

## Diagnóstico Psiquiátrico e Clínica Psicanalítica

Andre Goettems Bastos\*

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

### RESUMO

O presente trabalho visa debater o problema do diagnóstico psiquiátrico quando inserido na clínica psicanalítica. Partindo de questões e impasses da visão de psicopatologia nosológica psiquiátrica e da teoria clínica psicanalítica, busca-se demonstrar as diferentes visões epistemológicas que norteiam a questão. Os contrapontos entre esses enfoques são debatidos, apontando-se qualidades e problemas em ambos. Finalmente, considera-se um aspecto crucial para a discussão: a pessoa do paciente que busca atendimento psicoterápico e sua complexidade, enquanto indivíduo único e singular, acometido de sintomas comuns a outros sujeitos. Conclui-se propondo uma visão clínica e diagnóstica fenomenológica, onde o sujeito não é um objeto inanimado, nem um sistema fechado em si mesmo.

*Palavras-chave:* diagnóstico; psicanálise; psiquiatria; epistemologia; psicoterapia.

### ABSTRACT

#### Psychiatric Diagnostics and Psychoanalytical Clinics

The objective of this paper is to discuss the matter of psychiatric diagnostic when inserted in clinical psychoanalysis. Starting with issues and dilemmas between the vision of classic psychiatric psychopathology and psychoanalytic theory, we seek to demonstrate different epistemological visions that are central to the question. The counterpoints between these approaches are discussed, pointing out strengths and problems in both of them. Finally, a crucial aspect for discussion is considered: the patient who seeks psychotherapy and his complexity, while unique and singular individual, suffering from symptoms common to other subjects. We conclude by proposing a phenomenological vision of clinic and diagnostic, where the subject is neither an object nor a closed system.

*Keywords:* diagnosis; psychoanalysis; psychiatrics; epistemology; psychotherapy.

*Sentimos num mundo,  
pensamos e nomeamos num outro mundo;  
podemos estabelecer uma concordância entre ambos,  
mas não preencher o intervalo.*

**Marcel Proust**

### INTRODUÇÃO

Diagnóstico é uma palavra que, muitas vezes, não é bem aceita em diversos círculos psicanalíticos. Principalmente se o diagnóstico em questão tiver como origem a nosologia psiquiátrica tradicional. O próprio termo diagnóstico não está presente em dicionários psicanalíticos (Laplanche & Pontalis, 1992; Moore & Fine, 1992; Roudinesco, 1998; Akhtar, 2009). Isso parece ocorrer porque talvez muitas vezes o diagnóstico e suas implicações tenham sido mal utilizados. A

complexidade da pessoa em questão (do paciente) aparentemente torna-se supersimplificada.

Essa confusão e estranhamento ganham força com os chamados “manuais diagnósticos”, como a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que claramente têm problemas conceituais, o que acaba por gerar os mesmos problemas conceituais em quem os utiliza. Os manuais, por exemplo, não têm uma definição clara e expressa do que é “saúde mental” e/ou “bem-estar emocional”.

Partindo dessa questão, alguns clínicos olham o conjunto de sintomas da patologia, e não olham os demais aspectos do sujeito que os consulta. Sendo assim, a possível crença de que os manuais auxiliem

\* Endereço para correspondência: Andre Goettems – [andregbastos@gmail.com](mailto:andregbastos@gmail.com)

para que ocorra uma dessubjetivação do paciente avaliado talvez não esteja tão equivocada. A ideia, partindo de um modelo médico, é tratar a doença e suas implicações, e não a pessoa do paciente.

É nítido que as classificações nosológicas psiquiátricas não levam em consideração o indivíduo, e sim a quantos desvios-padrão de distância da média estatística – ou mediana – o “indivíduo” se encontra. Esse é um dos problemas da epidemiologia médica: a “normalidade” é numérica. O indivíduo “saudável” é o que está numa posição central na curva de Gauss (uma curva de Gauss – curva em forma de sino – é um gráfico estatístico de distribuição normal de um determinado conjunto de dados). A subjetividade é transformada em uma classificação.

O DSM tentou minimizar esse problema criando a avaliação multiaxial, a fim de tentar individualizar mais a avaliação diagnóstica, mostrando um quadro mais completo sobre determinado paciente em específico. Apesar de esta ter sido uma medida que teve a intenção de proporcionar um pequeno avanço, acabou sendo braquiterápica, e ficou muito longe de solucionar a questão. O próprio contexto político onde houve o desenvolvimento do DSM-IV é um assunto polêmico. O uso do manual em pesquisas por parte da indústria farmacêutica e das seguradoras de saúde sugere uma alta probabilidade de, em algumas situações, haver um conflito de interesses. Essas suspeitas tem como origem o fato de que cerca de 50% dos autores e pesquisadores que previamente selecionaram e definiram as desordens psiquiátricas que seriam incluídas no DSM-IV tiveram ou ainda têm algum nível de relacionamento com a indústria farmacêutica (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan & Schneider, 2006). Isso possibilitou a discussão de que a “criação” de muitas categorias diagnósticas compiladas no DSM-IV pode ter sido influenciada por motivos de lucro financeiro, e que isso seria, em parte, um dos grandes responsáveis pelo exponencial aumento da medicalização dos pacientes, mesmo em situações onde não parece haver uma razão clara para tal (Kirk, 2005). Essas questões nunca foram comprovadas, mas deixaram a dúvida em aberto.

Ad argumentandum tantum, retornando ao que nos interessa aqui, não parece que, por sua lógica, os manuais tenham a intenção de “subjetivar” o paciente. Para isso teríamos que ter um manual diagnóstico individualizado para cada paciente, o que, convenhamos, é utópico no mais morusiano dos sentidos.

Os manuais vieram para tentar classificar um conjunto de sintomas e apontar o que eles reunidos, formam. No entanto, uma classificação não é suficiente para explicar um fenômeno. Uma classificação, talvez, consiga descrever um fenômeno, através da observação. Buscam-se leis e princípios que permitam chegar à organização que supostamente produz os sintomas, e a essa organização se dá um nome; o nome do transtorno ou da doença que “aflige” o paciente. Trata-se de uma classificação atórica e descritiva, de lógica aristotélica. Essa classificação não considera, a princípio, nenhuma corrente e/ou teoria etiológica. Ou seja, ela simplesmente não está interessada, por exemplo, na noção psicanalítica de que parece que sempre há um caminho através do qual a análise de um processo nos permitirá chegar a alguma coisa que não se vê, que está oculta, que supostamente é o que realmente importa.

A classificação nosológica apenas descreve porque seu objetivo, seu propósito, não é e nunca foi explicar, e sim listar sinais e sintomas. Essa parte da ciência só busca observar e descrever, respeitando uma estrutura silogista. Ela nunca teve a intenção de encontrar a diferença entre o oculto e o manifesto; para ela, o manifesto é o foco.

Dentro desse enquadre, talvez o diagnóstico possa ser útil. É possível relacionar rapidamente alguns benefícios do desafio do diagnóstico quando este é encarado de forma sensata e por alguém com treinamento adequado: 1. É extremamente útil para as indicações de tratamento e para o plano do mesmo (as formas de intervenção para o tratamento da esquizofrenia, por exemplo, são bem diferentes das que se utilizam para tratar uma fobia), 2. Tem implicações importantes em termos de prognóstico (pois estabelece a gravidade do caso, como no exemplo anterior), 3. Ele possibilita que o terapeuta coloque a sua empatia em ação, compreendendo melhor a influência de determinada patologia sobre a personalidade de uma pessoa, 4. O diagnóstico muitas vezes assume o papel de tranquilizar, no curto prazo, determinadas pessoas que necessitam desse tipo de asseguuração para aceitar o tratamento e/ou continuar nele. Neste sentido, o diagnóstico pode, até mesmo, ter um “efeito libertador”, quando o paciente tem um histórico de ter peregrinado por diversos consultórios em busca de algo que nomine do que ele sofre (nesse caso, “saber” o que se tem, para o paciente, é melhor do que ter que suportar a angústia do “não saber” o que se tem, pelo menos no curto prazo), 5. O

diagnóstico é uma tentativa de informar rapidamente qualquer clínico acerca do que aflige o paciente, a fim de evitar problemas terapêuticos, com o propósito de regulamentar a própria prática clínica em saúde mental, e 6. Alguns convênios de saúde só cobrem os custos do tratamento quando há o estabelecimento de um diagnóstico formal.

Ainda em relação às utilidades do diagnóstico, Zimerman (2012) aponta que o processo diagnóstico tem fundamental importância para o estabelecimento da técnica a ser utilizada no processo psicoterápico. Além disso, auxilia na formulação das hipóteses explicativas acerca da etiologia do problema que aflige o paciente.

Esses contrapontos dialéticos entre malefícios e benefícios do diagnóstico para o setting (com suas teses, antíteses e, às vezes, sínteses, que têm sido um tema central na filosofia oriental e ocidental desde os tempos antigos – e foram trabalhados profundamente por Hegel, 1812/2011; Kant, 1781/2012; e Popper, 1993; entre outros) deixam claro que a questão do diagnóstico merece ser problematizada foucaultiana-mente. Há que se colocar em dúvida aquilo que se presume ser evidente, bom ou ruim, questionar o que está configurado como inquestionável, duvidar daquilo que é indubitável (Foucault, 1969/2008).

Desta forma, não parece que o diagnóstico em si seja problemático. As dificuldades possivelmente estão situadas na forma como é feito o processo diagnóstico, em quem o faz, e qual uso se faz dele.

Sendo assim, se a hipótese de que o diagnóstico em si não é o problema for verdadeira, resta atentar ao processo em que se chega a essa estrutura artificial chamada de “diagnóstico”. Dentro desse processo, o principal objeto de problematização parece ser o homem que diagnostica e sua visão de mundo. A ciência consiste de múltiplas atividades geradoras de conhecimento, cada qual com seus pontos fortes e fracos. Trata-se, fundamentalmente, da maneira através da qual cada clínico escuta e vê o paciente. *Ecce Homo: Homo homini lupus est.*

Segundo Gell-Mann (1997), existe duas formas de se encarar o mundo: a via reducionista, em que se tenta analisar todas as coisas em seus componentes mais elementares – e aí já se tem um problema com o termo análise, que significa exatamente isso, ou seja, a “ação de decompor um todo em suas partes componentes” (Cunha, 2010, p. 36); e a outra via, que é a da

complexidade, com leis e princípios que emergem em níveis sucessivos – e complexidade significa “aquilo que encerra muitos elementos; aquilo que é confuso, complicado” (Cunha, 2010, p. 166). Muitos problemas iniciais da clínica parecem derivar da dificuldade em perceber um mundo de processos em ação frequente e frenética, ao invés de um mundo de objetos e propriedades.

O primeiro passo no sentido de chegar ao domínio intelectual de nosso meio ambiente é descobrir generalizações, regras e leis que tragam ordem ao caos. Fazendo isso, simplificamos o mundo dos fenômenos, mas não podemos evitar falsificá-lo, especialmente se estivermos lidando com processos de desenvolvimento e mudança. Estamos interessados em discernir uma alteração qualitativa e, via de regra, assim procedendo, negligenciamos, inicialmente pelo menos, um fator quantitativo. No mundo real, as transições e estágios intermediários são muito mais comuns do que estados opostos nitidamente diferenciados. (Freud, 1937/1996, p. 243-244).

Hornstein (2005; 2011) salienta que, na psiquiatria, o tipo de classificação executada demonstra o grau de conhecimento alcançado pela área, como um todo. O agrupamento de sintomas ou doenças corresponde a um nível elementar de conhecimento científico, e não é sensato ignorá-lo, assim como também é insensato considerar deslocados, periféricos, desviantes ou renegados os bons profissionais que estudam nosologia, ou que conseguem compreender e aceitar o ponto de vista psiquiátrico e sua lógica.

Diagnosticar, dessa forma, pode ser encarado como mais uma etapa da compreensão dos fenômenos psicopatológicos. A partir de um diagnóstico pode-se, por exemplo, iniciar a reconstrução de um processo, e isso permite que se vá desde a construção subjetiva até a aparição dos sintomas, incluindo a compreensão dinâmica da pessoa e suas potencialidades para integração e ressignificação dos sintomas apresentados, em detrimento da simples exclusão dos mesmos.

Na verdade, a construção de pontes entre os diferentes conhecimentos talvez seja a única forma de se tentar vislumbrar uma parcela do fenômeno Humano. Todos nós estamos seguindo o Fio de Ariadne, “a consiliência entre os ramos do saber é o fio de Ariadne necessário para transpor o labirinto; Teseu é a humanidade, o Minotauro, nossa própria irracionalidade perigosa” (Wilson, 1999, p. 63). A mesma irracionali-

dade que facilmente faz com que se entre na via reducionista. A via da visão de homem reducionista, da filosofia reducionista, e da ideologia reducionista. É uma ideologia reducionista geralmente está perto de se transformar em fundamentalismo, em maniqueísmo e, às vezes, até mesmo em fascismo teórico. Isso pode acontecer a qualquer teoria, já que as teorias são criadas por pessoas, todas cheias de imperfeições humanas. Freud nos alertou a respeito disso em textos como *Totem e Tabu* (1913/1996), *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921/1996), *O Mal-Estar na Civilização* (1930/1996), *Por que a Guerra?* (1933/1996), e *Moisés e o Monoteísmo: Três Ensaio* (1939/1996), entre outros.

O engodo e o engano da opção reducionista ocorrem porque aparentemente somos conduzidos por expectativas incorretas já em sua gênese (e parece que essas expectativas incorretas invariavelmente são relacionadas à crença de que uma teoria é suficiente para explicar tudo), e também por teorias incompletas – como é qualquer teoria – que distorcem nossa percepção e nos levam a se perder na escolha do caminho a se seguir. Em outras palavras, uma teoria – qualquer teoria – não deve nunca ser considerada finalizada, dogmática, onde a magna pars latente é o ato de provocar perseguições eclesiásticas às outras teorias, tal como uma seita iníqua o faz.

As teorias devem possuir abertura e flexibilidade o suficiente para que sejam capazes de se modificarem sob o impacto de novos dados, de dialogarem com outras disciplinas, e de se adaptarem a evolução do *zeitgeist* (termo alemão cuja tradução literal significa “espírito da época”, “espírito do tempo” ou “sinal dos tempos”. *Zeitgeist* significa, assim, o conjunto do clima intelectual e cultural do mundo em determinado período histórico). Na prática, os clínicos devem ser capazes de tolerar a incerteza de adiar suas conclusões, seja qual for o seu referencial teórico. Devem conseguir suportar a sua própria ansiedade e/ou in experiência. A ansiedade do não saber, do desconhecido, do que lhe é estranho. O *unheimlich* freudiano (em alemão, *unheimlich* é traduzido literalmente por “tenebroso”, “assustador”, ou “estranho”. Freud o utilizou para descrever o sentimento em relação a tudo o que deveria permanecer secreto e escondido, e que acaba por se manifestar e surpreender assustadoramente (Freud, 1919a/1996). Nesse sentido, uma “boa” teoria não é uma teoria “perfeita”, e sim uma teoria suficientemente boa para dar conta dos fenômenos de

sua época e contexto. Outra questão a ser lembrada é que a ciência – e suas teorias – é apenas uma das muitas formas de pensamento desenvolvidas pelo homem, e não necessariamente a melhor. A ciência se aproxima do mito “muito mais do que uma filosofia científica se inclinaria a admitir” (Feyerabend, 1989, p. 447).

Uma dessas teorias, construída a partir da perspectiva psicanalítica, indica que, através da perscrutação das dobras mais recônditas do psiquismo, é possível auxiliar os pacientes a aceitar eles mesmos da forma que são: complexos, subjetivos, intersubjetivos, capazes, mas com limitações específicas, limitações humanas. Na clínica psicanalítica contemporânea, acredita-se que mais do que ajudar os pacientes a mudar comportamentos problemáticos, sintomas e/ou estados mentais, é necessário, como aponta Gabbard (2005), que se busque aumentar a capacidade de resiliência, o senso de autonomia, e a capacidade de tolerar um amplo espectro de pensamentos e afetos.

Além disso, almeja-se que a pessoa seja capaz de possuir um senso de historicização, ou seja, a capacidade de ser Sujeito de sua própria história, ter uma autocontinuidade. Se isso não ocorre, o paciente acorrenta-se ao passado, ou então força o futuro fugindo do passado, o que faz com que, em ambas as situações, a pessoa não consiga viver o presente, de forma que acaba por não se constituir um verdadeiro *carpe diem* existencial, resultando em uma sensação constante de vazio, de incompletude, e de falta de pertença ao contexto onde está inserido.

É necessário permitir que o paciente crie uma autoestima realística, desenvolva capacidade para a intimidade, adquira uma noção de como as sociedades funcionam, com sensibilidade ética e moral e, ainda, possua consciência de que as outras pessoas possuem subjetividades em separado da sua, e que isso deve ser respeitado. Quem não possui essas aptidões não consegue nem imaginar que elas existem. Essas pessoas chegam aos consultórios sem queixarem-se da falta delas. Elas só querem se sentir melhor. Elas vêm ao tratamento muitas vezes queixando-se justamente de sintomas listados na CID e no DSM.

No entanto, sabe-se que seus problemas vão muito mais além dos sintomas e do diagnóstico. Winnicott (1983) deixou claro que a contribuição de Freud para a compreensão das doenças mentais foi a possibilidade de se ir além da classificação nosológica, dando atenção a três aspectos muito importantes: o comporta-

mento, ou melhor, a relação da pessoa com a realidade; a formação dos sintomas, compreendida como uma forma de comunicação do inconsciente; e a etiologia, que valoriza a história do paciente e o material emergente ao longo do tratamento.

Sendo assim, é necessário estudar mais profundamente cada patologia e sua interação complexa com o *self* e seus diversos aspectos. Tem-se que fazer uma tentativa de contemplar a clínica a partir de uma perspectiva que destaque tanto a unidade ontológica como a diversidade epistemológica. É uma interação auto-poietica e transdisciplinar. Tanto a teoria quanto à observação de campo devem ser utilizadas, a fim de não se assumir uma postura puramente especulativa (Kohut, 1982).

Nesse contexto, o que se busca no momento é discutir sobre as pessoas que sofrem e que procuram os consultórios psicanalíticos. Das pessoas classificadas, segundo os manuais, como portadoras de “transtornos mentais e do comportamento”. Pessoas que são atormentadas por essas doenças, que encaram a vida com estratégias antitéticas entre si, mas a organização básica de sua temática, das expectativas, dos desejos, medos, conflitos e construtos explicativos inconscientes, são humanos.

As patologias psicológicas, entretanto, possuem reconhecidos aspectos biológicos que não podem mais ser desprezados pelo clínico. Tanto aspectos ambientais quanto constitucionais (genéticos) têm influência no desenvolvimento de problemas afetivos (Taylor, 2008). Pesquisas realizadas com animais, por exemplo, demonstraram que situações de rejeição materna e/ou perda materna precoce geram padrões de reação que são extremamente similares à depressão em humanos (Bowlby, 1998; Panksepp, 2001).

Bowlby (1998) demonstrou que as experiências precoces, principalmente as relacionadas à figura materna, são essenciais para o desenvolvimento da capacidade de resiliência e para a discriminação entre os sistemas de “fugir ou lutar” frente a ameaças. Assim, as experiências precoces do desenvolvimento são de fundamental importância para a aquisição ou não de vulnerabilidade psíquica a alguma patologia emocional. O próprio Freud (1917/1996) demonstrou que um dos precursores mais importantes dos estados neuróticos é a experiência de uma perda prematura, real ou imaginada. Abraham (1912/1970) também trabalhou sobre essa questão. As dificuldades desenvolvimentais

da infância, como a perda do objeto, são constantemente evocadas nas relações atuais da pessoa. Da mesma forma que todo encontro com o objeto é um reencontro, toda perda revive, em parte, uma perda anterior, real ou imaginada (Freud, 1905/1996; Klein, 1940/2009).

Kohut (1990) também postulou que a origem dos problemas dos pacientes teria como causa uma grande falta e/ou perda. No caso, a perda ou carência de respostas empáticas por parte dos cuidadores na infância do paciente – figuras *self*-objetais. Nesse sentido, as queixas e sintomas dos pacientes configuram-se como uma patologia do narcisismo, onde o *self* não está coeso de forma adequada, e há grande discrepância entre o *self* do sujeito e o seu *self* ideal. Isso foi reforçado por Busch, Rudden & Shapiro (2004), que dizem que praticamente todos os pontos de vista psicanalíticos apontam uma vulnerabilidade narcísica fundamental, seguida de uma frágil autoestima, nos pacientes.

Hornstein (2005; 2011), por sua vez, complementa essa questão, dizendo que para compreender essa problemática, também é necessário considerar outros pontos: a relação entre ego e superego, os investimentos narcísicos infantis, e os efeitos da vida atual sobre a autoestima do paciente. O valor do ego é nuclear na clínica, pois atualmente a clínica acaba quase sempre por se constituir em uma clínica da autoestima e da autoconfiança. Assim, uma avaliação e compreensão minimamente adequada poderiam incluir as dinâmicas aqui expostas. Isso possivelmente será determinante para que se vá além do diagnóstico, a fim de desenvolver uma planificação adequada de tratamento, em termos dos aportes teóricos a serem utilizados e suas respectivas técnicas terapêuticas.

Nos casos mais graves, os pacientes utilizam de um sistema defensivo rígido e, como regra, essas defesas entram em ação frente a qualquer situação que possa ameaçar a pessoa com um sentimento de perda. Para esses pacientes, qualquer coisa é melhor do que o sofrimento emocional. Essa é, sem dúvida, uma perspectiva narcísica, pois o que está em ação é a fantasia de autossuficiência – ou onipotência. Hornstein (2005; 2011) é perspicaz em apontar que isso ocorre porque não há o reconhecimento do outro como outro.

Nesses pacientes, é encontrado nitidamente em seu passado um padrão repetitivo de relacionamentos traumáticos e perdas, onde não houve a oportunidade de o sujeito processá-las emocionalmente. Se a histó-

ria dessas pessoas não fosse tão dolorosa, não haveria motivo para que utilizassem defesas tão extremas como, por exemplo, negação, cisão e atuação.

O espectro estrutural que vai da neurose à psicose, passando pelas áreas do *self* fronteiriças (*borderline*), é intrincadamente complexo. Atualmente, é muito frequente receber nos consultórios esses pacientes fronteiriços, que sofrem muito e têm extrema dificuldade em mudar. Isso ocorre devido ao primitivismo dos processos envolvidos. Uma consequência disso é que a maioria dos pacientes está constantemente lutando contra a experiência subjetiva de desintegração do *self*. Um paciente uma vez comentou que “é como se eu tivesse medo de parar de pensar, de agir, de falar, de me mover... a sensação é a de que se eu desacelerasse eu iria me desintegrar, desaparecer”. Eles frequentemente vêm a tratamento logo após uma experiência depressiva, acompanhada de uma profunda sensação de fragmentação, quando suas defesas falharam. Há uma necessidade exagerada dos objetos narcísicos a fim de manter a coesão egóica e a manutenção de sua autoestima. Se esses objetos não se fazem presentes, vem à tona a angústia de desintegração (Stern, 1992).

Em outras palavras, o *self* danificado buscaria alcançar um reordenamento simbólico normal, ou seja, a reconstrução das representações do *self* e dos objetos, que seriam necessárias para uma nova configuração subjetiva do sujeito, a fim de realçar uma estabilidade narcísica. No entanto, esse processo não tem condições de ser considerado “normal”. Esses recursos narcísicos que deveriam ser transitórios se transformam em uma estrutura consolidada de funcionamento, e essa estrutura patológica impede que o sujeito crie imagens de si e de seus objetos que garantam tranquilidade para o *self*. Da mesma forma, o sujeito não consegue estabelecer um sentimento de clareza e de estabilidade acerca de si mesmo. Na verdade, quando o sujeito olha para dentro de si mesmo, o que ele encontra é um *self* cindido, o que aumenta sua confusão.

A seguinte passagem de Deleuze (1976) parece descrever bem a dinâmica paradoxal desses pacientes, que ignora forças, qualidades, e relações:

Ignora o elemento real de onde provêm as forças, suas qualidades e suas relações; conhece apenas a imagem invertida desse elemento, que se reflete nos sintomas abstratos surgidos. A oposição pode ser a

regra da relação entre os produtos abstratos, mas a diferença é o único princípio da gênese ou de produção, é a diferença que produz a oposição como simples aparência. A dialética se nutre de oposições porque ignora os mecanismos diferenciais muito sutis e subterrâneos. (p.76).

## CONCLUSÃO

Procurou-se compreender a relação da clínica com o fenômeno do diagnóstico, resgatando-se uma visão do fenômeno psicopatológico que compreende tanto a perspectiva diagnóstica da psiquiatria nosológica, quanto à perspectiva da psicopatologia psicanalítica. Como visto, não é possível encerrar a investigação a respeito do sofrimento emocional na categorização diagnóstica por meio da compilação de sintomas. É necessário se investigar verticalmente os processos dinâmicos que levaram a tal categorização.

A observação e explicação do que “são” doenças emocionais (ou transtornos psiquiátricos), e o que está implicado em seu diagnóstico é, assim, dependente da teoria que está sendo usada para sua apreensão. É essa teoria (seus valores, suas hipóteses de base, etc.) que fornece a perspectiva a partir da qual esses fenômenos podem ser observados, os dados apreendidos e organizados, relacionados, e colocados em conjuntos, nos quais são explicitadas suas dinâmicas de funcionamento (ou seja, sua explicação).

Kohut (1982) afirma que somente através da união dos esforços empíricos (coleta de dados e teoria próxima à experiência) e epistemológicos (exame do relacionamento entre os dados já coletados e, especialmente, o relacionamento entre as teorias próximas à experiência que já foram formuladas) diante do campo que é investigado, será possível progredir como ciência psicanalítica. Uma postura puramente especulativa, na qual teoria é construída por cima de teoria e a observação de campo é negligenciada, não trará ganho nenhum aos pacientes. Essa postura corre, sim, o risco de ser acusada de utilizar de “truques retóricos [...] úteis para render louvores ou provocar culpa” (Gergen, 1989, p.473).

Não há pessoa que constitua um sistema fechado. Somente se pode analisar o que está sendo atualizado (Freud, 1937/1996). Não se pode prever o futuro. Da mesma forma, não há tratamento completo, total. Os analisáveis são, também, não analisáveis (Hornstein, 2005; 2011). Assim, é necessário compreender que a

pessoa é o que foi, e também é o que está sendo, e é o que será. A isso se somam seus vínculos, seus sintomas nosológicos, seus mecanismos de defesas, suas perdas, etc. Há certa causalidade, onde os produtos do sistema também produzem o próprio sistema. Isso parece ser o que Freud (1917/1996) descobriu. Que o ego está em um processo de auto-organização constante. É um sistema aberto, ou melhor, é um sistema irreduzivelmente complexo. Trata-se, dessa forma, do que Kohut (1982, p.397) batizou de “uma psicologia de estados mentais complexos”.

Nos pacientes, o que ocorre é exatamente isso: complexidade. Há uma falta de homeostase entre a ordem e o caos, habitantes do psiquismo de todos nós. Não há um equilíbrio entre estabilidade e instabilidade. O sujeito sente que não é possível modificar-se sem ser destruído. Ou é deprimido, rígido, e frágil como um cristal, cheio de incapacidades e impossibilidades, ou então é uma oscilação frenética entre esse sujeito inerte e outro sujeito sem estabilidade alguma, em renovação incessante, caótico.

A clínica deve buscar auxiliar o sujeito a alcançar um estado chamado pelos manuais de psicopatologia de “eutímico”. Isso significa buscar um estado intermediário, que não é rígido, e que permite agir frente às perturbações imprevistas da vida e das relações. Isso deve se dar mediante mudanças que não podem ser consideradas uma simples destruição da organização fenomenológica preexistente. Deve ser uma reorganização, que permita o surgimento de novas propriedades fenomenológicas. Essas propriedades, por sua vez, não são previsíveis, e é justamente isso que faz da clínica um desafio.

Esse desafio se tornaria mais fácil se as teorias psicológicas tivessem sempre como pano de fundo a via de complexizar o sujeito, ao invés de simplificá-lo. Complexizá-lo, e não complexá-lo. Winnicott (1990) apontou um caminho semelhante, e também é possível apreender isso do texto do seminário X de Lacan, A Angústia (1962/2008), e em Televisão (Lacan, 1973/2008). Mais contemporaneamente, Stolorow, Atwood & Orange (2002) e Stolorow (2011) discutiram amplamente sobre o assunto.

A atividade terapêutica deve possibilitar a expansão da capacidade do paciente de interpretar a si mesmo, a fim de se dar conta do velho e repetitivo *modus operandi* de seu *self*. Ou melhor, do velho e repetitivo *modus vivendi* de seu *self*. E essa é, talvez,

uma das grandes tarefas. Afinal, como se pode querer impedir a compulsão à repetição de uma pessoa, se todos nós possuímos um DNA cujo objetivo final é replicar-se incessantemente? *Natura non facit saltus*. Não se impede a repetição. Aumentam-se as opções experienciais e oferece-se o direito de escolha de não replicar-se incessantemente.

É através de uma visão clínica contextual, adaptada ao *zeitgeist*, que se revela o significado, face o atomismo da intervenção clássica, de modo geral. Acima de tudo, a clínica tem que considerar indivíduos de “carne e osso”, assolados por conflitos e contradições internas, mas capazes de pensamento e ação racionais, movidos por forças das quais eles têm pouco conhecimento e por aspirações essenciais, alternadamente confusos ou lúcidos, satisfeitos ou frustrados, esperançosos ou desesperados, egoístas ou altruístas – em resumo, um ser humano irreduzivelmente complexo.

A expansão dessa compreensão, por parte do paciente, ocorre concomitantemente com a experiência relacional significativa em andamento no tratamento, causando um impacto emocional. Tanto a experiência relacional quanto o impacto emocional são componentes indissolúveis de um processo terapêutico unitário, que estabelece a possibilidade de princípios alternativos para novas experiências organizadoras para o *self*. Assim, os horizontes emocionais do paciente podem se tornar mais amplos, mais ricos, mais flexíveis e, obviamente, mais complexos. Na medida em que o controle rígido dos velhos princípios organizadores se afrouxa, e a experiência emocional se expande, ela se torna cada vez mais nomeável, simbolizável. Assim, o que o paciente sente fica perfeitamente entrelaçado ao tecido que forma o que ele é. A pessoa do paciente se torna capaz de entrar no Labirinto do Minotauro e encontrar a saída. Há, então, um aumento no senso de existir da pessoa e um equivalente aumento no senso de compreensão do próprio estado de humor e dos demais sentimentos, o que, por natureza, já melhora a autoestima e a autoconfiança realística, que funcionam como forças propulsoras para a coragem rumo às demais mudanças. Isso parece ser a essência de um tratamento psicanalítico moderno, voltado à complexidade.

Para finalizar, deixa-se o leitor interessado nessas questões todas na companhia das palavras de Freud (1919b/1996):

Nunca nos vangloriamos de possuir um saber e uma capacidade definitivos e completos. Estamos tão

dispostos agora como estávamos antes a reconhecer as falhas de nosso conhecimento, a aprender coisas novas e a modificar nossos métodos de qualquer forma que possa aperfeiçoá-los. (p. 99).

## REFERÊNCIAS

- Abraham, K. (1970). Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maniaco-depressiva e estados afins. *Teoria psicanalítica da libido*. (pp. 111-150). Rio de Janeiro, Imago. (Texto original publicado em 1912)
- Akhtar, S. (2009). *Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Bowlby, J. (1998). *Perda: Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Busch, F., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. Washington: American Psychiatric Association.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M., Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(3), 154-160.
- Cunha, A. (2010). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Lexicon.
- Deleuze, G. (1976). *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro: Editora Rio.
- Feyerabend, P. (1989). *Contra o método*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Foucault, M. (2008). *Arqueologia do Saber*. São Paulo: Forense Universitária. (Texto original publicado em 1969)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. VII*. (pp. 119-231). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996). Totem e Tabu. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XIII*. (pp. 249-327). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1913)
- Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XIV*. (pp. 99-122). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996). O estranho. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XVII*. (pp. 292-309). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1919a)
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapêutica psicanalítica. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XVII*. (pp. 99-137). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1919b)
- Freud, S. (1996). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XVIII*. (pp. 81-110). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996). O Mal-Estar na Civilização. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XXI*. (pp. 73-182). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1930)
- Freud, S. (1996). Por que a Guerra? *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XXII*. (pp. 189-201). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1933)
- Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XXIII*. (pp. 231-270). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1937)
- Freud, S. (1996). Moisés e o Monoteísmo: Três Ensaio. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, v. XXIII*. (pp. 13-221). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1939)
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gell-Mann, M. (1997). *O quark e o jaguar*. São Paulo: Gradiva.
- Gergen, K. (1989). Social Psychology and the wrong revolution. *European Journal of Social Psychology*, 19(5), 463-484.
- Grinberg, L. (2007). *Culpa y Depresion: Estudio Psicoanalítico*. Buenos Aires: Alianza Editorial. (Texto original publicado em 1971)
- Hegel, G. (2011). *A Ciência da Lógica*. São Paulo: Barcarolla. (Texto original publicado em 1812)
- Hornstein, L. (2005). *Intersubjetividad y Clínica*. Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Hornstein, L. (2011). *Las depresiones*. Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Kant, I. (2012). *Crítica da Razão Pura*. São Paulo: Vozes. (Texto original publicado em 1718)
- Kirk, A. (2005). Are we all going mad, or are the experts crazy? *August 14<sup>th</sup>, Edition of the Los Angeles Times*.
- Klein, M. (2009). Luto e sua relação com os estados maniaco-depressivos. *Obras Completas de Melanie Klein, v.1*. (pp. 39-70). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1940)
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 395-407.
- Kohut, H. (1990). *Como cura a psicanálise?* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lacan, J. (2008). *Seminário X – A Angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1962)
- Lacan, J. (2008). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1973)
- Laplanche, J., & Pontalis, D. (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Moore, B., & Fine, B. (1992). *Termos e Conceitos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Panksepp, J. (2001). The long-term psychobiological consequences of infant emotions: Prescriptions for the 21st century. *Neuro-Psychoanalysis*, 3, 149-178.
- Popper, K. (1993). *A Lógica da Pesquisa Científica*. São Paulo: Cultrix.
- Proust, M. (2007). *O caminho de Guermantes: Em busca do tempo perdido*. São Paulo: Globo.
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Stern, D. (1992). *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stolorow, R., Atwood, G., & Orange, D. (2002). *Worlds of experience*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. (2011). *World, Affectivity and Trauma*. New York: Routledge.
- Taylor, D. (2008). Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. *Advances in Psychiatric Treatments*, 14, 401-413.
- Wilson, E. (1999). *A Unidade do Conhecimento – Consiliência*. Rio de Janeiro: Campus.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zimerman, D. E. (2012). *Etimologia de Termos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em 18/02/2013  
Primeira Decisão Editorial em 08/02/2014  
Aceito em 26/02/2014