

A essência não é o sintoma: contribuições para uma discussão sobre diagnósticos*

Alcindo José Rosa**

Centro Integrado de Atenção Psicossocial de Assis

Resumo: Considerando as dificuldades de realização de um adequado diagnóstico psicológico durante processos psicoterápicos na saúde mental pública, discute-se inicialmente a influência da nosografia psiquiátrica na prática dos psicólogos. Em seguida, à luz do referencial psicanalítico, apresenta-se um estudo de caso com a finalidade de ilustrar o surgimento de hipóteses diagnósticas ao longo de uma psicoterapia e, por conseguinte, a transcendência da mera descrição de sintomas como índice diagnóstico. Concluindo, enfatizam-se as características dos vários marcos e níveis diagnósticos e a importância do diagnóstico psicológico como possibilidade de ultrapassar a dicotomia normal-patológico.

Palavras-chave: diagnósticos; psicoterapia; saúde mental pública.

Observações iniciais

A pouca frequência com que os profissionais da saúde mental se dispõem a estudar “critérios de diagnóstico” parece nos indicar que, longe da existência de consensos sobre a questão, há na verdade neste âmbito grandes polêmicas, as quais podem ser aproximadas promovendo e enriquecendo a conduta psicoterápica adotada com os pacientes. Na psiquiatria, o diagnóstico pode ser realizado numa primeira avaliação e esta geralmente é suficiente para descrever, classificar os sintomas e indicar os procedimentos médicos a serem tomados. Enquanto isso, na psicologia, o diagnóstico é longitudinal e não pretende revelar de qual tipo de sofrimento o paciente diz padecer, mas como o vivencia psiquicamente, aspecto este que se expõe no campo relacional psicoterapeuta-paciente.

No exercício da psicologia clínica, um dos primeiros procedimentos que somos convidados a fazer, por dever de ofício, desde a entrevista psicológica, é a realização de alguma forma de diagnóstico psicológico. Frequentemente, o que se observa na prática dos profissionais da área é que estes adotam critérios diagnósticos cada um “à sua moda”, geralmente sustentados por algum marco teórico ou, o que é pior, às vezes por nenhum.

Ao longo de nossa experiência, fomos percebendo que, na saúde mental pública, o diagnóstico adotado pelos psicólogos é um misto de psicodiagnóstico com chavões “copiados” da nosografia psiquiátrica e outras trivialidades “psicologizantes”. Ao fim das contas, podemos concluir que há, em verdade, uma grande dificuldade de identificarmos e nomearmos a forma de funcionamento mental de nossos pacientes.

* Este artigo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada *Vicissitudes Diagnósticas em Psicoterapia na Saúde Mental Pública*, defendida em 05/05/2000 junto ao programa de Pós Graduação em Psicologia da UNESP/Assis e financiada pela FAPESP

** Psicólogo junto ao Centro Integrado de Atenção Psicossocial de Assis-SP.

A dificuldade cresce ainda mais se consideramos que, no campo puramente psíquico, trabalhamos com conceitos explicativos sobre o funcionamento mental extremamente subjetivos e, portanto, sujeitos a toda sorte de interpretação. Mesmo na psiquiatria, com extensivas pesquisas que se propuseram e se propõem a classificar a forma de manifestação dos sintomas, culminando na formulação de nosografias (DSMs e CIDs), a polêmica ainda permanece.

Contudo, e muito claramente nas unidades de saúde mental pública, o modo de descrevermos o sofrimento psíquico presente nos casos, permanece ou é obnubilado pelo modelo descritivo da nosografia. Portanto, o profissional psicólogo fica atrelado a este modelo, o que pouco contribui para o esclarecimento e o entendimento do modo de funcionamento mental de seu paciente.

Assim, um paradoxo se apresenta: o diagnóstico realizado pela psiquiatria geralmente pretende circunstanciar um quadro sintomático para poder descrevê-lo ou tratá-lo. Na prática do psicólogo, o objetivo a princípio é desenvolver algum tipo de psicoterapia ou dar algum encaminhamento ao caso. Portanto, o nível de diagnóstico para a psicologia deveria ser outro. Deveria este avançar para além da descrição, para a essência do sofrimento humano.

Considerando, portanto, que no cerne de qualquer tipo de psicoterapia, a questão diagnóstica está presente, ousamos pensar e perguntar se na saúde mental pública esta questão não estaria sendo desvalorizada, se os profissionais não estariam “atendendo por atender”, sem levar em conta a importância deste procedimento para o sucesso psicoterápico, tanto em termos de vínculo ao processo, quanto de resolutividade dos casos. Neste sentido, ficamos a pensar se diagnósticos inadequados não estariam contribuindo para a danificação das propostas psicoterápicas em saúde mental pública?

Nosso objetivo

A partir das considerações realizadas acima, desenvolvemos uma pesquisa em nível de mestrado, numa unidade de saúde mental pública¹, com o objetivo de investigar e estabelecer relações entre o diagnóstico psicológico, realizado longitudinalmente dentro do processo psicoterápico (de orientação psicanalítica) e o diagnóstico nosográfico, realizado pelo médico psiquiatra. Entretanto, neste momento, nosso objetivo é apenas ilustrar como fomos articulando nossas inquietações de pesquisa com os dados clínicos encontrados num caso.

Por onde caminhamos

Considerando nosso objetivo na citada pesquisa, optamos por adotar o método psicanalítico e, por conseguinte a psicoterapia, como recursos que nos instrumentalizasse e permitisse “pesquisar-atendendo”.

Os casos que nos foram encaminhados tinham indicação para psicoterapia e haviam recebido algum diagnóstico na avaliação psiquiátrica. Durante um certo período, recebemos cerca de 60 casos (adultos), aos quais propusemos psicoterapia. Muitos desistiram, outros permaneceram por algumas sessões, outros permaneceram vinculados por mais de 50 sessões. Destes últimos, selecionamos 05 casos e sobre seus dados demonstramos nossa investigação diagnóstica.

¹ Realizamos a pesquisa no Centro Integrado de Atenção Psicossocial de Assis-SP.

Investigando um caso

Apresentamos em seguida uma vinheta da análise de um dos casos selecionados²: Trata-se de Augusto, um moço que tinha 18 anos, era solteiro e estava desempregado. Havia estudado até o 2^o colegial. Na ocasião, morava com um parente, pois a mãe havia falecido quando ele ainda era criança. No primeiro atendimento, estava acompanhado de um primo, e vinha encaminhado pelo Pronto Socorro, após tentativa de suicídio. Sentia-se isolado, triste, com sentimentos negativos e com o seguinte diagnóstico psiquiátrico: quadro de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (CID-10: F33.3)³.

Ao longo da psicoterapia, Augusto não faltava. Conversava com desenvoltura, ria, chorava, ficava bravo e se desculpava com muita facilidade. Leitor assíduo de livros, sentia-se importante ao falar como que em “filosofês” e, muitas vezes, queria discuti-los nas sessões. Ao mesmo tempo, parecia extrair de suas leituras algo que o instruíra racionalmente sobre o que fazer de sua vida, o como proceder, embora chegasse a perceber que tal esforço era em vão. Com isto, muitas vezes, sua fala perdia-se em meio à verborragia, numa alucinada tentativa de justificar seus atos e sentimentos.

A tentativa de suicídio de Augusto e os aspectos depressivos que apresentara na avaliação psiquiátrica permitiram ao médico psiquiatra diagnosticá-lo como estando num *episódio depressivo grave com sintomas psicóticos* (CID-10). Contudo, a certa facilidade com que melhorou em pouco tempo de psicoterapia, sem uso algum de medicamentos, levou à consideração de que a situação de Augusto não era tão grave, assim como também não era tão episódica. A forma efetiva com que se colocava na relação terapêutica denunciava a solidão afetiva em que vivia. Sozinho em suas leituras filosóficas

madrugada afora, dialogava com os filósofos, escritores e poetas, como quem dialogava consigo mesmo, com “*o ser e o nada*”, dizendo ser ele o nada.

Surgiu então, para nós, uma primeira conjectura diagnóstica possível. Apontava-nos para o vazio de Augusto, uma carência, senão uma ausência de conteúdos mentais e emocionais que o orientasse e desse sentido à sua vida. Carência tão bem expressa na sua idéia de montar um tele-mãe, “*eu tenho visto por aí, existem vários serviços telefônicos agora, tem “tele” de tudo quanto é coisa. Fiquei imaginando que podia montar um tele-mãe... um serviço telefônico de conselhos dados por mãe... ia ser fácil, bastaria colocar umas velhinhas do outro lado da linha, pagaria uma mixaria para elas ... acho que ia ganhar dinheiro ... tem muita gente precisando*”. Desejo de estar ligado, conectado emocionalmente a algo que lhe desse parâmetros, tal como podia estar sendo a relação psicoterapêutica. Assim, neste recorte, a tentativa de suicídio adquiria importância não como índice demonstrativo do estado depressivo de Augusto, mas como denúncia de sua impossibilidade de continuar vivendo com a sensação de que era “o nada”, sem pai nem mãe. Parecia, ainda, constituir um pedido extremo de socorro, de alguma forma de ajuda que o auxiliassem a sentir-se enquanto “o ser”, ou seja, a ter referenciais e uma existência própria.

“*Eu não sou nada*”, disse em certa sessão. Parecia ser esta uma equação muito simbólica para dizer do diagnóstico de Augusto. A vida era estranha. Os ambientes, o mundo lhe eram estranhos. A sala de atendimento parecia aos seus sentidos um sarcófago, “*um lugar onde se coloca as múmias... meio mortas, meio vivas*”. Se prestarmos atenção, a múmia vive a morte. Augusto vivia assim. As referências à morte e ao sofrimento da vida e da mãe eram importantes e frequentes, “*o sofrimento, ele já vem com o ser humano*”, insistia Augusto ao

² O uso dos dados para pesquisa foi autorizado e estão devidamente alterados de forma a proteger a identidade dos envolvidos.

³ Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão.

longo das sessões. Suas poucas recordações da infância eram lembradas assim: *“Minha mãe morreu quando eu tinha seis anos, lembro-me todo dia da morte dela, lembro-me de tudo... dos detalhes do funeral... do cheiro das velas ... dos detalhes do caixão”* ... *“ela já morreu ... acho que estou indo pelo mesmo caminho ... meu pai sofreu vários enfartes ... não vou vê-lo faz muito tempo, moro com meu tio há muito tempo”*. Bem, recordava-se também que era um exímio torturador de animais domésticos.

Pensamos, então, que Augusto vivia numa situação melancólica, a morte da mãe matara partes de si. Vivia enlutado, um luto que não terminava nunca, como uma múmia, como quem não tinha certeza que estava vivo. Numa sessão disse: *“a morte é a única certeza da vida”*. Com isto, lhe era difícil identificar-se com os aspectos vivos do mundo externo, identificava-se apenas com a mãe morta. Estabelecer vínculos lhe era doloroso, amigos, namorada, trabalho, nada era suficiente. Dizia: *“eu sempre destruo as coisas boas ... sempre digo aqui que vou traçar metas, depois que as tenho, eu fico criando obstáculos”*. A constância com que estabelecia objetivos e a facilidade com que os desprezava, dizia da dificuldade de vincular-se, de viver. Identificava-se com a madrugada, com os bares escuros, onde só se viam silhuetas: *“há anos não durmo muito, sempre dormi muito pouco, meu corpo já está habituado a este regime ... fico ouvindo música, assistindo televisão ... de madrugada é que eu gosto de ler, é tudo quieto, só se escuta o barulho de cachorro, gatos ... ultimamente eu tenho tido vontade de dormir, mas fico ruminando meus pensamentos, daí não consigo, vou ficando acordado”*.

A morte da mãe parecia ter-lhe imprimido uma marca, um registro, em que o tempo parecia esticar, (*“vou ficando acordado”*, *“há anos”*). Os dias eram longos; as madrugadas, eternas; os anos, décadas. Em verdade, quando o dia amanhecia, Augusto o transformava em noite, pois só então dormia. Em termos diagnósticos, consideramo-lo então e por um instante como um *“dorminhoco”*. O ato de dormir parecia ser a única realidade agradável de Augusto. Suas queixas de que precisava acordar para ir à terapia, de que precisava acordar para almoçar, para fazer isso e aquilo eram freqüentes. Nas sessões, ficava constantemente a esticar o corpo e, quem sabe, despertando a mente. Dormir o protegia da realidade, do contato com o mundo externo. Suas olheiras nos traziam a impressão de que acabara de acordar de profundo sono. Mas sua essência não era *“ser dorminhoco”*. Apenas mais um sintoma!

Falava com um certo saudosismo do passado. Numa sessão, Augusto *“pensou alto”*: *“estou sentindo uma agressividade aqui dentro de mim... quando fico assim, fico lembrando de minha mãe... eu fico mais triste ainda... me lembro dela limpando a casa, arrumando a cozinha... eu só ficava assistindo televisão, assistindo filme do Batman... e ela lá trabalhando... Acho curioso que até hoje a minha principal ocupação é assistir televisão... mas até aí... arroz com feijão também não mudou”*. Mudar, crescer, interagir, amar, verbos que lhe são intransitivos, desconhecidos.

Em certa sessão, contou uma lenda bíblica do rei Salomão, expressando com ela toda a ambigüidade em que vivia: *“a razão ilumina a gente, mostra os caminhos, a ambigüidade não... estou mudando para o caminho da razão, vou analisar as coisas com a razão, com o saber, é melhor”*. Na lenda, a criança recém nascida poderia ser repartida pelo rei. Augusto, ao se dar conta de que não era o rei, lamentou: *“é, na verdade acho que sou a criança, sou eu que estou na ambigüidade”*. Uma criança que estava dentro dele e precisava se integrar.

Aqui surge uma segunda hipótese diagnóstica: a predominância de aspectos narcísicos. Fantasiava que era o rei, talvez sua *“majestade, o bebê”* e aí vivia num mundo de *“faz-de-conta”*, de uma hora para outra parecia subir no palco e fazia seu show. Apenas suas coisas eram boas. Numa sessão disse: *“muitas vezes eu sei o que você vai falar... sabe do autor de teatro que fica fazendo monólogos... me sinto assim... você é uma platéia privilegiada... eu*

deveria cobrar ingresso seu” . Contava os fatos de sua vida cotidiana, como se fossem proezas, como quem levava vantagens, esnobava seus conhecimentos de filosofia e suas habilidades: “entrei como garçom, era o mais novo no serviço, mas o que mais vendia”. Ficamos a pensar se de fato não seria uma proeza viver num caos psíquico tão grande e, talvez por isso, a idéia do suicídio.

De alguma forma, Augusto mostrava-se grandioso, eloqüente e altivo na voz, grandiosidade que se desfazia, ora em choro e lamentos, ora em racionalizações, ou num sorriso irônico. Numa sessão comentou que se sentia como num duelo conosco, tudo porque *“acho que você usa os meus exemplos contra mim”*.

Desconfiava que alguém ou algo poderia prejudicar-lhe; talvez por isso a dificuldade de fazer ligações afetivas e o desprezo pela vida. Suas primeiras ligações foram rompidas de forma intensa. A mãe, a quem contemplava, morreu. Quanto ao pai, afastou-se dele logo que a mãe morreu. Numa sessão disse: *“ me separei do meu pai porque ele era muito agressivo, as pessoas dizem que ele era agressivo com minha mãe, batia nela, era muito bruto ... não consigo conversar com meu pai, faz quatro anos que não falo com ele, ele pode morrer a qualquer hora ... já sofreu vários enfartes ... todo dia passo em frente à casa dele, sinto vontade de entrar, mas não entro... meu pai é o responsável pela morte de minha mãe ... ele batia até em mim, simplesmente porque eu existia, não tinha outro motivo ... ninguém gosta do meu pai, ele é desprezível ... por isso não quero voltar a falar com ele”*.

Então, parecia que Augusto responsabilizava o pai pela morte da mãe e o castigava por isso, não indo visitá-lo mais. Mas será que era isto mesmo? Outro aspecto era que, emocionalmente, as referências ao pai podiam ser apenas explicações, este era o pai da sua fantasia, não o pai real, o da fantasia era um pai carrasco, que para não o destruir, o destrói de forma pior, “matando-lhe” a mãe. Então, Augusto vive como que eternamente se ressentindo dessa culpa, a culpa de *“simplesmente existir”* e sua existência ter tirado a da mãe.

Tantos dados! Mas enfim, temos *a priori* duas hipóteses razoáveis a respeito do funcionamento psíquico de Augusto. A primeira é que ele era “um nada”, um vazio enlutado pela morte da mãe, sendo que os aspectos melancólicos contaminavam sua mente. A segunda é que era um “rei-bebê”, dado que os aspectos narcísicos imperavam em seus atos. Uma conclusão inicial é que ambas não se excluem; ao contrário, se complementam. A segunda parece tratar-se de uma incipiente, desorganizada e inadequada forma de reagir à primeira.

Uma conclusão

A pequena ilustração clínica apresentada, ainda que desconsideremos todo o contexto e dados de onde foi “recortada”, já é suficiente para afirmarmos com certa clareza o seguinte: apenas a expressão sintomática não deve ser tomada como índice diagnóstico apropriado para a prática do psicólogo. Há diferenças significativas entre os objetivos do diagnóstico descritivo (nosografia) e o diagnóstico psicológico (longitudinal).

Desta perspectiva, o diagnóstico psicológico pode surgir na própria situação psicoterápica, transcendendo a dicotomia normal-patológico. É construído *pari passu* na relação e será neste “encontro” com o paciente como um “ser” e não enquanto “corpo acometido de doença” que teremos o esboço do diagnóstico, precário por natureza, mas pondo em evidência o que é mais refinado em seu psiquismo, o modo de vivenciar suas emoções. Portanto, os níveis diagnósticos devem ser considerados cada qual em seu objetivo, orientação que nem sempre é preservada nos serviços de saúde mental públicos.

ROSA, A. J. The essence is not the symptom: contributions for a discussion on diagnoses. *Revista de Psicologia da UNESP*, n 1, p. 1-7, 2002.

Abstract: *Considering the difficulties of accomplishing an appropriate psychological diagnosis during psychotherapeutic processes in the public mental health system, initially, it is discussed the influence of the psychiatric nosography in the practice of the psychologists. Thereafter, on the light of the psychoanalytical perspective, a case study is presented with the aim of illustrating the diagnosis hypotheses that come out along a psychotherapeutic process and, consequently, the transcendence of the mere description of symptoms as diagnosis index. Finally, the characteristics of the several marks and, levels of diagnoses, as well as the importance of the psychological diagnosis are emphasized as a possibility of surpassing the normal-pathological dichotomy.*

Keywords: *diagnoses, psychotherapy and public mental health*

Referências

- CLASSIFICAÇÃO de transtornos mentais e de comportamento da CID -10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BIRMAN, J. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, 2. Atas... São Paulo: PUC/SP, 1992.
- FREUD, S. Cinco lições de Psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 11
- _____. Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: _____. *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 14
- _____. Luto e Melancolia. In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 14.
- HERMANN, F. *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- SAGAWA, R.Y. O psicodiagnóstico e seus usos clínicos: do classificatório ao psicanalítico. *Perfil: Boletim de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica, Assis: Unesp*, n. 10, 1997.
- _____. Os modos de decifrar o normal e patológico. *Interior: Revista de Psicanálise, Marília: Núcleo de Psicanálise de Marília e Região*, n. 1, p.52 – 61, 1996.
- SONENREICH, C.; FRIEDRICH, S. Diagnóstico por listagem de sintomas não é nossa escolha. *Temas: teoria prática do psiquiatra, São Paulo*, v. 20, n. 382, jan/jun. 1990.
- TRINCA, W. et al. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.
- NASCIMENTO, B. *A loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica. São Paulo.

NICÁCIO, M. F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica. São Paulo.

PELBART, P. P. *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ROLNIK, S. O singular estado de arte sem arte. *Boletim de Novidades*, São Paulo, Pulsional Centro de Psicanálise, v. 7, n. 72, p. 70-73, 1995.

_____. O mal-estar na diferença. *Anuário Brasileiro de Psicanálise*, v. 3, p. 97-103, 1995.

_____. *Subjetividade, ética e cultura nas práticas em Saúde Mental*. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP.

SILVEIRA, N. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *A natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.