

# O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise

Pedro von Sohsten  
Cynthia Pereira de Medeiros

## Resumo

Este artigo discute o lugar do diagnóstico na psiquiatria e na psicanálise, bem como seus efeitos para a condução do tratamento. Na psiquiatria aborda, a partir da história das sistematizações diagnósticas, os elementos presentes na constituição dos quadros psicopatológicos. No campo da psicanálise aponta a diferença dessa abordagem diagnóstica frente à psiquiatria, através de estudos de comentadores que se debruçaram sobre o tema na perspectiva freudo-lacanianana.

## Palavras-chave

Diagnóstico, Psiquiatria, Psicanálise, Freud, Lacan.

O trabalho aborda o lugar do diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico, além de apontar para a condução diagnóstica no campo da psiquiatria e da psicanálise de orientação freudo-lacanianana. Inicialmente tratamos o conceito do diagnóstico em sua relação com a psiquiatria, desde sua base com a medicina até os tratados de construção de manuais diagnósticos. Em seguida, abordamos o diagnóstico na psicanálise através de comentadores que, referidos às obras de Freud e Lacan, discutem o conceito.

### *O diagnóstico e a psiquiatria*

Para Sadock (2007, p. 319) a classificação, na psiquiatria, é “uma parte integral da teoria e da prática da medicina”. Vê-se a presença e a pertinência desse aspecto teórico dentro do campo psiquiátrico, no qual o diagnóstico tem uma incidência fundamental para o saber da psiquiatria e para a sua prática.

Assim, como afirma Szajnbok (2013), a história dos diagnósticos se fez intrincada com a da medicina. Desde os tempos de Hipócrates dedica-se, nessa disciplina que contém uma *práxis*, a um

refinamento dos métodos de observação para discernir melhor as doenças, com a expectativa de oferecer a terapêutica mais eficaz e/ou específica. Têm-se ainda um marco: os pilares da influência de Pinel, que apontou o recurso da filosofia para caracterizar a doença mental (DUNKER; NETO, 2011a). A história dos diagnósticos é referida às ciências médicas do século XIX com Kraepelin, que publica em 1896 seu *Tratado de psiquiatria*, como a primeira sistematização dos transtornos mentais, alicerçada na etiologia fisiológica e organicista (SZAJNBOK, 2013).

A partir de 1946 intentou-se uma convenção diagnóstica que alcançasse uma amplitude internacional. Organizaram-se as primeiras propostas de manuais de classificações das doenças mentais. Certa comunhão de saber que continha as influências das ideias de Adolf Meyer através de conceitos como “quadros reativos”, a lógica de adoecimento de Kraepelin, além de contribuições freudianas vinculadas ao campo da neurose (LEITE, 1999).

O CID-6 (Código Internacional das Doenças) foi a primeira versão desse manual de patologias a incluir os trans-

tornos mentais. Trazia nomenclaturas válidas no serviço médico aos veteranos da guerra que buscava classificar os quadros psíquicos dos que retornavam aos EUA. Paralelamente a isso há o intento da *American Psychiatric Association* (APA) em desenvolver a primeira versão do *Diagnóstico and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I), publicado em 1952. Havia nele uma espécie de descrição clínica que trazia a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer, na qual os transtornos representavam reações da personalidade a elementos biológicos, sociais e psicológicos (SZAJNBOK, 2013).

A esse respeito, Quinet (2001) aponta que naquele momento havia um sistema de intercâmbio entre os campos da psicanálise e da psiquiatria, no qual a psicopatologia pôde prosperar, e onde se podiam encontrar importações conceituais entre os campos referidos; zonas de confluências metodológicas entre outros fatores de intercessão. O DSM-I não refletia uma clara separação entre a normalidade e a patologia; sua pretensão era um consenso terminológico em uma prática clínica alastrada em várias direções (DUNKER; NETO, 2011a).

A produção do DSM-II (a partir de uma revisão do CID-8 em 1968) é vista como reflexo da primeira versão, com uma relevante participação da psiquiatria psicodinâmica, acompanhada da etiologia biológica e das raízes das classificações de Kraepelin. A sintomatologia não era especificamente apresentada na proposição dos distúrbios. Os sintomas tinham sua etiologia em conflitos ou reações inadequadas diante das problemáticas da vida (DUNKER; NETO, 2011a). Houve uma rápida associação da psiquiatria com outras áreas da medicina, e alguns campos, antes distantes, tornavam-se fecundos terrenos para a produção de saber e de práticas vinculadas à disciplina da psiquiatria (DUNKER; NETO 2011b).

Já o DSM-III é uma torção de discurso para o campo da psiquiatria, pois propunha

uma visão a-teórica, a-histórica e a-doutrinária na edificação de suas classificações. Numa anulação das influências anteriores sobre o processo etiológico e patogênico das doenças mentais, fez-se enquanto tentativa meramente descritiva, de troca de informação e permissível aos conformes da ciência empírica (LEITE, 1999).

Esse cunho a-teórico é proposto no intuito de evitar incongruências e impasses no saber e na prática da psiquiatria (CAMARGO; SANTOS, 2012). Caracteriza uma profunda transformação na psiquiatria tanto nas concepções do campo de pesquisa quanto na prática (DUNKER; NETO, 2011a). Para Foucault ([1963] 2011), isso se configura como uma abolição das classes psiquiátricas herdeiras da tradição construída ao pé do leito do paciente.

Viu-se o DSM-III enquanto uma retomada da visão kraepeliniana da psiquiatria, ao enfatizar a classificação segundo sua sintomatologia, o curso da doença e seu prognóstico. Essa versão configura um 'antes' ultrapassado, e um 'depois' atual e cientificista (SZAJNBOK, 2013). Porém, o que se proclamava a-teórico, caracterizou-se enquanto oposto, já que a partir da terceira versão admitiu-se – como acordo tácito – um novo modelo associado à clínica da medicação, que leva em consideração a resposta padrão dos pacientes à administração de substâncias químicas específicas (LEITE, 1999).

O DSM-III procurou eliminar as explicações causais psicológicas, psicossociais ou psicanalíticas implícitas ou explícitas dos manuais anteriores. Acredita-se no foco biológico e objetivo como mais 'científicos' e condizentes com o padrão médico, aumentando o *status* da psiquiatria na hierarquia médica (FACÓ, 2008). Pautou-se que no DSM-II a influência da psicanálise permitia certa culpabilização dos fatores ambientais (relações parentais intervenientes na psicodinâmica conflitiva e etiológica); já com a emergência da

psiquiatria biológica “inserida” no DSM-III foi possível uma desculpabilização do ambiente e até do sujeito (AGUIAR, 2004).

No caminho de evolução dos manuais diagnósticos, o surgimento do DSM-IV em 1994 traz uma série de questões no seu rol de 297 classificações. Pode-se acompanhar quanto às suas funcionalidades que

O DSM-IV-TR não é e não pretende ser um livro didático: não se faz menção às teorias de causa, manejo ou tratamento, e as controversas questões que envolvem determinadas categorias diagnósticas não são discutidas (SADOCK, 2007, p. 319-320).

É nesse desígnio de descrição como base de suas funções que o diagnóstico tende a se estabelecer a partir do DSM-IV e sua revisão. Não há nenhuma finalidade nesse conjunto descritivo do adoecimento no humano. Ele apenas se faz para ali categorizar, ativar gavetas, que aloca expressões ditas doentes. O paradigma da ciência médica é regido pela dicotomia saúde-doença, o que é corroborado ao se afirmar as disfunções psicológicas como a base das doenças (GELDER, 2006).

Para Sadock (2007), esse sistema de classificação aponta alguns propósitos: distinguir um diagnóstico psiquiátrico de outro, de modo que os clínicos possam oferecer o tratamento mais efetivo; proporcionar uma linguagem comum entre os profissionais da saúde; explorar as causas ainda desconhecidas dos transtornos mentais.

Nessa perspectiva, a psiquiatria consolida abordagens distintas para o diagnóstico, como a descritiva, que visa

[...] descrever as manifestações dos transtornos mentais e apenas raramente tenta explicar como ocorrem. As definições dos transtornos consistem de descrições de aspectos clínicos (SADOCK, 2007, p. 319).

É preciso salientar ainda uma distinção entre o diagnóstico sindrômico como o conjunto de sinais e sintomas evidenciados na entrevista clínica, e o diagnóstico nosológico encarado enquanto uma forma de adoecimento ou uma “doença de fundo” (TENÓRIO; FIGUEIREDO, 2002).

Pensa-se a abordagem sindrômica enquanto uma visão descritiva dos sintomas, em que não há objetivo de tipificar o adoecimento, tendo uma clínica pautada na eliminação dos sintomas; já a abordagem nosológica faz uma análise da moléstia, observação e caracterização nosográfica do quadro, que visa uma intervenção mais investigativa e supostamente mais profunda.

Encontra-se também presente a noção de critérios diagnósticos, que tenta conferir mais credibilidade e confiabilidade naquilo que se determina com a nomeação diagnóstica, ou seja:

[...] são determinados critérios diagnósticos para cada transtorno mental específico, que incluem uma lista de aspectos que devem estar presentes para que se faça o diagnóstico (SADOCK, 2007, p. 319).

Nesse *check-list* de critérios predeterminados é que se norteia uma parcela da prática do saber psiquiátrico com o uso do diagnóstico. O psiquiatra vai comparando as manifestações do indivíduo com um grupo já estabelecido de comportamentos vistos como ‘adoecidos’. A partir das proximidades e similitudes com as categorias é que se faz um agrupamento, a classificação, que

tenta colocar ordem na grande diversidade de fenômenos clínicos encontrados (GELDER, 2006, p. 67).

Assim, para Camargo e Santos (2012), a prática clínica parece se aproximar de uma técnica habilitada a manusear manuais de classificação e emitir um diagnóstico associado a uma metodologia terapêutica, hoje de forte tradição farmacológica.

### O diagnóstico e a psicanálise

Ao nos reportarmos à psicanálise em sua relação com o conceito do diagnóstico vimos que a nosografia presente na psicanálise (histeria, neurose obsessiva, psicose, perversão, etc.) não conduz a um agrupamento sobre o quadro, havendo uma distinção entre as classes psicanalíticas e as categorias do DSM. Na psicanálise a nosografia define-se como não-toda; seus elementos pertencem e não pertencem concomitantemente a um dado conjunto (MILNER, 2006).

Acerca da questão do diagnóstico no campo da psicanálise aponta-se a psicanálise firmada na etiologia sexual das neuroses, sendo esse o eixo da sua tipologia diagnóstica, e não a descrição fenomênica (CAMARGO; SANTOS, 2012).

Viera (2001) ressalta que o diagnóstico se constitui, em sua essência, contraditório para a relação analítica, uma vez que todo diagnóstico comporta uma classificação. Diagnosticar seria, então, como um ofício de inserção do sujeito em um grupo, no qual se definem algumas propriedades que serão utilizadas para sua representação. Por maior que seja o esforço de resguardar a singularidade do sujeito, há no diagnóstico, ainda que psicanalítico, uma atribuição de um juízo de valor, que incorporará o sujeito em uma classe, pois há no diagnóstico psicanalítico um aspecto de objetivação do sujeito, que organiza uma representação do eu – enquanto qualidades agrupadas como constelações imaginárias – em vez de uma livre flutuação acerca do subjetivo.

Quanto a isso é possível associar o trabalho diagnóstico na psicanálise ao que Lévi-Strauss (citado por/apud LEITE, 2001) sugeriu enquanto princípio da lógica da epistemologia da classificação, no qual se encontra uma constante produção de termos opostos regendo e garantindo o ato classificatório.

Observou-se também que as contradições diagnósticas estão presentes na psicanálise, quando, para Freud, o esta-

belecimento do diagnóstico está associado a um tempo futuro e de “longa análise”, porém se faz como fundamento inicial e determinante na terapêutica a ser realizada (LOWERNKRON, 1999).

Destaca-se que nos primeiros trabalhos freudianos o objetivo diagnóstico era distinguir o quadro para eleger o melhor método a seguir: catártico ou psicanalítico. Viu-se que Freud considerava o método catártico benéfico apenas ao diagnóstico da histeria, ainda que ele tenha utilizado tal método em outros quadros. Quanto ao método psicanalítico, encontra-se em Freud uma distinção diagnóstica entre neurose e psicose e a indicação desse método para as manifestações neuróticas, advertindo a impossibilidade de tal metodologia na psicose já que para ele somente na neurose se instala a transferência analítica (ABEL, 2008).

Ao se deparar com as nosografias correntes em sua época, como histeria ou obsessão, Freud se ocupou em construir sua nosologia baseada no funcionamento psíquico possibilitado no agrupamento de quadros em função de mecanismos psíquicos comuns. Porém, Freud e seus seguidores se utilizavam das nosografias da psiquiatria clássica vigentes em sua época (ROMARO, 1999). Ressalta-se o exemplo de Kraft-Ebing, que se valia da palavra “perversão”; ou ainda a paranoia vinculada a Kraepelin; a presença de uma crítica em Freud quando o psiquiatra Bleuler exaltou a esquizofrenia; ou a clássica influência do termo “neurose”, oriundo da obra de Charcot (LEITE, 1999).

O psicanalista, através do diagnóstico, opera uma investigação em seu campo clínico, que privilegia a escuta. Sua avaliação é subjetiva, num espaço intersubjetivo de comunicação de inconsciente para inconsciente (LOWENKRON, 1999). O inconsciente, enquanto prisma da realidade psíquica realoca o que vem a ser tratado como subjetivo/sujeito em um novo patamar epistêmico. Nesse sentido, ressalta-se a dimensão inconsciente na

relação que ela faz com a realidade para que se possa dialogar com a construção diagnóstica para a psicanálise (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000).

Ainda com os autores é pertinente conotar que, na maneira de operar a clínica psicanalítica, o sujeito epistêmico (observador) não é exterior ao sujeito empírico (observado). O observado inclui o observador através da transferência. Diagnóstico e tratamento estão marcados por essa concepção.

Retomando Camargo e Santos (2012), o trabalho diagnóstico no campo psicanalítico exige situar a posição do sujeito do inconsciente, o que se dá em articulação com a transferência e o desejo do analista.

Na clínica psicanalítica não se parte de uma ideia prévia, pois se leva em conta o que está em jogo no vínculo e que, no encontro clínico, se apresenta como um fato de discurso governado por um saber inconsciente com leis que lhe são próprias. E “este encontro é tão singular que bem merecia chamar-se desencontro” (RAPPAPORT, 1992, p. 63).

Nessa perspectiva, Dunker (2011) afirma que em nenhum caso o diagnóstico pode ser dado como universalidade ou particularidade. Trata-se de uma relação entre o universal e o particular, e não deve, então, ser compreendido como:

[...] uma classificação ou inclusão do caso em sua cláusula genérica, mas como reconstrução de uma *forma de vida*” (DUNKER, 2011, p. 116).

Quanto a isso Miller (2003) aponta a universalidade como algo que não pode estar completamente presente no indivíduo. O indivíduo real pode referir e exemplificar uma classe, ainda que com uma lacuna. Para o autor, a instância da classe num indivíduo contém um déficit, por isso ele nunca poderá ser um exemplar perfeito.

Ao considerar a estruturação do sujeito remetido a algo do Outro, Lacan nos

lança a sua noção diagnóstica pertinente até o final da década de 1960: o simbólico como o registro que organizava a estruturação psíquica, na captura do vivente à cadeia de significantes (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000). Na associação ao campo da teoria lacaniana se viu que o diagnóstico estrutural é construído em análise, tendo como único instrumento a escuta do analista que visa a dimensão do discurso do analisando e aponta a estrutura do sujeito na linguagem. O diagnóstico se vincula às entrevistas preliminares, quando é possível diagnosticar o sentido do sintoma, sua estrutura, o ser ou não analisável. Tal diagnóstico pode ser tratado de maneira “provisória”, como algo que é posto em suspenso (ROMARO, 1999).

Já Pacheco (2012), que considera o diagnóstico estrutural como um orientador da direção do tratamento, desloca o trabalho clínico com as formas do sintoma e segue uma vertente que dá ênfase às modalidades da posição do sujeito frente à fantasia.

Leite (2001) ressalta que há dois modos possíveis de classificação diagnóstica na clínica fundada a partir do ensino de Lacan: o modelo estrutural “no qual a referência principal é o envoltório formal do sintoma” (LEITE, 2001, p. 35), modelo que faz referência às categorias psicopatológicas da psiquiatria, privilegiando a distinção neurose-psicose.

No entanto, traz-se a topologia lacaniana para registrar uma não referência às categorias da psicopatologia psiquiátrica, afirmando que essa

[...] outra maneira de pensar a clínica, chamada borromeana, se funda no fato do ser falante ser consequência da relação entre Imaginário, Simbólico e Real. Relação que se dá segundo as propriedades de uma figura topológica chamada nó borromeano (LEITE, 2001, p. 36).

A esse respeito, considera-se que o diagnóstico na psicanálise lacaniana apon-

ta uma vertente imaginária, que confere certa roupagem ao sujeito; uma vertente simbólica, que o identifica e distingue; e uma vertente real, que toca no circuito de gozo presente em cada singularidade. O diagnóstico, a partir desse percurso, visa localizar o modo singular de gozo, e essa operação não é atravessada por grupos ou classes preexistentes (VIEIRA, 2001).

Os “diagnósticos lacanianos” são formulados a partir da análise do enodamento dos registros Imaginário, Simbólico e Real, trabalhados por Lacan em sua teorização dos nós borromeanos. Acredita-se que tal direcionamento teórico e clínico tem consequências profícuas para o diagnóstico e a direção do tratamento na psicanálise (LEITE, 2001; VIEIRA, 2001).

O diagnóstico na psicanálise se realiza, assim, como uma antítese em relação ao diagnóstico na psiquiatria. Este último visa uma rotulação sobre o adoecimento, que aponta um modelo terapêutico associado à medicalização e à falta de questionamento sobre o adoecimento. Já o diagnóstico na psicanálise não se destina à nomeação da doença do e para o sujeito, mas é um elemento importante para a direção do tratamento, através da escuta clínica, sempre singular. ◻

## THE DIAGNOSIS: FROM PSYCHIATRY TO PSYCHOANALYSIS

### Abstract

*This article discusses the place of diagnosis in psychiatry and psychoanalysis, as well as its effects on the conduct of the treatment. In psychiatry addresses, from the history of diagnostic systematization, the elements present in the constitution of psychopathology. In the field of psychoanalysis points the difference this diagnostic front approach to psychiatry through studies of commentators who have studied the subject in perspective Freud-Lacanian.*

### Keywords

*Diagnosis, Psychiatry, Psychoanalysis, Freud, Lacan.*

## Referências

ABEL, M. C. Diagnóstico em Freud: no tratamento catártico e psicanalítico. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 141-158, 2008.

AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

CAMARGO, S. G.; SANTOS, T. C. O homem dos lobos e a atualidade da incerteza diagnóstica. *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 44.2, p. 477-502, 2012.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV - breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011a.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A psicopatologia no limiar entre a psicanálise e a psiquiatria: Estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo - Revista do NESME*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011b.

DUNKER, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacanianiana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 115-136, 2011.

FACÓ, M. L. *Um mosaico da depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*. 1ª ed. São Paulo: Escuta, 2008, 144 p.

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.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica* (1963). 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GELDER, M. *Tratado de psiquiatria*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LEITE, M. P. S. A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. *Pulsional - Revista de Psicanálise*. São Paulo, v. 7, n. 120, p. 36-40, 1999.

LEITE, M. P. S. Diagnóstico, psicopatologia e psicanálise de orientação lacaniana. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 52-61, jun. 2001.

LOWENKRON, T. S. Considerações sobre o diagnóstico em psicanálise. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 2, n. 4, p. 52-61, dez. 1999.

MILLER, J.-A. A arte do diagnóstico: o rouxinol de Lacan. *Curinga*. Belo Horizonte, n. 23, p. 15-33, 2006. Publicação semestral da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais.

MILNER, J.-C. *Os nomes indistintos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

PACHECO, A. L. P. *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia: a direção do tratamento na psicanálise com crianças (205-234)*. São Paulo: Annablume, 2012.

QUINET, A. *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. (Bacamarte, 3).

RAPPAPORT, C. R. *Psicanálise: introdução à prática Freud e Lacan*. São Paulo: EPU, 1992.

ROMARO, R. A. O estabelecimento do diagnóstico em psicanálise. *Revista PSICO-USF (Impr.)*, Itaipava (SP), v. 3, n. 2, p. 23-37, 1999.

SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

SZAJNBOK, M. A psicanálise e o futuro da psiquiatria. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v. 46, n. 85, p. 89-98, jun. 2013.

TENÓRIO, F.; FIGUEIREDO, A. C. O diagnóstico, em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 29-43, mar. 2002.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: FIGUEIREDO, A. C. (Org). *Psicanálise - pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

**Recebido em:** 30/05/2016

**Aprovado em:** 23/11/2016

#### Endereço para correspondência

**Pedro von Sohsten**

E-mail: <pedrovon@hotmail.com>

**Cynthia Pereira de Medeiros**

E-mail: <cynthiapmedeiros@gmail.com>

#### Sobre os autores

**Pedro von Sohsten**

Psicanalista

Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Fundador e Professor do Curso Livre em Psicanálise em Natal/RN,

instituição dedicada à transmissão da Psicanálise.

Membro do Laboratório de Psicopatologia Fundamental - LABORE no Espaço Psicanalítico, João Pessoa/PB.

**Cynthia Pereira de Medeiros**

Psicanalista.

Doutora em Psicologia da Educação pelo Programa de Pós-Graduação

em Educação da Faculdade de Educação - USP

Professora do Departamento de Psicologia

e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Membro do GT ANPEPP - Psicanálise e Educação.

