e, se sintoma é metáfora, isso implica que também pode ser desmontável.

Do ponto de vista psicanalítico, existe uma relação entre o registro do observável (fenomenológico) e o registro da estrutura (que é transfenomenológica), e, por pressuposto, é somente através do observável que podemos nos encaminhar para um diagnóstico estrutural. A estrutura, em si, não é o observável, então, buscamos articular o que vamos observando para inferir, a partir daí, a estrutura em jogo - isto é, como funciona o observável em relação à posição subjetiva.

Nesse ponto, a discussão sobre a questão do diagnóstico nos impele a uma diferenciação de níveis e contextos. Quando falamos em diagnóstico, nos reportamos à utilização de um termo da área médica, onde cabe ao médico estabelecer um diagnóstico, utilizando-se de técnicas e instrumentos que permitam um exame direto, observável, objetivando determinar a natureza da afecção e localizá-la a nível nosológico, procurando então estabelecer uma etiologia, um diagnóstico diferencial, que o conduza à uma estratégia terapêutica, como é utilizado na psiquiatria.

Segundo Mazzuca et al. (1987) a psiquiatria norte-americana procura descrever os sintomas, as síndromes e caracterizar as distintas entidades com termos atóricos, ahistóri-

cos, que não agregam nada mais do que o estritamente observável, o que também poderia ser obtido por um diagnóstico computadorizado, que se prestaria mais a uma nomenclatura que a uma nosologia. Esse tipo de diagnóstico, positivista, permeia o estudo de caso tradicional, no qual o entrevistador comporta-se como um observador objetivo, sendo a ênfase colocada empírico, na relação sujeito/objeto.

CONCLUSÃO

Entendo por diagnóstico um esforço para a compreensão de uma dada situação ou indivíduo, considerando-se seus recursos internos e sua adaptação ao contexto no qual se insere, sempre em constante processo de mutação no espaço em que constrói sua vida e também é construído.

Sujeito e objeto, examinado e examinador, se relacionam e se transformam nesse processo, que possui inúmeras possibilidades e combinações. Nesse sentido, um diagnóstico não se esgota em um rótulo, mas constitui-se em uma forma de expressão psíquica de um ser, em um dado momento, em determinadas circunstâncias, levando-se em conta as lentes daquele que busca conhecê-lo.

Penso que a questão do diagnóstico a nível psicanalítico deva permear o raciocínio clínico do analista, do psicólogo, mesmo em situações onde uma análise não se faça possível, como no caso de determinados atendimentos institucionais ou atendimentos em clínicas-escolas, para que o diagnóstico não assuma o caráter de um estigma, mas sim de uma hipótese que deva ser constantemente questionada ao longo do processo de atendimento. Um aspecto a ser ressaltado é a importância de se ter em mente que, enquanto uma queixa não se transformar em uma questão, ela permanecerá com a inacessibilidade de um sintoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA, J.A.; FREITAS, N.K. & RAYMUNDO, M.G.B. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

DOR, J. **Estruturas e Clínica Psicanalítica**. Rio de Janeiro, Taurus Editora, 1994.

FIORINI,H.J. **Estruturas e Abordagens em Psicoterapias**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1986.

FREUD,S. (1893) Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Históricos - Comunicação Preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. II, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1894) **As Neuropsicoses de Defesa.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. III, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1895) **A Psicoterapia da Histeria.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol.II, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1896) **Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. III, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1900) **A Interpretação dos Sonhos.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. IV Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1905) **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. VII, Rio de Janeiro Imago, 1988.

(1909) **Análise de uma Fobia de um Menino de Cinco Anos.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. X, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1910) **Psicanálise Silvestre.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XI, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1915) **Repressão.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

(1916) **Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise.** In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol.XVI, Rio de Janeiro, Imago, 1988.

JONES,E. **A Vida e a Obra de Sigmund Freud.** Trad. de Júlio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro, Imago, vol.2, 1989.

LACAN,J . (1957) **A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão desde Freud.**

In : Escritos, São Paulo, Ed. Perspectiva , 1992.

(1958) **A Significação do Falo.** In: Escritos, São Paulo, Ed. Perspectiva, 1992.

(1958) **Hamlet por Lacan.** Trad. Claudia Berliner. Campinas, Escuta Editora/ Liubliú Livraria Editora, 1986.

LAPLANCHE,J. & PONTALIS,B. **Vocabulário de Psicanálise.** Trad. Pedro Tamen. São Paulo, Martins Fontes Editora Ltda,1982.

MASSON,J.M. **Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1877-1904.** Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Imago, 1986.

MAZZUCA,R; LOMBARDI,G. & LAJONQUIERE,C. **Curso de Psicopatologia V Neurosis Obsesiva.** Argentina, Editorial Tekne, 1987.