

LÓGICA DIAGNÓSTICA EM SERVIÇOS ABERTOS DE SAÚDE MENTAL: TENSÕES ENTRE PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE



Fuad Kyrillos Neto

Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ – Brasil

Rodrigo Afonso Nogueira Santos

Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ – Brasil



Resumo

O objetivo desse artigo é oferecer uma contribuição ao debate acerca da questão das lógicas diagnósticas no campo da saúde mental no Brasil. Para isso, contextualiza-se brevemente o movimento da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, apresentam-se fragmentos de um caso clínico atendido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A partir desse caso, o texto se desenvolve no sentido de discutir as tensões e consequências para a condução do tratamento em referenciais diagnósticos distintos: a classificação *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e a psicopatologia psicanalítica. Um deles refere-se aos manuais estatísticos utilizados pela psiquiatria contemporânea, fundado no conceito de transtorno mental, enquanto o outro se refere ao campo da psicanálise e diagnóstico estrutural. Dessa forma, o argumento aproxima-se da discussão sobre a utilização de uma razão diagnóstica profícua para a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conclui-se que a psiquiatria contemporânea se organiza em torno de uma lógica diagnóstica que leva à alienação dos sujeitos em um discurso pretensamente universal que os impossibilita de reconhecer sua singularidade no campo social. Entretanto, observa-se a possibilidade da clínica psicanalítica manter-se em consonância com os objetivos da reforma. O diagnóstico em psicanálise serve para orientar o tratamento a fim de que o sujeito possa se posicionar de modo menos dependente no laço social, a partir de uma aposta na singularidade do sujeito e sua desalienação.

Palavras-chave: Psicanálise. Psiquiatria. Diagnóstico. Reforma psiquiátrica. DSM.

Introdução: breve apresentação dos CAPS

O campo da saúde mental passou, no Brasil, na última década, por profundas alterações decorrentes do movimento da Reforma Psiquiátrica. O início de tal movimento, conforme afirma Tenório (2001), data de pouco mais de 30 anos e traz como marca fundamental o reclame da cidadania do louco. Constitui-se como um processo histórico de formulação crítica e prática, tendo como principais objetivos o questionamento, o debate e a elaboração de propostas para a transformação do modelo clássico de atendimento à loucura tanto em termos teóricos, quanto práticos ou mesmo ideológicos.

Assim, se atualmente o paradigma da atenção psicossocial mantém-se como o principal norteador do trabalho nesse campo, o modelo asilar, com suas internações compulsórias, se manteve hegemônico até o fim da década de 1980. A Reforma Psiquiátrica se deu pela progressiva diminuição dos leitos psiquiátricos, acompanhado de uma crescente implantação dos chamados serviços abertos.

Dentre tais serviços, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam um lugar de destaque. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS são instituições destinadas a acolher portadores de sofrimento mental grave, estimulando-os em sua integração social e familiar, assim como os apoiando em iniciativas que busquem o desenvolvimento de sua autonomia e oferecendo-lhes atendimentos médicos e psicológicos. Desse modo, a principal característica dos CAPS é buscar integrar os usuários (sujeitos psicóticos e neuróticos graves)¹ a “um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares” (BRASIL, 2004, p. 9). Assim, o CAPS se torna a principal estratégia de uma rede de serviços que tem como objetivo a construção de uma autonomia por parte de seus usuários, assim como a integração social dos mesmos. Vemos, dessa forma, um avanço significativo em relação ao modelo anterior, asilar e cronificante.

No entanto, apesar dos importantes avanços citados, o movimento da Reforma Psiquiátrica não é um movimento acabado - pelo contrário, ele se mantém em contínua reformulação, não apresentando um fim, um ponto de chegada (COUTO, 2007). E o campo da saúde mental, longe de ser um campo unificado e com práticas definidas, se mantém como um campo aberto a debates, com a constante necessidade de uma reflexão crítica dos pressupostos

teóricos que sustentam as práticas e orientam o trabalho daqueles que se propõem a atuar junto à loucura.

Diante desse contexto, considera-se profícua uma reflexão acerca do tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental, tratamento que pressupõe a condução clínica do caso a partir de um diagnóstico.

O que se vê atualmente, em relação à problemática do diagnóstico a ser utilizado nos serviços de saúde mental, são duas grandes vertentes, ou seja, dois principais modos de realizá-lo. Por um lado, temos o referencial da psiquiatria contemporânea, organizada em torno dos manuais estatísticos - o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quarta edição revisada (DSM-IV-TR) e a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10). Por outro, tem-se o referencial psicanalítico, fundado em uma clínica da escuta, em que a fala do sujeito surge como fundamental para a elaboração do diagnóstico.

Dessa forma, o presente artigo visa apresentar uma contribuição referente à questão do diagnóstico nos serviços abertos de saúde mental. Para tanto, apresentam-se fragmentos de um caso clínico, acompanhado pelos profissionais de um CAPS do estado de Minas Gerais. A partir dessa breve apresentação, o texto trata primeiramente do modo como uma paciente foi diagnosticada de acordo com os manuais estatísticos utilizados pela psiquiatria (CID-10 e DSM-IV-TR) e como se deu a condução do tratamento a partir desse diagnóstico. Após esse momento, discute-se a respeito de como o referencial psicanalítico permite realizar o diagnóstico da paciente. Posteriormente, apontam-se as possibilidades de uma condução do tratamento em consonância com as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para os Serviços Abertos de Saúde Mental.

O caso Bárbara: dependência *versus* autonomia

Uma mulher de 20 anos, aqui chamada de Bárbara, chega para atendimento em um CAPS, trazida pelo seu pai, João. O pai queixa-se que sua filha havia quebrado uma televisão, gritando que queria tirar as imagens de dentro do aparelho. Além desse ato, João relata que, dois dias antes, sua filha mostrara-se visivelmente incomodada com ele, gritando que iria achar as câmeras pelas quais ele a vigiava e quebraria todas elas.

No primeiro contato com a técnica, Bárbara mostrou-se muito agitada, mas foi tranquilizando-se conforme o atendimento se desenrolava. No decorrer da conversa, ela demonstrou grande interesse por uma peça da vestimenta da técnica, tecendo diversos elogios.

Observou-se como, ao longo dos atendimentos, esse interesse pelo campo da moda se manteve constante. Outra questão que chamou a atenção desde o primeiro contato foi a forte dependência que Bárbara apresentou em suas relações, afirmando por diversas vezes que precisava da proteção de outra pessoa. Essa forma dependente de se relacionar, no decorrer dos atendimentos, mostrou-se ainda mais intensa ao referir-se às suas relações familiares. O seu lugar frente aos pais trazia-lhe uma série de confusões, já que por diversas vezes ela afirmava que “o pai sempre fala uma coisa, e a mãe fala outra”. Além dessas questões, Bárbara afirmou nunca ter namorado ninguém.

Passadas algumas semanas no tratamento de Bárbara, João solicitou ser atendido pela mesma técnica. O objetivo desse atendimento era, segundo ele, que conversassem a respeito de sua filha. O que se observou foi um pai confuso quanto ao que acontecia com sua filha, apresentando várias teorias a respeito. Além disso, ele afirmou por diversas vezes seu grande amor por ela.

Em outro momento, Bárbara solicitou que alterassem o horário de seu atendimento. Diante da impossibilidade, Bárbara foi orientada a aguardar seu horário. A paciente ficou agitada e agrediu verbalmente funcionários e usuários do serviço. Seu pai solicitou que ela se acalmasse. Naquele momento, ela o acusa de não lhe dar autonomia e infantilizá-la.

O diagnóstico em psiquiatria

O diagnóstico em psiquiatria, com base nos manuais estatísticos, traz desde 1980 uma marca peculiar em relação ao modo como era realizado anteriormente. Nessa data, quando foi publicado o DSM-III, operou-se uma torção na lógica que sustentava os diagnósticos, uma vez que seus autores declaravam-no como um manual atóxico. Essa declaração justificou-se pelo fato de que a grande maioria dos então chamados transtornos mentais não apresentava uma etiologia conhecida (APA, 1980). Desde então, o diagnóstico pensado a partir desses manuais vem se organizando em torno de descrições de sinais e sintomas, desconsiderando a etiologia dos quadros.

Tem-se, então, o conceito de transtorno mental como o ordenador da observação e da descrição dos sinais e sintomas. Tal conceito é definido no DSM-IV-TR como:

uma síndrome ou um modelo comportamental ou psicológico clinicamente significativo, que se apresenta em um indivíduo e é associado a desconforto, incapacidade, ou um aumento significativo do risco de morte, de dor ou de

incapacidade ou a uma importante limitação da sua liberdade (APA, 2000, p. XXXI).

Desse modo, a partir do momento em que o conceito de transtorno mental torna-se o princípio organizador da lógica diagnóstica da psiquiatria, o que se vê é uma valorização das possibilidades de sofrimento que podem levar os sujeitos à clínica, sem uma reflexão acerca da natureza daquilo que os estaria levando a sofrer. Tal definição apresenta, conforme aponta Pessoti (1999), uma grande elasticidade, de modo que as possibilidades de diagnóstico se tornam por demais abrangentes. Dessa forma, tem-se a expansão do alcance do psiquiatra para queixas que anteriormente encontravam-se fora de seu campo. Assim, o conceito de transtorno mental opera um movimento curioso em que a ausência de uma reflexão acerca da etiologia - reflexão que se mostra cara à medicina - aumenta de forma significativa o alcance do campo de possibilidades da psiquiatria, em vez de diminuí-lo.

No entanto, esse proclamado ateoricismo restringe-se às citadas questões etiológicas, já que os DSMs se organizam em torno de uma lógica empírico-operacional, fundada em um pragmatismo radical (PEREIRA, 1996). Com isso, a organização desses manuais não parte de uma reflexão acerca do próprio estatuto referente a esse mental, mas da descrição e catalogação de sinais e sintomas observados pelo psiquiatra na clínica. Observam-se, dessa forma, teorias do campo da epistemologia embasando a própria forma de se organizar os DSMs, em consonância com as considerações de Calazans e Kyrillos Neto (2012).

Esse ateoricismo a respeito da etiologia suscita, ainda, outra questão interessante. Izaguirre (2011) aponta para um movimento histórico, realizado no seio da psiquiatria, para ela se firmar de vez como uma disciplina do campo médico, havendo diversas aproximações e afastamentos entre ambos. O autor cita, a partir desse movimento, uma tendência atual de construir uma psiquiatria sustentada por bases biologicistas, o que a colocaria sob os mesmos alicerces da medicina.

Mas, onde estariam, então, as bases biológicas? No sítio da APA, criado com o objetivo de apresentar os desenvolvimentos da quinta edição do DSM, há a afirmação da necessidade de uma nova revisão, pois nas décadas de 1990 e 2000, houve uma grande produção de conhecimento na neurologia, na genética e nas ciências do comportamento, expandindo em muito a compreensão acerca das doenças mentais (APA, 2012). Assim, vê-se uma contradição. Um manual supostamente atóxico, mas que é revisado por conta de conhecimentos em áreas fortemente ligadas ao campo da medicina, sendo dessa forma bastante influenciado por elas. Essa afirmação corrobora a tendência de aproximar psiquiatria e saberes de bases biológicas,

de modo que a escolha pelo ateoricismo mostra-se como uma questão estratégica. Se não é possível que seja demonstrada a etiologia orgânica, a questão etiológica é posta em suspenso até que se consiga uma prova de sua validade (CALAZANS *et al.*, 2012).

O diagnóstico psiquiátrico de Bárbara reflete diretamente os impasses de uma razão diagnóstica pautada em bases fisicalistas. O psiquiatra que atendeu Bárbara baseou-se, para diagnosticá-la, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), manual publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O capítulo dessa classificação dedicado aos diagnósticos em psiquiatria apresenta, historicamente, uma íntima relação com os DSMs. Essa relação pode ser constatada na apresentação do DSM-IV-TR (APA, 2000), onde se encontra a afirmação de que desde o primeiro DSM (publicado em 1952, assim como a sexta edição da CID) havia uma influência mútua, de modo a ser mantido um diálogo entre a APA e a Organização Mundial de Saúde (OMS) para que ambos os manuais mantivessem uma semelhança na padronização dos diagnósticos psiquiátricos.

Tal semelhança mantém-se até os dias de hoje, de modo que a cada publicação de uma nova edição da CID, uma publicação do DSM a seguiu, mantendo uma proximidade não apenas cronológica, mas também na lógica de organizar os diagnósticos psiquiátricos. Dessa forma, apesar de o psiquiatra não ter se baseado no DSM para realizar o diagnóstico da paciente, as presentes considerações também dizem respeito a esse manual, dada a sua compatibilidade com a CID-10.

Bárbara segundo a CID-10: uma profusão de códigos

No caso Bárbara, o que se nota é uma considerável variação nos diagnósticos psiquiátricos, marcados pela profusão de classificação de sintomas isolados. Na primeira avaliação, a paciente recebeu o diagnóstico F-20.9 (esquizofrenia não especificada), o que indica, a partir das anotações do psiquiatra, uma preocupação com a significativa perda do contato com a realidade, observada na fala da paciente no momento de quebrar a televisão.

Em uma segunda avaliação, o psiquiatra encontrou uma comorbidade: F-20.9 (esquizofrenia não especificada) e F-60.4 (transtorno da personalidade histriônica), o que indica o foco no humor exaltado. Posteriormente, a paciente tem o diagnóstico alterado novamente. Dessa vez ela foi diagnosticada com F-31.2 (transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos). Uma questão interessante relativa a essa e às próximas avaliações refere-se à dualidade presença/ausência de sintomas psicóticos. Bárbara foi classificada ainda

como F-31.1 (Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos) e depois novamente diagnosticada como F-31.2 em uma última avaliação.

Algumas reflexões a respeito desses diagnósticos mostram-se válidas. Uma questão que chama a atenção é o modo como o processo se mantém preso aos sintomas, de forma que as avaliações do psiquiatra resultam em diferentes diagnósticos, dependendo do estado que Bárbara chega à consulta. Dessa forma, vê-se que o médico não dispõe de ferramentas teóricas para pensar o próprio movimento realizado pela paciente na constituição de diferentes sintomas. A consequência é um acúmulo de diversos diagnósticos, resultante de um amontoado de atributos que surgem na clínica sem que haja, por parte do psiquiatra, a possibilidade de pensá-los de modo articulado (HASSAN, 2012).

O que é possível ver com esse acúmulo de diagnósticos, consequência direta da lógica descritivista que funda os próprios manuais? Sendo eles “diagnósticos bastante descritivos, que se explicam praticamente por si mesmos” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 33), vê-se um direcionamento do olhar do psiquiatra para os sintomas, tanto para diagnosticar, quanto para, a partir desses, se pensar na possível condução de um tratamento. Esse movimento de fixar-se na descrição dos sintomas (nosografia) em detrimento da lógica da doença que dá corpo e organiza os sintomas (nosologia) leva, inclusive, ao questionamento se o DSM se constitui realmente como uma psicopatologia ou como uma classificação de sintomas.

Esse mesmo movimento de progressivamente abandonar questões nosológicas para manter o foco na descrição dos sinais e sintomas é, de acordo com Figueiredo e Tenório (2002), algo relativamente novo na psiquiatria e traz uma consequência de grande importância para a presente discussão. Uma vez que o diagnóstico é baseado nos sintomas apresentados pelo paciente no momento da avaliação psiquiátrica (justamente o que ocorreu com Bárbara), a condução do tratamento será pensada a partir deles. Assim, diferentes intervenções se farão necessárias para cada diagnóstico (mesmo os de grande proximidade entre si, como os de transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com/sem sintomas psicóticos). Porém, essas intervenções sempre apresentarão sérias limitações, já que só trazem a possibilidade de intervir sobre “a doença” que o paciente traz, ou seja, sobre o suposto déficit, no momento em que esse mesmo erro se fizer presente.

O diagnóstico pela psicanálise

O diagnóstico em psicanálise se funda em uma lógica distinta da utilizada nos manuais estatísticos. Na psicanálise, a questão diagnóstica é pensada de modo que o sintoma deixa de ser o centro das atenções para se tornar um entre os vários elementos que se apresentam na clínica (NASIO, 1993). Assim, conforme apontam Figueiredo e Machado (2000), tem-se um movimento que vai do sintoma para a estrutura, já que o analista deixa de ser um leitor de sintomas para trabalhar sob transferência, “como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem” (p. 67). Desse modo, pode-se afirmar que o diagnóstico em psicanálise não se define em termos do fenômeno, mas em termos de estrutura.

A partir dessa lógica, uma reflexão acerca da função do diagnóstico em psicanálise se faz importante. Castro (2012) afirma que “a função do diagnóstico é, precisamente, se prestar a oferecer coordenadas clínicas que marquem o espaço do tratamento, dando-lhe uma direção e/ou apontando aí algumas impossibilidades” (p. 175). Assim, o diagnóstico em psicanálise, em vez de ser uma classificação de sintomas – sendo o tratamento conduzido na direção de eliminá-los – é baseado no modo como o sujeito se organiza em termos de estrutura e pensado exclusivamente a partir da escuta, ou seja, a partir da dimensão do dizer e do dito (DOR, 1991). Além disso, ele tem como objetivo fornecer ao clínico as balizas necessárias à condução do tratamento, que se dará unicamente no campo da linguagem.

Quanto ao momento de se fazer o diagnóstico, em psicanálise, não se trata da realização de avaliações com o paciente aos modos do discurso psiquiátrico. Freud (1913/1996) aponta a importância da realização de algumas entrevistas com a finalidade de definir um diagnóstico para, a partir daí, pensar as possibilidades de se conduzir o tratamento, de modo que, um erro nesse momento pode comprometer todo o trabalho. Esse período, definido por Lacan (1958/1998) como entrevistas preliminares, é crucial para o trabalho analítico, já que as consequências de se trabalhar de determinado modo, com um sujeito que tem uma estrutura que não corresponde a tal condução, podem ser desastrosas. Alonso e Fuks (2004) apontam inclusive para a possibilidade de levar o paciente a “um destino de psiquiatrização, facilitando a cronificação de um quadro que poderia apresentar considerável melhora clínica a partir do processo terapêutico adequado” (p. 184).

Seguindo esse raciocínio, a pergunta que surge é: o que a psicanálise tem a dizer sobre Bárbara? A base para tal resposta encontra-se, então, no próprio dizer de Bárbara, uma vez que é a partir de sua fala que ele poderá chegar a um diagnóstico estrutural. Dessa forma, os

sintomas que a levaram ao serviço (e como será visto, também levaram seu pai a ser atendido) não são tomados como dados empíricos para a elaboração do diagnóstico, mas como manifestações do inconsciente que, articulados a outros elementos, permitem que se defina sua estrutura (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000).

A partir dessas reflexões acerca da lógica diagnóstica em psicanálise, um questionamento se mostra válido desde o início. Seriam os sintomas persecutórios – motivo declarado pelo pai para que ele levasse sua filha ao CAPS – indicativos de uma estrutura psicótica? Tais sintomas, que de fato despertaram a atenção do psiquiatra, deixam aqui de ser o foco, pelo menos em seu aspecto observável. Isso quer dizer que o que realmente importa não é o modo pelo qual João relata o incidente da televisão ou como um observador descreve os acontecimentos, mas o discurso produzido por Bárbara a respeito de suas próprias questões. Por esse motivo, a hipótese diagnóstica de psicose não é considerada de início para que seja realizada uma escuta do que a paciente tem a dizer sobre seu mal-estar.

Alguns elementos de elevada importância para o diagnóstico surgem já no primeiro atendimento. No interesse insistente de Bárbara pela vestimenta da técnica, pode-se perceber o quanto a questão do feminino se mostra marcante. Tal questão – que pode ser escutada como a pergunta “O que é ser mulher?” – foi foco de diversas elaborações teóricas por parte de Freud, tendo em 1931 e 1933 suas últimas mudanças marcantes. Nesses textos, Freud conclui pela não existência de uma feminilidade *a priori*, ou seja, que o feminino é da ordem de uma conquista, de uma construção, firmando-se não como um ser, mas como um tornar-se. A respeito dessa construção, Tolipan (1992) aponta que a partir do encontro com a castração do Outro, o sujeito se refugiará na situação edípica, podendo assim buscar construir um saber sobre o sexo. Essa busca é evidenciada nas questões apresentadas por Bárbara. Ao se pensar no reconhecimento, por parte do sujeito, da castração do Outro, entra-se no campo da neurose. No entanto, considera-se necessária a discussão a respeito de alguns outros elementos para se organizar um diagnóstico.

As afirmações de Bárbara de que precisa de um protetor também se mostram importantes. Se por um lado ela afirma que continuamente busca alguém para protegê-la, por outro ela denuncia que ninguém pode ocupar esse lugar de modo satisfatório. Isso fica claro quando ela coloca, em alguns momentos, o pai como esse protetor, e em outros, a mãe (pode-se observar como a própria analista é colocada nessa situação de demanda por algumas vezes). Assim, ela mostra uma intensa ambivalência frente ao que se propõe a ocupar tal lugar. Esse movimento de buscar um mestre, alguém que lhe proteja e responda às suas questões, para

depois apontar a quem se propuser a ocupar esse lugar de mestria sua própria castração, é típico de uma estrutura histérica (ROITMAN,1992; DOR, 1991).

Quanto ao discurso produzido pelo pai quando Bárbara busca nele alguma resposta, o que se vê? Pode-se observar que a confusão apresentada por João acerca da filha traz a marca de um discurso que se mostra inconsistente, ou seja, vê-se um pai com dificuldades de sustentar seu lugar de modo satisfatório no que diz respeito às demandas de Bárbara. Dessa forma, se ela busca no pai uma palavra que sirva de referência para desenvolver sua autonomia – para sustentar por si própria o que é certo ou errado – e recebe uma palavra que a desorienta, ela mantém-se cristalizada no lugar de dependência, necessitando sempre de um Outro para protegê-la. Assim, conforme se observa em sua fala, Bárbara responde a essa confusão vinda do pai com suas próprias produções sintomáticas. Nota-se, então, que ela mantém-se em constante conflito frente aos discursos do pai e da mãe, o que a mostra um tanto presa no que Freud (1909/1996) chamou de “romance familiar”, situação apontada por ele como de ocorrência comum entre neuróticos.

Alguns outros elementos no discurso de Bárbara podem corroborar a hipótese diagnóstica de histeria. A questão de ela nunca ter namorado chama a atenção. Por que uma mulher de 20 anos, com um organismo fisiologicamente pronto para o sexo, mantém-se presa na impossibilidade de se entregar em uma relação? Alonso e Fuks (2004) apontam que, para a psicanálise, não se está às voltas com um organismo, mas com um corpo erógeno, representacional, ou seja, ao nível da realidade psíquica. Tal corpo, marcado pela pulsão, se diferencia do organismo biológico por estar imerso num campo de linguagem e, conseqüentemente, sujeito aos “discursos que se entrelaçam na constituição fantasmática do corpo vivente” (ALONSO; FUKS, 2004, p. 85).

Esse mesmo corpo, na histeria, apresenta uma peculiar capacidade de ser utilizado como modo de representar os conflitos vividos pelo sujeito. A impossibilidade de se relacionar com um homem mostra o quanto Bárbara traz, ao nível do corpo, sua dificuldade em construir uma resposta acerca do feminino. Tais dificuldades mostram-se de acordo com as afirmações de Nasio (1991) sobre a paradoxal vida sexual do histérico. Paradoxo que se mostra no discurso de Bárbara quando, por um lado, ela busca uma palavra para orientá-la enquanto mulher e, por outro, ela não consegue sustentar seu desejo por um homem, de modo que não consegue namorar. Pode-se afirmar, então, que ela deseja se relacionar, mas não consegue pelo fato de sua sexualidade mostrar-se de maneira desordenada.

É no corpo que Bárbara responde à inconsistência do discurso que ela encontra no pai. O episódio ocorrido na sala de espera do CAPS mostra o quanto ela utiliza seu corpo de maneira espetacular, veiculando sua dificuldade em se haver com a castração do Outro. Ao gritar com o pai, dizendo que ele não lhe dá autonomia, Bárbara parece queixar-se justamente da impossibilidade de se orientar a partir do discurso dele, frente às frustrações. Em outras palavras, diante do discurso confuso do pai, ela não consegue desenvolver modos de se haver com a castração e se utiliza do corpo para apresentar seu sintoma.

Assim, até o momento, o que se tem no caso de Bárbara é: a dificuldade em construir um saber acerca do feminino; um conflito decorrente da indefinição de se posicionar frente aos discursos do pai e da mãe; um pai que demonstra uma fragilidade em sustentar sua posição, tendo sua filha uma demanda de saber sobre a castração. Seu corpo traz a marca de todas essas questões. Tais elementos apontam para o diagnóstico de histeria.

No entanto, os primeiros sintomas apresentados no caso e que levaram Bárbara ao CAPS – os sintomas persecutórios – requer algumas reflexões a respeito do diagnóstico de histeria. Estariam eles em dissonância com o campo da estrutura histórica? Alonso e Fuks (2004) apontam para o modo como é perpassada pela obra de Freud desde suas primeiras elaborações teóricas, preocupações e considerações a respeito da possibilidade de apresentação, na histeria, de sintomas passíveis de serem tomados por manifestações de uma estrutura psicótica. A questão é que tais sintomas, apesar da semelhança com os fenômenos clínicos característicos da psicose, dependem da estrutura própria da neurose, configurando-se como loucuras históricas.

A loucura histórica, dessa forma, organiza-se de modo diferente das manifestações psicóticas. Dunker (2005) aponta para o fato de que a loucura não é uma condição estrutural, tal como a psicose, e que pode apresentar-se em qualquer estrutura. A respeito dessa questão, Veloso (2009) afirma que as manifestações caracterizadas como loucura histórica decorrem, necessariamente, do modo pelo qual se ordena a estrutura da histeria. Desse modo, tais manifestações têm como base a forma pela qual o sujeito viveu o laço com o Outro até aquele momento, sendo esse laço caracterizado simultaneamente por um apelo e uma recusa, consequentes da busca por um pai ideal, divinizado. O apelo refere-se à demanda de que esse Outro lhe dê algo, lhe faça ser alguma coisa, enquanto a recusa configura-se como a denúncia de que o que é dado pelo Outro não é exatamente o que se esperaria. Assim, vê-se um sujeito que, sem referência a esse pai ideal, não poderia sustentar-se.

Os sintomas da loucura histérica surgiriam a partir do momento em que, por uma dentre inúmeras possibilidades, esse pai ideal, que serve como referência, caia por terra, de modo que os laços não mais se sustentam e o sentido se perca. Isso faz com que o sujeito seja tomado por uma intensa angústia, que o leva a apelar para diversas providências na tentativa de reordenar seu mundo, de modo que possa ser restaurada a função do pai. Essas respostas que o sujeito cria na tentativa de reconstruir essa função paterna configuram-se como a loucura histérica.

Observa-se o quanto os sintomas de Bárbara correspondem a essas considerações. Elas se mostram válidas tanto no movimento realizado por ela em busca de um pai ideal quanto na posterior recusa a quem se propõe a ocupar esse lugar. Mostram-se válidas, ainda, nas respostas espetaculares apresentadas por ela em determinado momento, dirigindo-se a esse mesmo pai enquanto instância supostamente plena, e no modo pelo qual essa função paterna foi se restabelecendo a partir da escuta realizada no CAPS. A partir dessas reflexões, pode-se conjecturar que Bárbara tem, de fato, uma estrutura histérica, e que mesmo os sintomas mais acentuados podem ser situados nesse diagnóstico.

Considerações finais: diagnóstica e Reforma Psiquiátrica

Uma das principais mudanças operadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica é o deslocamento da noção de tratamento enquanto remissão da doença para a promoção da saúde. Tal mudança – que acompanha claramente o movimento de desinstitucionalização dos sujeitos com sofrimento mental grave para que se mantenha o foco nos serviços abertos, mantendo o objetivo de inclusão social e não de isolamento –acompanha também a presente discussão a respeito dos modos de se realizar um diagnóstico.

No percurso realizado ao longo do texto, observou-se que a lógica diagnóstica prevalente na psiquiatria mantém o foco nos sinais e sintomas, ou seja, no que o sujeito apresenta enquanto déficit. A partir daí, pensa-se a intervenção com o objetivo de obter uma remissão dos elementos que levaram ao diagnóstico, sendo ela fundada em grande parte dos casos na prescrição de medicamento (GARCIA, 2011; ESPERANZA, 2011).

Na perspectiva psicanalítica, o diagnóstico é pensado a partir da escuta do modo pelo qual o sujeito se posiciona frente ao Outro, sendo o sintoma um dentre vários elementos que, dependendo do modo pelo qual eles se ordenam, permitem que se realize a tarefa diagnóstica. Dentro dessa lógica, a condução é pensada como possibilidade de o sujeito se reposicionar

frente a seu sintoma, o qual é importante na própria constituição subjetiva, sendo, portanto, não eliminável. Duas lógicas diagnósticas distintas que levam a conduções distintas.

Mas quais as consequências de se utilizar uma ou outra lógica diagnóstica nos serviços de saúde mental? A OMS (2001) aponta para a importância de trabalhar territorialmente, ou seja, com serviços da própria comunidade da qual o usuário faz parte. Vê-se o quanto o Brasil tem se apropriado, de modo eficaz, de tais indicações por intermédio dos serviços abertos e, principalmente, com os CAPS. A questão é que o uso exclusivo do DSM como organizador dos diagnósticos nesses serviços pode trazer consequências que caminham na contramão das propostas da reforma.

Uma delas refere-se ao fato de que, ao se pensar o diagnóstico como conjunto de sinais e sintomas para eliminá-los, muitas vezes por via medicamentosa, o que se tem é um serviço que não se diferencia do hospital psiquiátrico no que tange às relações de poder. Esperanza (2011) aponta para as questões referentes às relações de poder na psiquiatria, afirmando que elas tornam-se mais importantes que os próprios fundamentos do saber. Inclusive, a respeito desse saber, Lima (2012) afirma que, na psiquiatria, ele se organiza mais em torno de consensos entre profissionais do que em evidências científicas, de modo que a questão política mostra-se mais importante que a epistemológica.

Assim, as relações de poder estabelecidas entre o profissional que faz o diagnóstico e prescreve um tratamento, e um sujeito que sofre e busca ajuda correm o risco de reeditar algo contra o qual há muito se lutou e cujo abandono se configura como um dos mais importantes avanços da reforma psiquiátrica: o saber médico totalizante dos manicômios. Esse saber que classifica, prescreve, ouve para encontrar o déficit ou, em outras palavras, aliena o sujeito em um discurso que se afirma enquanto científico. Dessa forma, corre-se o risco de transformar um serviço que tem como principal objetivo promover a autonomia e a cidadania dos seus usuários em um local que se organiza em torno de calar pela via medicamentosa o mal-estar dos sujeitos que buscam ajuda, alienando-os a um discurso que se propõe fundado no conhecimento científico. Corre-se o risco de tal serviço configurar-se mais como um ambulatório do que como um serviço territorial.

Outro problema que surge ao se tomar os manuais estatísticos da psiquiatria como ordenador do tratamento nos serviços abertos refere-se à grande quantidade de diagnósticos que pode ser realizada em um mesmo caso clínico. Esse fato, que não é um privilégio de Bárbara, mas que pode ser observado cotidianamente – já que basta uma mudança na forma pela qual o sintoma se apresenta para que haja uma mudança também no diagnóstico – leva a uma questão:

como pensar um tratamento a partir da ampla gama de diagnósticos diferentes que um mesmo sujeito pode apresentar ao longo do tempo? Tendo em vista que a função do diagnóstico é justamente a de definir a condução de determinado tratamento, há claramente aqui um impasse que pode comprometer todo o serviço. Tomar tais classificações como organizadoras do trabalho leva, invariavelmente, a uma confusão a respeito de como tratar o sujeito em um ou outro momento, em consequência do amontoado de diagnósticos realizados pelo mesmo psiquiatra.

Em contrapartida, o trabalho realizado a partir da escuta psicanalítica permite outra gama de possibilidades ao sujeito que procura o serviço. Em primeiro lugar, ao se pensar no diagnóstico a partir da palavra do sujeito, no modo como ele se ordena no campo da linguagem, põe-se em grande valia a sua singularidade, seu modo único de dizer sobre seu sofrimento, para além de qualquer tentativa de padronização. Por exemplo, no caso Bárbara, ao se determinar o diagnóstico de histeria não passou a se desconsiderar os enigmas veiculados pelos seus sintomas. O que se determinou com esse diagnóstico foi uma forma de conduzir o tratamento que possibilitasse trabalhar esses enigmas. Assim, o que se tem é uma condução específica do tratamento desses sujeitos histéricos, mas cada tratamento se dá de uma forma única, uma vez que este depende intimamente dos elementos inconscientes trazidos pelo sujeito em análise (NASIO, 1991; DOR, 1991). Pode-se observar o quanto essa lógica difere da psiquiátrica quanto às relações de poder. Aqui não há mais um sujeito alienado no saber apresentado por um Outro que ocupa o lugar de mestria (CLAVREUL, 1993), mas sim um sujeito que se apresenta em sua singularidade, sendo o tratamento pensado a partir de seu modo único de utilizar a linguagem.

Quanto à condução do tratamento a partir do diagnóstico, vê-se aqui uma maior clareza em relação aos modos de tratar a partir das categorias localizadas nas classificações psiquiátricas. Se para cada um dos vários diagnósticos obtidos por Bárbara deve ser definida uma estratégia de intervenção, tendo cada uma delas o objetivo de suprimir sintomas específicos, a partir do momento em que se elabora uma hipótese diagnóstica de histeria, tem-se um único diagnóstico que sustenta todo o trabalho, tanto clínico quanto psicossocial. Desse modo, não há o comprometimento do trabalho de modo geral, uma vez que suas diretrizes não se alteram a cada nova avaliação.

Em relação às questões psicossociais, de grande importância para as diretrizes dos serviços abertos, algumas considerações se fazem necessárias. Uma vez que, para a psicanálise, tanto a tarefa diagnóstica quanto o tratamento será pensado levando-se em conta os modos pelos

quais o sujeito constrói seu laço social, observa-se que a condução clínica organizada a partir dessa perspectiva mantém-se em consonância com os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Principalmente no que diz respeito às possibilidades de construir uma forma mais autônoma do sujeito se situar no campo social. Essa possibilidade não se restringe à neurose, ilustrada pelo caso de Bárbara. Cada qual a sua maneira, neuróticos, psicóticos e perversos têm a possibilidade de construir um laço social menos dependente a partir de um trabalho clínico bem conduzido, que tem como objetivo a desalienação do sujeito frente ao Outro. Observa-se, desse modo, um movimento contrário ao realizado pela psiquiatria no que tange à alienação/desalienação do sujeito a um significante que lhe é externo.

A respeito da questão do sujeito se alienar em um significante fornecido por um manual, quando ele passa a assumir para si o código classificatório, algumas considerações se fazem necessárias. Lima (2012) aponta o quanto os DSMs flertam com a lógica totalitária no campo das palavras a partir do momento em que seus editores afirmam se tratar de uma linguagem científica, verdadeira e universal. Essa afirmação não deixa de ter consequências graves aos sujeitos atendidos nos serviços substitutivos. Ao usar o DSM como ordenador diagnóstico no campo da saúde mental deixa-se os sujeitos, já com dificuldades em se orientar no campo da linguagem, a mercê de um discurso totalitário que afirma dizer a verdade sobre o sofrimento psíquico. Desse modo, os sujeitos, ao buscarem nos serviços uma ajuda para compreenderem seu sofrimento, obtêm um significante que os define e fecha qualquer possibilidade de trabalhar com eles novos modos para que se orientem no laço social, calando a singularidade nesse campo que tem como diretriz a inclusão na sociedade dos sujeitos a partir de suas peculiaridades.

É importante situar aqui que não se trata de desconsiderar a psiquiatria ou de diminuir seu valor no que se refere ao campo da saúde mental. O problema desenvolvido no texto refere-se às possíveis consequências de se tomar os manuais estatísticos que ordenam o saber psiquiátrico atualmente como as principais formas de se organizar um diagnóstico nos serviços abertos. Tais consequências são: a possível transformação dos serviços em ambulatórios, onde se realiza o diagnóstico e se prescreve um tratamento quase sempre medicamentoso; a cristalização do sujeito em um discurso pretensamente científico, sem que haja um espaço para este sujeito se apresentar como portador de um mal-estar que é único, com potencialidades que só podem ser conhecidas a partir de um trabalho de escuta, comprometendo assim todo o trabalho posterior referente às questões psicossociais; por este mesmo motivo, mostrar-se como um contraponto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica de desenvolvimento da autonomia dos usuários dos serviços abertos.

Não se trata também de uma divinização da psicanálise frente ao atual discurso psiquiátrico. A questão aqui afirmada é que a psicanálise em sua diagnóstica e clínica tem contribuições a oferecer no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira para que os sujeitos portadores de sofrimento mental busquem seus laços com suas peculiaridades.

LOGIC DIAGNOSIS IN MENTAL HEALTH SERVICES OPEN: TENSIONS BETWEEN PSYCHIATRY AND PSYCHOANALYSIS

Abstract:

This article goal is to contribute with the debate on the diagnostic logic in the Brazilian mental health field. In order to accomplish that, it describes briefly the Psychiatric Reform movement. Subsequently, we present fragments of a clinical case treated in a Psychosocial Care Center (CAPS). From this case, the text develops towards the discussion on the tensions and consequences to conduct the treatment with distinct referential diagnoses: the classification Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the psychoanalytical psychopathology. One of them refers to the statistical manuals used by contemporary psychiatry, based on the concept of mental disorder, while the other refers to the field of psychoanalysis and structural diagnosis. Thus, the argument approaches the discussion about a diagnostic logic for the Brazilian Psychiatric Reform proposal. We conclude that contemporary psychiatry is organized around a diagnosis logic that alienates the subject in a speech supposedly universal, which makes it impossible to recognize its uniqueness in the social field. On the other hand, there is the possibility of maintaining the psychoanalytic in line with the goals of the reform. The diagnosis in psychoanalysis serves to guide treatment so that the individual can place itself less dependent on social ties, betting on the uniqueness of the subject and his alienation.

Keywords: Psychoanalysis. Psychiatry. Diagnosis. Psychiatric reform. DSM.

Referências

ALONSO, S. L.; FUKS, M. P. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM 5: the future of psychiatric diagnosis*. 2012. [Online]. Disponível em: <www.dsm5.org>. Acesso em: 25 de mar. de 2013.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4nd ed. Text Revision. Washington, D. C.: APA, 2000.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, D. C.: APA, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. [Online] Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

CALAZANS, R. *et al.* Manifesto de São João del-Rei - Brasil - em prol de uma psicopatologia clínica. In: CALAZANS, R.; KYRILLOS NETO, F. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 183-200.

CALAZANS, R.; KYRILLOS NETO, F.; DSM: nova versão, velhas questões, antigas pretensões. In: CALAZANS, R.; KYRILLOS NETO, F. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 9-15.

CASTRO, J. E. A ética da psicanálise e o DSM ou, respectivamente, psicopatologia ou antipsicopatologia? In: CALAZANS, R.; KYRILLOS NETO, F. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 163-182.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense. 1983.

COUTO, M. C. V. À guisa de apresentação: a saúde mental sob o marco da saúde pública. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB, 2007. p. 9-12.

DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991.

DUNKER, C. I. L. A loucura histérica e a psicose. *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 57-72, nov. 2005.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 53-61.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 65-86, 2000.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, ano V, n. 1, p. 29-43, mar. 2002.

FREUD, S. 1933. A feminilidade. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. 1931. A sexualidade feminina. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. 1913. Sobre o início do tratamento. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. 1909. Romances familiares. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA, G. A psicanálise e as terapias milagrosas. In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 45-52.

HASSAN, S. H. Conversações da psicanálise com a psicopatologia. In: CALAZANS, R.; KYRILLOS NETO, F. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 17-30.

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-VI. In: FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 13-22.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LIMA, R. C. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: CALAZANS, R.; KYRILLOS NETO, F. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 96-113.

NASIO, J.-D. *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

_____. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental-nova concepção, nova esperança*. Genebra: Direção-geral da saúde, 2001. 29 p.

PEREIRA, M. E. C. *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para que?* [Online]. Disponível em: < <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

PESSOTTI, I. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34. 1999.

ROITMAN, A. Procura, Dora. In: KATZ, C. S. (Ed.). *A histeria, o caso Dora: Freud, Melanie Klein, Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB, 2007. p. 13-28.

TOLIPAN, E. Dora e a questão da mulher. In: KATZ, C. S. (Ed.). *A histeria, o caso Dora: Freud, Melanie Klein, Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Imago. 1992.

VELOSO, H. Psicose e discurso no contexto da teoria lacaniana. *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, Jun. 2009.

¹ Para maiores detalhes sobre a caracterização dos usuários de CAPS I, II e III ver MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

Data de recebimento: 10/04/2013

Data de aceite: 26/06/2014

Sobre os autores:

Fuad Kyrillos Neto é Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Endereço eletrônico: fuadneto@ufs.edu.br

Rodrigo Afonso Nogueira Santos é Acadêmico de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Bolsista PIBIC/CNPq/UFSJ. Endereço Eletrônico: rodrigoafonsos@gmail.com