

DIAGNÓSTICO CLÍNICO X DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE: A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA NA CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLINICAL DIAGNOSTIC X DIAGNOSIS IN PSYCHOANALYSIS: THE MEANING OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

*Leonardo Augusto Couto Finelli¹
Angélica Silveira Martins de Mendonça²*

RESUMO

O diagnóstico carrega em si a pretensão de dar um veredicto, enunciar uma verdade sobre o sujeito. No campo da saúde, o trabalho diagnóstico baseia-se em variáveis observáveis, em que a regularidade, ou, a repetição das ocorrências, determinam o tipo de intervenções, a partir de uma relação causa/efeito. No diagnóstico estrutural em Psicanálise o saber é construído ao longo de uma atividade, a relação terapêutica, sendo a ênfase colocada na interação entre dois sujeitos, no qual o único instrumento disponível é a escuta do analista, na dimensão do discurso do analisando, para delimitar o campo de investigação - que é a estrutura do sujeito, o que implica em uma avaliação subjetiva. Pela forma em que se dispõe a fazer um diagnóstico pode-se colaborar para desconstruir as categorias psicopatológicas, e adentrar na gênese da formação dos processos e na dinâmica dos mecanismos clínicos. Para ilustrar essa discussão apresenta-se um caso clínico que ilustra a rotulação proveniente de um diagnóstico dado às pressas. Nesse sentido, a reflexão técnico-teórica, discute o diagnóstico diferencial a partir da construção diagnóstica clínica e da psicanalítica. Conclui-se que o erro reconhecimento de um diagnóstico pode levar a condução clínica que nem sempre é a melhor para o paciente, se essa não for passível de ser colocada a prova e revisada.

Palavras Chave: Diagnóstico Diferencial. Diagnóstico Clínico. Diagnóstico em Psicanálise. Clínica Infantil. Função Diagnóstica.

ABSTRACT

The diagnosis carries the pretense of giving a verdict, stating a truth about the subject. In health, the diagnostic work is based on observable variables, in which the regularity or the repetition of the events, determine the type of interventions, from a relationship of cause/effect. In structural psychoanalysis diagnosis the knowledge is built over an activity, the therapeutic relationship, with the emphasis in the interaction between two subjects and which the only instrument available is the listening to the analyst from the analyzing speech, to delimit the research field - which is the subject of the structure, and implies a subjective evaluation. By the way one makes a diagnosis it can work to deconstruct the psychopathological categories, and get into the genesis of the formation of the processes and dynamics of clinical mechanisms. To illustrate this discussion we present a case that illustrates the labeling from a diagnosis made in a hurry. In this sense, the technical and theoretical reflection, discusses the differential diagnosis from clinical diagnostic construction and psychoanalytic diagnosis. We conclude that the error recognition of a diagnosis can lead to a clinical course that is not always the best for the patient, if this is not likely to be put to the test and revised.

Keywords: Differential Diagnosis. Clinical diagnosis. Diagnosis in psychoanalysis. Children's Clinic. Diagnostic function.

¹ Mestre em Psicologia. Graduado em Psicologia. Graduado em Pedagogia; Professor adjunto das Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE. E-mail: finellipsi@gmail.com

² Psicóloga.

INTRODUÇÃO

Diferente da clínica médica, a clínica psicanalítica apresenta uma aceção muito peculiar do diagnóstico. Esse não é realizado de maneira objetiva e direta, ou seja, de acordo com o conjunto de sintomas definindo imediatamente a doença ou distúrbio. Como perspectiva clínica, a atuação profissional do psicanalista, não se vale de roteiros previamente definidos a serem seguidos. Os roteiros fenomenológicos que orientarão a investigação devem ser estabelecidos dentro do espaço analítico, a partir da condição de transferência, para determinar a direção do tratamento. A precipitação em estabelecer o diagnóstico, sob o risco de rotular o paciente em uma patologia, pode empobrecer, em muito, a escuta, ao torná-la hipersensível a certas falas do sujeito e/ou surda a outras (COUTINHO, 2007).

A realização de um diagnóstico é importante para a organização e orientação de uma proposta de tratamento. A partir daquele define-se as ações prioritárias deste. Não obstante, é frequente se observar casos, em que a melhora do quadro clínico não se evidencia. Nestes é comum se verificar que o tratamento realizado encontra-se inadequado em função de um diagnóstico equivocado (ARZENO, 1995; CUNHA, 2003; DUARTE, 2013).

Figueiredo e Machado (2000) orientam que para situar o diagnóstico em psicanálise, o profissional é levado a interrogar o estatuto do inconsciente em relação à realidade. A psicanálise indica que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica. Essa tem no inconsciente sua fonte primária de reconhecimento da realidade psíquica (entendida como a internalização mental da realidade factual).

Para a promoção do diagnóstico o analista passa a ser incluído no funcionamento psíquico do sujeito por meio da transferência. O sujeito endereça ao analista sua fala, ou seja, sua produção discursiva. A partir da escuta do discurso dos aspectos considerados importantes pelo sujeito o diagnóstico começa a ser construído (QUINET, 2005).

O diagnóstico pode ser tomado como um mal necessário, ou como um bem perigoso. Vieira (2001) adverte que, apoiado em um diagnóstico se conhece o indivíduo, mas se perde o sujeito. Assim, aponta três razões para o uso do diagnóstico; inicialmente para troca de ideias, ou, apresentação do caso. Uma segunda considera, também, conhecer o estilo do analisante, onde verifica-se se sua demanda se adequa a um tratamento psicanalítico. Por fim, caso o estilo seja adequado, encaminhar o cliente para condução do tratamento.

Segundo Santiago (2011), para que o sintoma represente alguma coisa para o sujeito, é preciso que o mesmo adquira um sentido (frequentemente de incomodo ou desprazer) para o analisando. Para promover tal sentido o analista pode ocupar o lugar de intérprete do sintoma. Entretanto sua oferta não deve restringir-se a uma nomeação. O analista deve possibilitar ao sujeito

que lhe traz um sintoma, enquanto uma formação do inconsciente que faz com que o mesmo tropece, a chance da palavra o levantar. Neste caso, não deveria haver chance de se apresentar pelo silêncio, que aliena o sujeito e o transforma em pura determinação.

O diagnóstico clínico, habitualmente, contempla o órgão, ou região anatômica, afetada, as funções comprometidas e as causas dessas alterações. As probabilidades de manifestação de determinadas doenças, de acordo com a faixa etária, estilo de vida (nível de renda, escolaridade e trabalho) e localização geográfica do paciente, também são levadas em conta. O bom diagnóstico clínico tem como base a orientação profissional e a postura ética. Nesse sentido, faz-se mister reconhecer que, anterior ao diagnóstico, existe alguém que sofre, que está com algum problema. Há algo que incomoda o sujeito, e esse deve ser indagado para a identificação da verdadeira causa de seu mal estar (ARZENO, 1995).

Para o acolhimento do sujeito, as entrevistas podem ter a função de oferecer ao sujeito um espaço de escuta. A entrevista psicológica é uma técnica impreterível e de fundamental importância para o processo de diagnóstico psicológico. A partir do campo de entrevista, que se configura em função da estrutura psicológica particular do entrevistado. Com ela, o psicólogo poderá ter acesso a alguns aspectos da personalidade do cliente e aos motivos que o levaram à solicitação da entrevista, através das angústias, ansiedades e defesas que surgirão na comunicação (ABEL, 2013; SANTIAGO, 1984).

É fundamental que o psicólogo saiba observar, perceber, escutar com tranquilidade e aproximar-se do paciente cuidadosamente, convidando-o a se colocar em trabalho. Somente assim, o psicólogo poderá ter acesso às motivações inconscientes do paciente que se constituem, verdadeiramente, como responsáveis por suas aflições (CUNHA, 2003).

Para fundamentar tal discussão, essa investigação caracterizou as diferenças entre o diagnóstico em psicanálise da proposta de diagnóstico clínico, a partir da discussão de um Caso Clínico do atendimento de Bruno³ para ilustrar tal distinção técnico-teórica. Ambas serão apresentadas a partir de aspectos da literatura e complementadas com a discussão do caso. O trabalho conclui-se então com a discussão das diferenças.

MATERIAIS E MÉTODOS

O desenvolvimento dessa investigação consistiu-se na revisão da literatura que subsidiou a construção do referencial teórico estruturado, considerando elaborações de fontes distintas. Tais auxiliaram na condução do caso clínico, realizado como procedimento de formação em psicanálise.

³ Nome fictício atribuído à criança atendida de modo a atender os preceitos éticos da pesquisa e resguardar a identidade do sujeito.

Posteriormente, foi concretizada a discussão das percepções da experiência e práxis sobre o tema proposto. Realizando assim a escrita da pesquisa, concluída em junho de 2012.

O trabalho contou com a autorização da Clínica-escola da instituição em que se deu o atendimento do menor, assim como a autorização do responsável legal pelo menor e anuência da criança através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme normas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, Ministério, 1996), sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Funorte/Soebras, com o registro: 01886/11.

Apresentação do Caso Bruno

Bruno, um garoto do sexo masculino, de sete anos de idade, chegou ao consultório da clínica psicanalítica em 10 de agosto, encaminhado pela escola que se refere a ele como inadequado e agressivo, “apesar de nunca ter machucado ninguém” (sic palavras da mãe de Bruno). A genitora relatou que a “escola menciona também, que a criança apresenta comportamentos inadmissíveis”, porém, não os descreve.

A partir da entrevista inicial com a mãe, antes do primeiro encontro com a criança, houve conhecimento de que o filho estava em tratamento psiquiátrico, fazendo uso do medicamento devido ao diagnóstico de TOC. Aquela apresentou o encaminhamento da escola para atendimento clínico da criança. Anexado ao encaminhamento da escola, havia um relatório médico, datado de março daquele ano, com diagnóstico realizado por psiquiatra. Tal documento indicava o diagnóstico clínico de Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC (F 42) associado à Transtorno de Conduta (F 91), informando ainda que a criança fazia uso de medicamento (Anafranil, 25 mg), no entanto, não informava quantas vezes ao dia, nem o horário que deveria ser administrado.

A criança estuda na mesma escola em que a mãe trabalha, e sempre que “apronta” as professoras e demais funcionários imediatamente a convocam para resolver o problema criado pelo filho. Bruno ameaça colegas e professores, mas só colocou alguém em risco, de fato, a si mesmo, quando fugiu, por duas vezes, da escola, que é localizada em uma avenida de grande tráfego de veículos. Relatou ainda que a criança, à época, tinha pensamentos constantes de transar com mulheres de seu convívio, como a mãe, a avó e a professora, além do desejo de furar-lhes os olhos e arrancar-lhes o coração. Alega também, que o filho imagina existirem dois “Brunos”, um matando o outro, e que a criança apresenta necessidade de contar tudo que imagina à mãe.

No primeiro encontro com a criança, este relata que sabe o porquê de estar vindo à clínica nas seguintes palavras: (sic) “tenho problema de cabeça, mas já fui no médico, tomo remédio e melhorei.”. Os relatos que Bruno apresentou foram sempre muito fantasiosos. Nestes, o menor, sempre era algum personagem poderoso e destruidor. Demonstrou preferência por jogos de luta e jogos em que podia manipular as regras. Quando solicitado a ensinar os truques de um jogo de

videogame, que era mencionado com frequência, Bruno diz que: (sic) “o jogo tem segredos irreveláveis” e “que o melhor é ir descobrindo aos poucos”.

Ao longo dos atendimentos Bruno apresentou discurso mais sociável, e menos agressivo. Na transição de ano o mesmo mudou de escola, sob decisão da mãe. Relatou a boa relação que estabeleceu com os colegas da nova escola e os passeios que fazia com um tio, o que antes não era permitido, já que ele só saía de casa acompanhado da mãe.

Ao final do tratamento psicanalítico, em maio do ano seguinte, após dez meses de acompanhamento, Bruno demonstrava controle de sua agressividade e afetividade, e os pensamentos recorrentes haviam desaparecido. Na nova escola adaptou-se as normas e demonstrou bom rendimento acadêmico o que levou a assunção da remissão da queixa e sintomas iniciais. No entanto, Bruno ainda apresenta discurso fantasioso, direcionado aos jogos no videogame e a insetos, típicos da idade.

Em conversa com a mãe, consentida por Bruno, ao término do tratamento, esta relata que desde março do ano seguinte ao início da terapia, a criança (já com oito anos) não fazia uso de medicamentos, por orientação do médico que acompanhou todo o tratamento, considerando-o finalizado com sucesso. Relatou ainda que a criança, enquanto fazia uso do medicamento, estava muito mais agitada, tanto em casa quanto na escola. Após a suspensão do medicamento apresentou-se mais tranquilo, e que o mesmo não mencionou mais os pensamentos, anteriormente recorrentes, de transar com as mulheres de seu convívio e de furar-lhes os olhos.

Considerações sobre o tratamento psicanalítico de Bruno

Geralmente a primeira entrevista, para o atendimento com crianças, é feita com os pais, por isso, é importante combinar com estes, o esclarecimento ao filho sobre o motivo pelo qual o levaram ao consultório. É importante considerar também como se dará o tratamento, e eventualmente quais técnicas serão utilizadas, assim como sua finalidade para assegurar a compreensão e adesão à terapia (NETO; SANTOS, 2014).

No atendimento de crianças, uma possibilidade muito útil, é utilizar a técnica nomeada de Hora do Jogo Diagnóstica – HJD, que, em seu momento inicial, equivale à primeira entrevista com adultos. A escolha de brinquedos e de brincadeiras, as modalidades de brincadeiras, a personificação, a motricidade, a criatividade, a capacidade simbólica, a tolerância à frustração, e a adequação à realidade são indicadores fundamentais para fins diagnósticos e prognósticos a serem considerados na HJD. Para utilizar a técnica, é adequado trabalhar em uma sala razoavelmente ampla, com pouca mobília, a fim de possibilitar a criança maior espaço para se movimentar, e dispor de uma caixa de brinquedos, com dispositivos variados quanto a tipo, faixa etária adequada, textura, cor, etc (OCAMPO; ARZENO; PICCOLO, 2001).

O jogo é uma forma de expressão da capacidade simbólica, além de ser a via de acesso às fantasias inconscientes infantis. Quanto mais a criança utilizar uma variedade de elementos para se expressar, maiores possibilidades egóicas serão reveladas. Pode-se avaliar, através deste indicador, a riqueza expressiva, a capacidade intelectual e a qualidade do conflito da criança (OCAMPO; ARZENO; PICCOLO, 2001).

Freud nos oferece, em seus estudos, diferentes teorizações sobre as crianças. No texto “Análise da fobia de um menino de cinco anos” (1909/1996) inaugura, de fato, a prática da psicanálise com crianças. Rompe assim com as limitações da aplicabilidade da psicanálise a este grupo de sujeitos. Além disso, a análise de tal caso se torna uma confirmação empírica de um dos conceitos fundamentais da psicanálise: a sexualidade infantil.

Lacan (2008), avançando a partir da teoria de Freud, acrescenta os complexos infantis que evidenciam cumprir um papel de organizadores no desenvolvimento psíquico. Os três complexos identificados por Lacan são: o complexo de desmame que estabelece as relações entre a mãe e a criança; o complexo de intrusão que estabelece a relação entre a mãe, a criança e o rival imaginário; e o complexo de Édipo que estabelece a relação entre a mãe, a criança e a imago paterna, introduzindo aí algo da dimensão de um obstáculo.

Para Lacan (2008) a estrutura da imago do outro está ligada à estrutura do corpo próprio, de suas funções de relação. Lacan introduz sua tese do Estádio do Espelho, em que descreve a formação do ego através do processo de objetificação, sendo o ego estruturado numa disjunção entre a imagem reconhecida no espelho e a realidade emocional vivida pela criança.

A maneira como o sujeito vivencia o complexo de Édipo fica cristalizada no tipo de relação que irá sustentar com a realidade. Torna tal ato, inconscientemente, uma tomada de postura perante à vida. A imago do pai que se vincula é a do guardião das leis e da imposição das mesmas. A este significante, Lacan chamou de o Nome-do-Pai, e a operação em que este faz valer a lei do pai, inclusive para a mãe, nomeou de Metáfora Paterna.

Quinet (2005) afirma que é a partir do simbólico que se pode fazer diagnóstico estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo, que correspondem às três estruturas clínicas: psicose, neurose e perversão. Para este autor as estruturas se constituem pelo modo de negação e o retorno de cada uma. No recalque, o que é negado é o simbólico, que retorna como sintoma neurótico. No desmedido, o que é negado retorna como fetiche do perverso. E por fim, na psicose o que é negado no simbólico retorna no real sob forma de alucinação.

Considerando a relevância do cuidado para construir o diagnóstico em psicanálise pondera-se sobre o atendimento do caso Bruno, que oportunizou construir um diagnóstico em conjunto com o paciente, ouvindo a sua demanda. No contexto clínico emergiu a subjetividade do sujeito. Essa articulada ao sentido do seu sofrimento possibilitou estabelecimento de vínculo para continuidade

do tratamento. Tal caso foi escolhido para apresentação e ilustração desta discussão em função de se atentar para o cuidado com o paciente e considerar as repercussões de um rótulo na vida de um sujeito, o que pode causar sérios danos à saúde psíquica.

Diagnóstico Clínico

Quando se fala em diagnóstico, reporta-se à utilização de um termo da área médica. Cabe ao profissional estabelecer um diagnóstico, utilizando-se de técnicas e instrumentos que permitam um exame direto, observável, objetivando determinar a natureza da afecção e localizá-la a nível nosológico (ROMARO, 1999).

A necessidade de um nome para a doença, um diagnóstico, constitui o principal e mais imediato problema do paciente, ele necessita nomear seu sofrimento. Para isso, a medicina se serve inicialmente do modelo biológico. Em segundo plano, o médico considera com detalhes a experiência subjetiva de adoecer que o paciente vive (BRASIL, Marcos, 1996).

O estudo da doença mental inicia pela observação cuidadosa de suas manifestações. A mesma passa também pela grande dificuldade de classificar e definir diferenças específicas, uma vez que o conceito de saúde e normalidade em psicopatologia não é bem definido. Por isso, há, no processo diagnóstico, uma relação dialética permanente (DALGALARRONDO, 2008).

Existem sintomas que são comuns para diversas doenças. Essa similaridade em determinadas síndromes pode gerar confusão. Nesses casos, há necessidade de um diagnóstico diferencial. Contudo esse não pode ser apenas normativo, pois servirá para escolher o tratamento mais apropriado à condição clínica do sujeito/paciente (ADRADOS, 2004).

Posto isso, apresenta-se a definição de diagnóstico em psicanálise. Tal visa expor as diferenças e similaridades presentes no processo de trabalho do clínico.

Diagnóstico em Psicanálise

O diagnóstico estrutural em psicanálise é instrumento essencial à prática clínica. Ainda que, a experiência cotidiana, não raramente, desafie os psicanalistas com conjunto de sintomas que parecem não permitir enquadramento claro em alguma estrutura. Isso faz com que se torne desnecessário fechar um diagnóstico estrutural precocemente (COUTINHO, 2007).

Em toda prática clínica é usual procurar estabelecer correlações entre a especificidade dos sintomas e a identificação de um diagnóstico. Entretanto para a psicanálise a única técnica de investigação reconhecida é a escuta. É no dizer que algo da estrutura do sujeito é localizável. É com este algo que se conta para construir o diagnóstico (DOR, 1994).

O diagnóstico diferencial só se coloca em psicanálise como função de orientação e condução do tratamento. Para tanto, o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, no qual são

compostas por meio dos três modos de negação do Édipo, correspondentes às três estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão (QUINET, 2005).

Uma vez que se define um diagnóstico, o profissional tem a tendência de deixar de se ocupar com os aspectos do paciente que não se encaixam naquele diagnóstico em especial. Com isso, o clínico passa a dar uma atenção exagerada às características (muitas vezes sutis) que parecem confirmar um diagnóstico inicial. A psicoterapia deve ser um processo no qual o terapeuta tenta conhecer o paciente da maneira mais completa possível, para se construir o diagnóstico ao longo da análise, norteando as interpretações e direcionando o tratamento (YALOM, 2006).

Na clínica psicanalítica, o diagnóstico pode ser estabelecido provisoriamente através das entrevistas preliminares. No entanto, não se pode deixar de reconhecer que há ambiguidade implícita no processo diagnóstico dentro da clínica psicanalítica. Por um lado, há necessidade de se estabelecer um diagnóstico precocemente para decidir quanto à condução da cura, por outro, salienta que a pertinência do diagnóstico só poderá receber confirmação após certo tempo de tratamento (ROMARO, 1999).

Embora a análise se inicie com a associação livre, Freud observou que, dado à diversidade psíquica encontrada nos pacientes e pensando no êxito do tratamento, o mesmo deve iniciar-se com algumas entrevistas preliminares. Este período inicial inclui um intervalo temporal de sessões prévias ao início da análise propriamente dita. As entrevistas preliminares objetivam então, segundo Freud (1912/1996), transformar a queixa em sintoma, possibilitar o diagnóstico diferencial, sobretudo entre neurose e psicose, permitir ao analista conhecer o caso, avaliar se seria apropriado, ou não, tomá-lo em análise, e, por fim, estabelecer a transferência (instrumento de condução do tratamento).

Nas entrevistas preliminares o analista se põe à escuta, intervém esperando que algo se dialetize, que um significante remeta a outro significante. Essas terminam no momento em que houver a instalação da transferência (FORBES, 1999).

Assim, torna-se possível reconhecer distinções, que assumem o caráter técnico-científico, entre o diagnóstico em psicanálise e o diagnóstico clínico. O diagnóstico, segundo a clínica, se baseia, essencialmente, nos sinais e sintomas para a taxionomia das patologias. Para a psicanálise, porém, o inconsciente possui um determinismo particular que não se aplica às generalizações. Assim, seu diagnóstico lida com o reconhecimento da estrutura psíquica, e a partir dessa com o significado dos sintomas como elementos de desadaptação do sujeito. Isso porque esse modelo é fundamentado em sua abordagem teórica com a questão do inconsciente que tem um funcionamento tópico, econômico e dinâmico, e que utiliza como referência certos elementos estáveis das perspectivas estruturais do sujeito, e em nada determina um diagnóstico a partir das correlações entre esses elementos, e os efeitos sintomáticos (PAULO; PIRES, 2013).

Discussão e análise

Segundo Yalom (2006) embora um diagnóstico seja inquestionavelmente crucial nas considerações terapêuticas de muitas patologias graves com um substrato biológico, ele é frequentemente contraproducente na psicoterapia. O analista opera a partir de um não saber, uma aposta realizada a cada sessão.

Para Gurgel (2012) o método da associação livre, proposto aos pacientes em terapia psicanalítica, desata as amarras da palavra e libera o falante dos laços de coerência. Assim, é possível resgatar, pela fala, algo do sujeito, que não era reconhecido pelo discurso científico. Isto torna possível também a assunção da sua história através da fala.

Não foi percebido em nenhum momento durante os atendimentos de entrevista preliminar a Bruno, nem no discurso de sua mãe, algo que comprovasse a demanda da escola e/ou do médico psiquiatra, que justificasse o uso de medicamento e o diagnóstico de TOC. Ao contrário do esperado, do convencional, a criança apresenta “melhora” do quadro clínico (remissão dos sintomas) com o fim da administração do medicamento. Seria esse o efeito da análise, no qual estava sendo acompanhado? Bruno encontra um lugar para ser ouvido, e por meio da transferência consegue alguém que o auxilia a significar o seu sintoma.

É na fala do sujeito que começa o trabalho clínico para a psicanálise. Bruno localizou esse espaço, possibilitando a desconstrução do rótulo, que veio aderido a sua descrição proposta pela escola, pelo psiquiatra e que a mãe também reconheceu.

A partir deste rótulo, iniciou-se o processo de construção do caso Bruno por meio das entrevistas preliminares em psicanálise. Neste período de elaboração diagnóstica foi possível perceber que as fantasias criadas pela criança eram próprias do processo que a mesma estava vivenciando, a saber, a travessia do Complexo de Édipo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o diagnóstico não se esgota em um rótulo. Constitui-se em uma forma de expressão psíquica de um ser, entretanto é a partir da escuta, e em parceria com o sujeito, que ele pode ser construído. E, para que o diagnóstico não assuma o caráter de um estigma, deve sempre permear a ideia de uma hipótese para ser constantemente questionada ao longo do processo de atendimento.

O diagnóstico em psicanálise admite transformações ao longo de um processo de análise. Como a clínica trabalha em um tempo lógico, não há diagnóstico único. Se no início da análise o

profissional propõe uma pressuposição diagnóstica, ao final desta, o analisando a modular a partir de seu sintoma, o irreduzível de sua subjetividade, alterando assim a concepção inicial.

Pela forma em que se dispõe a fazer um diagnóstico em psicanálise pode-se colaborar a desconstruir as rotulações psicopatológicas, e assim adentrar na gênese da formação dos processos e na dinâmica dos mecanismos de funcionamento psíquico. Portanto, um diagnóstico neste sentido visa abordar a articulação dos processos e as transformações surgidas no decorrer de uma história individual e singular. Desta forma, a teoria funciona como balizadora, oferecendo apoio ao psicanalista, e nunca, como pensamento esquemático pretendendo dar conta da complexidade própria do sujeito.

Construir diagnóstico estrutural em psicanálise não é simples. Ainda que se adotem traços estruturais, os mesmos sintomas podem aparecer em diferentes estruturas. Assim como no campo médico, onde existem alguns sintomas que são comuns para diversas doenças. Essa similaridade em determinadas síndromes pode gerar confusão. Entretanto, ainda é possível reconhecer diagnóstico sendo realizado às pressas, em apenas uma consulta. Tais, podem ser equivocados, promovendo rótulos e comprometendo a saúde psíquica do sujeito, assim como levar a tratamentos inadequados.

Em uma atuação clínica torna-se fundamental a compreensão da problemática apresentada levando-se em conta tanto os aspectos descritivos quanto os estruturais, através dos quais se inicia a busca do significado do sintoma. A cuidadosa escuta analítica, não contaminada pela premência de classificação nosológica permite essa busca.

REFERÊNCIAS

- ABEL, M. C. Diagnóstico em Freud e Lacan: Objectivos, Métodos e Critérios. **Psicologia**, Lisboa, v. 27, n. 2, 2013.
- ADRADOS, I. **A intuição do psicólogo: técnicas de abordagem com uso do Rorschach**. São Paulo: Vetor, 2004.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BRASIL, Marcos Antônio Alves. A ética do sofrimento Humano. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. F. (Orgs.). **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p. 11-26.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996.
- COUTINHO, A. H. S. de A. Escutar é preciso, diagnosticar não é preciso. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 29, n. 54, set. 2007.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOR, J. **Estrutura e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus, 1994.

DUARTE, R. de O. O caso da "pequena sereia": uma reflexão sobre diagnóstico diferencial e final de análise com crianças. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 3, dez. 2013.

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

FORBES, J. **Da palavra ao gesto do analista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. X.

FREUD, S. (1912). Sobre o Início do tratamento. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

GURGEL, I. **As surpresas de uma fala**: as formações do inconsciente e seus efeitos com relação às identificações exigidas pelo mestre contemporâneo. Acervo da biblioteca da Escola Brasileira de Psicanálise. Disponível em: <<http://www.ebp.org.br/enapol/09/pt/textos/iordan.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

LACAN, J. **Os complexos familiares na formação do indivíduo**: ensaio de análise de uma função em psicologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

NETO, F. K.; SANTOS, R. A. N. Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: Tensões entre psiquiatria e psicanálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 40, p. 63-82, jan./jun. 2014.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. de. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

PAULO, A. M. R.; PIRES, A. P. Operacionalização psicodinâmica de diagnóstico (OPD-2) numa psicanálise. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 163-178, 2013.

QUINET, A. **As 4+1 Condições de Análise**. 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ROMARO, R. A. O estabelecimento do diagnóstico em psicanálise. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 3, n. 2, p. 23-37, 1999.

SANTIAGO, A. L. **Diagnóstico diferencial entre neurose e psicose**: uma função das entrevistas preliminares. Acervo da biblioteca da Escola Brasileira de Psicanálise. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Ana_Lydia_Santiago_Diagnostico_diferencial_entre_neurose_e_psicose.pdf>. Acesso em: 01 set. 2011.

SANTIAGO, M. D. E. Entrevistas clínicas. In: TRINCA, W. (Org.) **Diagnóstico Psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984, p. 67-81.

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/UFRJ, v.1, p.171-181.

YALOM, I. D. **Os desafios da terapia**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.