

### Mais ainda diagnóstico: dinâmica diagnóstica na instituição

Victor Leandro Silva Rosa\*

**RESUMO:** O artigo discute a tensão entre diagnósticos psiquiátricos (baseados em categorizações universais e demandas de cura) e a prática psicanalítica em instituições de saúde, onde o analista atua em equipes multidisciplinares. Enquanto o modelo médico busca adaptação e eliminação de sintomas, a psicanálise propõe uma escuta singular que transforma o diagnóstico em matéria subjetiva. O analista, no lugar de objeto *a*, recusa o lugar de mestre e promove a “histerização” do diagnóstico: convoca o sujeito a interrogá-lo, ressignificando seu sofrimento e abrindo espaço para a autonomia diante das demandas institucionais.

**Palavras-chave:** DIAGNÓSTICO; PSICANÁLISE; INSTITUIÇÃO; SOFRIMENTO.

### Beyond Diagnosis: Diagnostic Dynamics in the Institution

**ABSTRACT:** The article discusses the tension between psychiatric diagnoses (based on universal categorizations and demands for cure) and psychoanalytic practice in healthcare institutions, where the analyst works in multidisciplinary teams. While the medical model seeks adaptation and symptom elimination, psychoanalysis proposes a unique listening that transforms diagnosis into subjective material. The analyst, positioned as *object a*, rejects the role of the master and promotes the "hysterization" of diagnosis: summoning the subject to interrogate it, re-signifying their suffering, and opening space for autonomy in the face of institutional demands.

**Keywords:** DIAGNOSIS; PSYCHOANALYSIS; INSTITUTION; SUFFERING.

### Más allá del diagnóstico: dinámica diagnóstica en la institución

**RESUMEN:** El artículo discute la tensión entre los diagnósticos psiquiátricos (basados en categorizaciones universales y demandas de cura) y la práctica psicoanalítica en instituciones de salud, donde el analista actúa en equipos multidisciplinares. Mientras el modelo médico busca adaptación y eliminación de síntomas, el psicoanálisis propone una escucha singular que transforma el diagnóstico en material subjetivo. El analista, en el lugar del *objeto a*, rechaza el lugar del amo y promueve la "histerización" del diagnóstico: convoca al sujeto a interrogarlo, resignificando su padecimiento y abriendo espacio para la autonomía frente a las demandas institucionales.

**Palabras clave:** DIAGNÓSTICO; PSICOANÁLISIS; INSTITUCIÓN; PADECIMIENTO.

### A questão do diagnóstico

O título em questão coloca em aberto a possibilidade de elaborações a partir desse significante, o diagnóstico. Há sobre este, diferenciações que foram feitas anteriormente no que diz respeito à psiquiatria e à clínica psicanalítica. Diante desse contexto, gostaria de aprofundar-me em alguns pontos sobre essa relação, no que se refere à questão do

---

\* Psicanalista. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá (UNESA). Supervisor Clínico da Associação Fluminense de Reabilitação – AFR. Doutorando e mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade (UVA).

ORCID Id: <https://orcid.org/0009-0001-4280-0888>

E-mail: [victor.silva.rosa@hotmail.com](mailto:victor.silva.rosa@hotmail.com)

diagnóstico. Afinal, nós, psicanalistas, convivemos com o constante atravessamento de outros saberes em nossa prática, não sendo possível atuarmos sem considerar como relevantes os aspectos da cultura e a influência que ela põe sobre nós. E para isso, basear-me-ei no psicanalista fora do consultório comum, dentro de uma instituição de saúde, trabalhando em uma equipe com profissionais de outras áreas, como médicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros.

Falar sobre o diagnóstico atualmente, apesar de ser um tema já tratado por diversos autores, é ainda necessário. Em primeiro lugar, como já citado, o significativo diagnóstico tem sua origem em um contexto em que não se consideravam, nem era possível, os conceitos psicanalíticos que temos hoje. Além disso, apesar de muito debatido, não é um tema que se tenha esgotado por si só, principalmente se levarmos em conta os contextos e posições diferentes.

Há um caminho traçado anteriormente, que nos leva a pensar possibilidades para além das nomeações mais comumente conhecidas, como neurose, perversão e psicose. É mais que interessante: permitindo-me uma colocação pessoal, é necessário. Afinal, se a psicanálise se afastou tanto de uma perspectiva médica, por qual razão ainda fazemos uso do mesmo vocabulário, por mais que ao longo do caminho, ressignificações sobre o próprio conceito tenham sido feitas?

O texto em questão se não propõe abranger por completo um tema. Ele terá uma abordagem que em grande parte perpassará por uma questão social do diagnóstico, mas sempre trazendo consigo essa interrogação. É que o psicanalista, em uma instituição, ocupa lugares em que é convocado a falar, existe um imperativo de outros profissionais, dos pacientes e instituições para que se diga algo sobre aquele paciente, algo que direcione o trabalho, que implique diretamente em sua demanda e dinâmica de vida, um caminho, técnicas e exercícios que promovam melhora da sua condição.

Em uma instituição, muitas das vezes, procuram o serviço de psicologia com essa ideia e com certa razão. Afinal, esse não é o lugar da psicologia? Mas a grande questão é que apesar de ocupar um espaço cujo nome é referenciado à psicologia, o psicanalista responde de uma outra posição.

Não se pretende afirmar que essas convocações não sejam importantes, na verdade são oportunidades. É a partir do momento que somos convocados que podemos realizar algum tipo de trabalho, que se podem ouvir não somente os pacientes e seus familiares, mas a própria instituição e profissionais que a compõem, entender a forma de operar e por fim, criar alguma maneira de atuar naquele contexto.

O trabalho do psicanalista, atuando em uma instituição não é algo dado, assim como em qualquer outro lugar. É algo a ser construído e reconstruído constantemente. Este artigo se propõe a dar continuidade ao já trabalhado em outros momentos, mas trazendo como diferencial algumas considerações acerca do trabalho nas instituições, levando sempre em conta a clínica e seus preceitos.

### **O Mestre e o budista**

A psicanálise estrutura-se na clínica e é esta nossa gênese e referência, mesmo quando o olhar é lançado para fenômenos sociais. A psicanálise não acontece quando fechamos a porta do nosso consultório e aguardamos em silêncio o paciente queixar-se de seus incômodos.

É necessário que se deixe totalmente de lado essa coisa rígida que os mais ortodoxos insistem em manter, uma pessoa com cara sisuda, a quem o paciente direciona suas lamúrias, sem saber ao certo se está sendo ouvido, esperando que se lhe diga qual a

razão de seu sofrimento. Ao retornar a Freud, e fazê-lo com o devido apreço e minucioso cuidado, é certo que o leitor seja levado por caminhos que o convoquem a reavaliar, questionar e ressignificar sua própria prática clínica, que inevitavelmente, é levada em alguns momentos a ajustar-se a essa abstração horrorosa do que deve ser um psicanalista.

A questão, contudo, não é como deve ser, ou o que é um psicanalista? Todavia, chamar a figura pintada para o debate, servirá muito bem. A serventia, então, se dá em um comparativo entre o médico e o psicanalista. Esse embate de saberes não é exclusividade de nosso tempo. Cabe-nos lembrar, que Freud era médico e a psicanálise nasce em um contexto em que o saber era extremamente biologista, com uma atuação rígida sobre o corpo, e o médico ocupando a posição de mestre possuidor de um saber sobre aquele paciente.

[...] a medicina é um ponto em que as misturas são muito evidentes [...] é uma prática cultural, discursiva e metódica, atuando diretamente sobre o corpo (organismo biológico), pertence à natureza e portando real imutável. Segundo sua doutrina, os corpos são organismos iguais em sua essência [...] Não importando cultura língua e costumes [...] (Reis, 2014, p. 31)

A psicanálise por sua vez diverge da concepção organicista quando Freud percebe nas chamadas históricas, nomenclatura médica, um padecimento sem origem orgânica. A proposta da psicanálise, o posicionamento do psicanalista frente ao saber médico começa a revelar-se e desemboca na seguinte concepção:

Ao corpo histórico, cujos sintomas são a expressão de “relações simbólicas” que se dissolvem ou se deslocam por meio da fala e implicam um dizer original. Lugar de enunciação inconsciente pela qual o corpo entra em uma história de vida (Pollo, 2012, p. 22).

Baseando-nos nisso, formulamos nossa hipótese apoiada no que Freud e Lacan nos ensinam, de que o saber médico incide sobre os corpos em forma de um discurso que se condensa no significante conhecido como diagnóstico. Esse significante é capaz de dar lugar para o paciente, seja na própria fantasia do Sujeito ou na cultura. Nesse último, se analisamos o contexto de Freud, quando se deparava com os padecimentos que o impulsionaram desenvolver a teoria em que hoje nos baseamos, o lugar que a histeria dava àquelas mulheres era o de mentirosas, ou como na conhecida música: *triste, louca e má*.

Freud ousou, e podemos dizer que obteve sucesso em sua ousadia, dar ouvidos, supor um saber naquele sintoma, deixando que suas pacientes falassem sobre suas aflições. É claro que isso não aconteceu de forma natural, o próprio Freud relata seus tropeços, dificuldades e desconfiâncias. Se hoje estamos aqui, contudo, é porque algo se produziu naquela audaciosa proposta de Freud de dar voz aos pacientes e não ocupar um lugar de mestre diante deles, algo que de alguma maneira, ainda hoje parece ser uma ousadia, uma coisa subversiva.

Equipara-se a posição do psicanalista à de um mestre budista, assim como disse Lacan (1953-1954) *no seminário 1, os escritos técnicos de Freud*. Aquele que só dá a resposta quando os alunos estão prontos para ouvi-la, não ocupando o lugar de quem se pronuncia *ex-cathedra*, que significa do alto da cadeira, detendo um saber de mestre, grosso modo. É preciso entender, portanto, que entre a pergunta e a resposta, existe um hiato, em que algo é construído, sendo essas elaborações de suma importância, pois são

elas que promovem um reposicionamento frente às questões, fazendo que a resposta, não seja um fim, e sim um caminho.

É na posição de mestre budista que se fundamenta o pensamento sobre a clínica, biscando, assim como Freud – ainda que sutilmente que com um tom sutilmente subversivo -, criar condições para que os próprios pacientes possam enunciar os diagnósticos que atravessam a práxis.

É comum que cheguem ao consultório aqueles pacientes que já vêm com o número do CID ou com diagnósticos do *google*. É natural em vários nichos de atuação, e, em instituição de saúde com a psicanálise como referência, representa um grande desafio. Pois, um diagnóstico vem acompanhado de uma demanda, e para além disso, todo paciente que vai ao consultório de um psicanalista demanda algo. Então, nos encontramos com demandas, no plural, que apesar de num primeiro momento serem paralelas, são distintas entre si.

A demanda do médico, que vemos no encaminhamento, é uma demanda de cura e adequação. No trabalho com sujeitos autistas, por exemplo, a maioria dos encaminhamentos são *déficit de linguagem, de interação social e pouco contato visual*. E, em certos momentos, tenho a impressão de que a demanda da instituição é atender a demanda, dos pais, dos médicos, do SUS e dos planos de saúde.

E são esses imperativos que chegam aos consultórios, um emaranhado de demandas, inclusive, a demanda de diagnóstico. Por essa razão, é necessário pensar em um posicionamento em relação aos diagnósticos médicos-psiquiátricos que atravessam a prática clínica.

Mas afinal, o que queremos dizer quando falamos de demanda? É importante situar-nos primeiramente dentro do contexto psicanalítico. Lacan (1998b) diz que o sujeito nunca fez outra coisa senão demandar e que vive para isso. Mas a demanda que é tratada aqui, é uma demanda de algo que não existe. Sendo assim, a demanda em psicanálise não é uma necessidade, esta segunda se encontra em nível biológico, visa uma adaptação e cura, e talvez a possamos colocar na mesma linha que a demanda médica, uma demanda de necessidade digamos assim.

Quando tratamos a demanda como demanda de algo que não existe, evocamos Freud (1895/1996) no “Projeto para a psicologia científica”, na parte em que aborda a primeira experiência mítica de satisfação e em seguida a falta que instaura o objeto perdido. A demanda de que tratamos, está nesse nível, de algo que não se tem de fato, mas supõe em certo nível que é possível obter.

Freud nos indica que o objeto é apreendido pela vida de uma busca do objeto perdido [...] uma nostalgia liga o sujeito ao objeto perdido, através do qual exerce todo esforço de busca. Ela marca a redescoberta de um signo de uma repetição impossível, já que, precisamente, este não é o mesmo objeto que poderia sê-lo [...] É através da busca de uma satisfação passada e ultrapassada que o novo objeto é procurado, e que é encontrado e apreendido noutra parte que não no ponto onde se procura (Lacan, 1956-1957/1995, p. 13).

Seguindo Lacan (1998a), é possível dizer que a demanda será sempre demanda de amor. Todavia, encontraremos essa dinâmica sempre direcionada ao Outro, em forma de quem sabe um apelo. O que há de interessante é a inclusão de um Outro, quem demanda, demanda algo do Outro. Em análise, podemos dizer que esse Outro é o analista. Logo, é como Quinet (1991) diz : é preciso que a queixa inicial de uma análise se transforme em uma demanda, que essa seja endereçada ao analista e que o sintoma, passe do estatuto de

resposta, para uma questão a ser respondida. Em outras palavras, é imprescindível para um trabalho de análise, que a demanda de cura, satisfação e necessidade, saia de um status de busca de respostas e se transforme em uma questão sobre o próprio sujeito, abrindo espaço para reposicionamentos perante suas relações.

Dar ao sujeito aquilo que demanda, portanto, é também impossível. Empossar-se do lugar de resolver tal questão é uma investida ao fracasso. Pois este demandará de demanda em demanda, sentindo-se sempre insatisfeito. E é justamente isso que não é considerado no contexto institucional, operado por uma lógica médico-psiquiatra. Em uma instituição de reabilitação, por exemplo, deparamo-nos com impossibilidades, diagnóstico e condições de saúde que não irão reverter-se. E diante disso, alguns pacientes tendem a tratar tais estados como um fim e outros insistem que conseguirão retomar a vida que tinham antes do trauma ou de receberem o diagnóstico.

Então, o que encontramos nas instituições são demandas de satisfação emaranhadas com demandas de necessidade. Mas acima de tudo, de algo que dê conta desse mal-estar, da angústia de entrever a própria falta em dar conta da demanda do Outro.

A demanda em psicanálise está alinhada à demanda de necessidade - no sentido de que na queixa do paciente, sempre haverá algo da ordem do ajuste e adaptação - está que visa ser atendida pelo médico, a instituição e dos demais profissionais. O paciente que frequenta o fonoaudiólogo tem a necessidade desenvolver aspectos funcionais da fala, não há um problema em buscar isso, na verdade é necessário. Devemos considerar, contudo, em que lugar essa inadequação (do ponto de vista biológico) coloca o paciente.

O que tratamos em análise, está para além da necessidade e do ajuste, aqui pretendemos atuar no nível do desejo. Baseamo-nos em Lacan (1998b) para dizer que o desejo aparece na separação do sujeito do seu Outro, na suposição de um para além desse Outro. É alicerçados nisso que articulamos com a temática desse escrito e podemos dizer que o desejo aparecerá na separação entre paciente e diagnóstico, e não somente os diagnósticos, mas também dos atributos que estão condensados ao mesmo. Essas condensações estão no nível da fantasia, daquilo que o paciente leva para análise sobre seu diagnóstico.

O conceito de fantasia é formalizado por Lacan a partir de um matema  $\$ \diamond^a$ , em que se lê: o sujeito em todas as relações possíveis com o objeto, o objeto  $a$ . Colette Soler (2012), em seu seminário de leitura de texto sobre o *Seminário, livro 10: a angústia*, de Lacan, auxilia-nos a compreensão de que esse é o objeto que dá valor à imagem, causa de desejo, um objeto anterior a todos os outros objetos, anterior até mesmo ao sujeito, não passível de ser visto na imagem, ou apreendido pela linguagem. Sobre o objeto  $a$ , Lacan nos ensina.

Essa letra se inscreve em nossa simbolização de uma fantasia, a fantasia sendo o suporte, o substrato imaginário do desejo, na medida em que este se distingue da demanda e também da necessidade. Esse  $a$  corresponde a esse algo para qual e dirige toda articulação moderna da análise quando ela busca articular o objeto e a relação de objeto. "O objeto tem sem dúvida um papel decisivo, ele estrutura fundamentalmente o modo de apreensão do mundo pelo sujeito (Lacan, 1958-1959/2016, p. 333).

Ser substrato do desejo refere-se àquilo que resta deste em sua articulação com a linguagem a nível imaginário. O que isso quer dizer? Que se fossemos extrair da imagem aquilo que a faz ser desejada, o que restaria seria o  $a$ . Em outras palavras, ao investir em um objeto, faz-se isso no nível da demanda, na ordem do imaginário, das suposições, daquilo que imaginamos ser, que é em certo caráter alucinatório. A demanda é aquilo que

recobre o objeto, é o véu. Para que a demanda, em análise, se transforme em desejo é necessário falar sobre ela. Esse é um movimento de transformação, mas também de extração, pois para que tal processo ocorra é necessário extrair daquilo que o sujeito supõe ser objeto de desejo, o objeto *a*, sinalizando que este suposto objeto de desejo é somente uma miragem, que existe um mais além.

É necessário, portanto, através da fala, esvaziar o imaginário que recobre o diagnóstico e permitir a partir deste, uma implicação do paciente frente ao mesmo. Esse movimento é tão singular que seria um grande equívoco valer-se de qualquer coisa que não seja aquilo que o paciente diga. A grande questão, na verdade o maior desafio, é não operarmos sobre o paciente baseado somente nesse diagnóstico, sobre esse dizer do Outro sobre ele. Antes de mais nada, devemos convocar esse paciente a falar sobre o que disseram sobre ele, como isso implica em sua vida, suas elaborações e reticências, ou como diz Quinet (1991) baseado em Lacan, elevar o sintoma ao estatuto de enigma.

### **Mais ainda diagnóstico**

Nesse ponto nos aprofundaremos na questão do diagnóstico a partir do que Dunker (2014) nos adverte. Segundo o autor, diagnosticar é ato do nosso cotidiano e não restrito ao âmbito da medicina, indo desde a educação até o âmbito jurídico. Sendo o diagnóstico que orienta as intervenções e modos de agir sobre o “problema”.

[...] o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular (DUNKER, 2014, p. 20).

A problematização do autor de certa forma, emerge de uma rigidez do diagnóstico diante o sujeito. Em outras palavras, um enquadramento de determinada maneira de sofrimento em um único significante, que por sua vez possui uma descrição restrita a um saber. Em nossa leitura, podemos dizer, no contexto médico-psiquiátrico que o diagnóstico é uma nomeação de um mal-estar que em nosso consultório chega em nível de demanda de necessidade. Demanda essa, alinhada com a do médico, sendo o trabalho do psicanalista, descolar ambas e entender o que implica tal diagnóstico para o paciente.

É preciso salientar, em concordância com o autor em questão, que o diagnóstico de uma doença não é apenas um fato clínico do qual demandará uma série de tratamentos e procedimentos.

Ele também se tornará, eventualmente, um fato econômico para a pessoa e para a família que o recebe, um problema moral, se a doença possuir valência moral na cultura do paciente, um problema educacional, se isso implicar em restrições e cuidados especiais – e tudo isso de modo transitório ou permanente. Pode ser um fato jurídico se o plano de saúde se recusar a pagar os custos do tratamento. E é, antes de tudo, aspecto da estatística geopolítica daquele sintoma ou doença. É potencialmente um fato psicológico, quando afeta de maneira substancial o horizonte futuro, a resignificação de práticas passadas e a perspectiva presente de realização de uma vida (Dunker, 2014, p. 20).

Baseado nisso, o autor sugere tomar o diagnóstico, não apenas como nomeação clínica, mas como uma reconstrução de uma forma de vida, o que ele chamou de *diagnóstica*, considerar as nuances, as singularidades, contextos, histórias de vida e o que cada sujeito diz sobre isso mesmo. Esse é um contexto frequente nas instituições, são

diversas pacientes com suas próprias famílias e histórias de vida que irão lidar e enxergar sua condição de forma ímpar.

Receber um diagnóstico terá implicações singulares para cada paciente, considerando questões sociais, devemos pensar no âmbito financeiro, lugar onde reside, se pode ir para o tratamento sozinho, apoio familiar, se recebe auxílio do governo, casamento, filhos, se precisou parar de trabalhar, gostos e o que espera do tratamento. A grande questão sempre será como o paciente recebeu o diagnóstico, suas perdas e capacidade de reposicionar diante a situação. Apesar de operarmos de maneira diferente da psicologia, não podemos deixar de considerar esses pontos, pois o sofrimento do paciente, essa angústia é o que direcionará o trabalho em análise, mas também é uma resposta ética.

### **Um novo olhar**

Baseado nisso, é possível retomar o tema referente às mulheres, chamadas de histéricas no tempo de Freud e comparar com o que chamamos de histeria, dentro do escopo psicanalítico hoje em dia. Considerando também, que os sintomas histéricos, estão relacionados com a história de vida de cada sujeito, somos levados a afirmar que não há a possibilidade de sobrepôr de maneira perfeita a histeria de Freud e a do nosso tempo, é necessário lembrar também, que nesse primeiro momento de Freud, a palavra histeria estava estritamente ao vocabulário médico e, com o tempo, a palavra foi-se ressignificando conforme Freud avançava em sua pesquisa clínica.

Aqui é possível que tenhamos esbarrado em um ponto interessante, uma das marcas de diferença na comparação do diagnóstico em psicanálise, que seria as formas de enlacs do sujeito, no caso os neuróticos, variam de acordo com o tempo em que vivem. Colette Soler (2018) baseada em Freud esboça-nos um pouco esse ponto, quando nos aponta uma evolução da psicanálise em sua sintomatologia. A questão que a autora põe aqui, e que serve muito bem para a nossa proposta, é a tentativa de Freud e seus parceiros de fazer com que a clínica psicanalítica tivesse um discurso e produções que não fossem somente as de uma clínica psiquiátrica daquele tempo. [...] “Uma clínica psicanalítica própria, no sentido forte do termo, suporia duas coisas: uma nosografia própria, isto é, uma identificação de sintomas que lhe fosse própria, e, além disso, segundo lugar teorias explicativas próprias (Colette Soler, 2020, p.27).

Logo, os sintomas serão não somente distintos para cada sujeito, mas também em cada momento. Sendo assim, tanto no aspecto social, quanto no que diz respeito à realidade psíquica de cada paciente, uma paralisia implicará distintos em modos de ver, sentir e atuar sobre aquele sintoma. Assim como receber um diagnóstico de autismo, a perda do movimento das pernas e as sequelas de um acidente vascular cerebral causarão no paciente diversas questões. Cada pessoa, portanto, irá lidar com o diagnóstico segundo sua singularidade.

Isso não quer dizer que não existam mudanças no que diz respeito ao diagnóstico médico-psiquiatra quando comparado as demais. É preciso frisar, porém, o que mudou ao longo do tempo nas concepções diagnósticas citadas. Pois, enquanto a neurose histérica continua a ser até hoje, levando-se em conta as contribuições lacanianas, uma estrutura cujo mecanismo de defesa é o recalque, mudando-se apenas a forma de enlace de cada sujeito no seu tempo. O diagnóstico médico-psiquiátrico é baseado em um modelo estatístico de sinais e sintomas, que a cada versão apresenta um novo transtorno ou adiciona mais sintomas aos antigos, facilitando o enquadramento dentro de determinada síndrome.

Talvez esse fato esteja de acordo com o que Lacan (1970/1992) diz sobre um casamento da ciência e do capitalismo. Por exemplo:

Para reforçar o caráter científico do DSM-III, anunciado como um manual ‘ateórico’ e de ‘raciocínio sindrômico’, o grupo de trabalho chefiado por Spitzer decidiu excluir da classificação toda referência à psicanálise que as edições anteriores traziam. Os psicanalistas estadunidenses reagiram à proposta de mudanças e, depois de várias reuniões, conseguiram manter o termo *neurose* nas nomenclaturas, mas colocado entre parênteses após a nova terminologia adotada para todas as psicopatologias sem etiologia cientificamente atestada, a partir de então denominadas ‘transtornos’ (do inglês, ‘disorders’). Na quarta edição do DSM, de 1990, a palavra ‘neurose’ foi completamente abolida (Siqueira, 2011, p. 2).

Os efeitos podem ser vistos nas edições do DSM, como a aproximação ainda mais tênue entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, também marca esse período os medicamentos serem usados como uma resposta ao diagnóstico. O Autor afirma que receitar medicamentos tornou-se tão importante na edição do DSM III, que ela era vendida juntamente com um guia complementar que trazia referências sobre psicofarmacologia.

Essa ideia aqui posta serve-nos como orientação. Em primeiro lugar, reforça o distanciamento entre o diagnóstico médico-psiquiátrico e o da psicanálise, seja dentro de um contexto político e social, com o afastamento dos termos psicanalíticos, até com o aspecto teórico que pode ser visto em uma resignificação do termo *histeria*, que antes era destinado apenas as mulheres, mas hoje, devido a Freud e às contribuições de Lacan, é um tipo clínico que nos orienta no fazer psicanalítico. Sobre o diagnóstico em psicanálise

[...] podemos pensar no diagnóstico diferencial estrutural como uma hipótese e/ou uma suspeita, não sem hesitação. Mesmo nos casos que aparentemente não nos causam tantas dúvidas, o diagnóstico diferencial é uma hipótese e não uma conclusão, o que levaria a um fechamento. [...] Lembremos que a posição do analista tem a ver não com um saber absoluto, mas com a ignorância doutra, que nos orienta no sentido de uma prudência e do reconhecimento de que temos limites. Limites também no diagnosticar (Colnago, 2018, np).

Um ponto importante é que o diagnóstico em psicanálise, serve apenas ao psicanalista, serventia essa que está no campo da orientação e condução da análise, nunca podendo assumir um status de rótulo, a ponto de engessar certos tipos de comportamentos como típicos dos obsessivos ou dos histéricos. Por outro lado, também vale dizer que não há vantagem alguma para o paciente em saber sua estrutura, diferente da visão médica em que certos momentos, a nomeação de seu mal-estar pode fornecer um apaziguamento, mas sempre correndo o risco de o paciente assumir uma posição rígida, tomando para si o diagnóstico, encarando a própria doença.

Talvez possamos justificar essa crescente de sinais e sintomas vista no DSM, não apenas com uma análise social, colocando em relevo o alinhamento com indústria farmacêutica. Mas tendo como base, que toda relação é uma relação de objeto, considerando a fantasia de cada paciente e que a produção de sintomas será sempre alinhada com sua história de vida e tempo em que vive. Logo, por mais similaridades que encontremos entre os sujeitos, há sempre um singular que coloca cada um em posição ímpar, produzindo sintomas e saídas diversas, que a cultura é incapaz de apreender em

sua totalidade, e criando sempre nomenclaturas para dar nome a isso é que de uma ordem impossível de inscrever.

### ***Histerização do diagnóstico?***

O diagnóstico psiquiátrico é tratado para o psicanalista como uma demanda de necessidade, dentro de um escopo biológico, isso não quer dizer que não sejam queixas válidas. Não cabe ao psicanalista, contudo, dar conta de uma necessidade. Então, a pergunta é o que se faz diante e em virtude disso? Qual seria uma resposta ética diante de tais queixas, principalmente em uma instituição?

Talvez a possamos encontrar em Lacan (1969-1970/1992), com a teoria dos discursos um caminho para entender o funcionamento da instituição. Os discursos propostos por Lacan são: discurso do mestre, discurso da universidade, discurso da histérica e o discurso do analista.

Todos esses discursos criam o laço social, maneiras de se relacionar considerando o outro e uma produção, cada um privilegiando certos aspectos. Existe, porém, o quinto discurso, que é o do capitalista, que não cria laço social, pois propõe uma relação sem tropeços, prometendo uma ausência de castração que não se sustenta. O curioso é que este fracasso da promessa realimenta o funcionamento do sistema, ofertando sempre promessas e mais promessas.

No que diz respeito à instituição, talvez possamos dizer que todos esses discursos estão presentes em determinados níveis em suas respectivas nuances. Não será tratado de maneira aprofundada cada um deles, mas será explicado o necessário para elucidação de alguns pontos.

Discurso do Mestre	Discurso da Universidade
$\frac{S_1 \rightarrow S_2}{\mathcal{S} \quad a}$	$\frac{S_2 \rightarrow a}{S_1 \quad \mathcal{S}}$
Discurso da Histérica	Discurso do Analista
$\frac{\mathcal{S} \rightarrow S_1}{a \quad S_2}$	$\frac{a \rightarrow \mathcal{S}}{S_2 \quad S_1}$
Os lugares são:	
$\frac{o \text{ agente}}{a \text{ verdade}}$	$\frac{o \text{ outro}}{a \text{ produção}}$

É interessante que se leiam esses esquemas sempre da esquerda para direita, partindo do agente, lugar dominante. Lacan nos ensina que esse lugar do agente, se dirige ao lugar do outro para que este produza algo. Em resumo, encontramos a seguinte estrutura: o agente (ao semblante/poder) que se direciona para o outro (trabalho/ gozo), Esse então produz algo, que se encontra no nível de perda (mais-de-gozar) e a verdade que é uma busca/ semblante.

A estrutura acima mostra-nos cada tipo de discurso e os lugares. Para que cada discurso se forme, é necessário que os símbolos em questão mudem de posição, seguindo o sentido mencionado acima.

No discurso do mestre, S1 ocupa o lugar de posição predominante, que se dirige ao escravo (S2), ou àquele que recebe algo do mestre, uma orientação ou um saber, mas algo a que se precisa obedecer sem questionamentos. Nessa relação, algo se produz (a) que é o lugar da perda, do mais-de-gozar, resultando infinitas demandas e por fim no

lugar da verdade, teremos o sujeito barrado, ou seja, anunciando a própria falta do mestre. Nesse discurso, enquanto o escravo é aquele que produz, o mestre é aquele que demanda do escravo uma produção, mantendo-se no lugar de semblante sem demonstrar nenhuma fraqueza.

Dentro da instituição, pode-se dizer que existem diversos tipos de saberes que incidem sobre paciente, práticas e exercícios para adequação, esse produz algo a partir disso, que não necessariamente é o que era esperado. Existe um alguém possuidor de um saber, que se mantém nesta posição de que tem/sabe o que é necessário para a cura ou melhora do sujeito.

No discurso universitário, o predominante é o saber (S2) que se direciona para (a) que produz um sujeito barrado. Podemos ler que o saber esconde uma falta e a própria posição de saber esconde o mestre.

A grande questão desse discurso é o embasamento de um imperativo pela via de um saber, o próprio diagnóstico é um exemplo de um imperativo embasado em um saber. O ponto é que esse saber, além de ser furado foi produzido por alguém, ou seja, sempre irá pressupor um mestre e mais uma vez entrando em uma dinâmica de demanda de saber de um Outro.

O discurso da histérica por sua vez tem o sujeito barrado no lugar dominante, demanda um saber do mestre (S2), esse tenta produzir uma resposta sobre essa demanda, mas não consegue, perdendo justamente S1, o lugar de mestre. A verdade da histérica é o (a), a falta, o vazio. Bem, o discurso da histérica denuncia o furo no saber do mestre, anunciando que o saber está nela própria. Isso formaliza de alguma maneira, o que falamos sobre as histéricas de Freud e sua postura, em deixá-las falar, a partir da suposição de que o saber está no sujeito.

Sendo assim, podemos dizer que o diagnóstico médico-psiquiátrico pressupõe um saber sobre o sujeito. Esse saber que insiste em fracassar em determinado nível, pois não dá conta de um dizer determinante sobre seu sofrimento. Além de desconsiderar que há saber naquele sujeito sobre a condição que é implicada sobre ele.

Por último, temos o discurso do analista, em que (a) será o ponto de partida, o agente. Nesse momento, acredito ser interessante lembrar que na teoria lacaniana, que (a) é o objeto causa de desejo, suporte da fantasia do sujeito. No que diz respeito ao discurso, quando dizemos que o analista ocupará o lugar de objeto a, ocupando o lugar de vazio, direcionando-se ao sujeito barrado, produzindo a perda do significante mestre (S1). O semblante do analista é (S2) o saber, pois ocupa um lugar em que o paciente supõe que ele sabe algo de si.

Então, o paciente irá demandar do analista uma resposta para seu sofrimento, o que se produz ao longo do tempo é a perda dos imperativos, uma responsabilização sobre seu sofrimento ou condição. É importante frisar, que responsabilização sobre sua condição, na maioria das vezes não se entenderá como culpa por tal diagnóstico, mas implicará a criação de possibilidades para lidar com seu sofrimento. No que cabe ao tema, a pergunta que se produz é o que fazer agora que com esse diagnóstico? O que ele diz sobre mim? É nesse contexto, que dizemos também, que o analista não deve responder a demanda, ou simplesmente fornecer dicas e técnicas para aliviar seu sofrimento. Pois é preciso que algo se produza nessa relação, para que haja um descolamento do significante mestre/médico, no caso o diagnóstico, e assim produzir um saber a partir de tal posição que ocupa, seja ela social ou subjetiva.

Aqui, voltamos a questão já trabalhada anteriormente, quando abordamos da transformação do sintoma - do sofrimento do paciente que cerca o seu diagnóstico - em

um enigma. Isso ocorre apenas com o estabelecimento da transferência que faz surgir o sujeito suposto saber, pivô da transferência.

Quando o sintoma é transformado em questão, ele aparece como própria expressão da divisão do sujeito. É nesse momento que o sintoma, encontrando o endereço certo que é o analista se torna "analítico". É isso que Lacan quer dizer com a formulação "o analista completa o sintoma" – que corresponde ao discurso da histórica (Quinet, 1991, p. 18).

A proposta do psicanalista em uma instituição seria fazer que esses discursos girem, em outras palavras, não permitir uma posição estática, seja em qualquer tipo de discurso. Quando falamos em um descolamento do diagnóstico, dizemos que a partir do momento em que o analista ocupa um lugar de objeto perante o outro, algo se produz, um dizer, uma verdade, é o que fornece singularidade a clínica psicanalítica, a *histerização* do próprio diagnóstico.

Não atender a demanda, não é a mesma coisa que não a considerar, devemos dar o devido valor, pois não haveria procura de análise se não fosse a mesma. É necessário, contudo, responder-lhe de outro lugar. Existe sim, a necessidade do paciente, falar melhor, locomover-se e ter autonomia no que se diz respeito às atividades diárias. A partir do momento, porém, em que o psicanalista se alinha com o diagnóstico, que quase sempre aponta uma desadaptação, ele não permite que os discursos girem.

Na instituição, atuar estritamente sobre o diagnóstico é muitas das vezes esquecer que existe um Sujeito para além desse significante, é esperar por meio de um conhecimento *a priori*, sucessos e insucessos, o que ele pode ou não pode desejar, é impedir que aquele paciente crie sua forma de ser, cristalizando-o dentro rótulo.

Assim, Dunker(2014) nos auxilia no entendimento de que, muitas vezes, o trabalho analítico passa pela desconstrução do diagnóstico, pois a psicanálise visa dar autonomia dos sintomas que dizem respeito ao paciente como forma de tratamento.

Apostamos que a análise possibilite não raro ressignificações do sofrer, do próprio diagnóstico, que o enquadram em limitadas possibilidades nalguns momentos; mas que também nos diz sobre a forma singular de aquele sujeito enlaçar o outro em sua cadeia significante a partir do momento em que alguém se põe genuinamente a escutá-lo.

O fato é que talvez não exista uma resposta pronta para as demandas diagnósticas da psiquiatria, que para manter o semblante de mestre e não lidar com sua própria castração, faz uso, muitas vezes, da medicação. O lugar do psicanalista parece, contudo, cada vez mais necessário no que diz respeito ao seu caráter subversivo, o mesmo que Freud teve quando iniciou sua elaboração teórica, que é o de dar voz, supor um sujeito e possibilitar ao paciente ser criativo, tendo como matéria-prima sua própria falta, seu próprio desejo.

No início deste artigo, o autor propôs uma questão, e toda essa articulação foi necessária para desembocar nesse momento. Até então, foi realizada tentativa de aprofundamento da posição do analista frente ao diagnóstico psiquiátrico dentro de uma instituição. A ausência de exemplos com casos e nomeações de transtornos, justifica-se diante do risco de que se fosse ainda mais longe da proposta inicial. Foi necessário esclarecer, porém, que há uma diferença entre a postura do analista e a dos demais profissionais de saúde. É possível tratar, então, que tais profissionais operam no discurso do mestre e da academia, que são necessários para constituição do laço social, enquanto o analista ocupa o lugar do vazio, apostando em uma *histerização* do paciente no seu lugar na instituição, para que este, à sua maneira, produza algo. A aposta, em nível de

hipótese é que a porta de entrada da análise, seja o caminho para um posicionamento do paciente frente ao diagnóstico e a instituição.

Um ponto importante a salientar apresenta-se sempre que é abordada a temática da psicanálise dentro de uma instituição: Será que todo paciente é para psicanálise? Será que essa demanda é analisável? Há também, quem atribua que a resposta para essa questão seja respondida nas entrevistas preliminares. Quinet (1991) ajuda-nos a entender que, em primeiro lugar, não é função das entrevistas preliminares saber se o sujeito é analisável ou não, se irá suportar o processo de análise ou se aquela demanda médica é possível de ser trabalhada em psicanálise.

*A analisabilidade é função do sintoma e não do sujeito. A analisabilidade do sintoma não é um atributo ou qualificativo deste, como algo que lhe seria próprio: ela deve ser buscada para que a análise se inicie, transformando o sintoma da qual o sujeito se queixa em um sintoma analítico (Quinet, 1991, p.16).*

Em outras palavras, fazer com que o paciente transforme sua queixa em uma questão sobre si mesmo. É passagem do sintoma para o sintoma-mal, conforme o próprio autor acima citado nos elucidada.

Mas qual é a implicação de todo esse desenvolvimento? Bem, é em primeiro lugar a confusão das posições a serem ocupadas e dos conceitos que serão usados. O significativo diagnóstico implica em uma cristalização do que dentro desse contexto, podemos chamar de indivíduo, no sentido de que não há divisão subjetiva. É comum, ocupando o lugar de psicólogo, por exemplo fazer uso dessa nomenclatura, visto que o que se procura é um reforçamento do eu, eliminação de estereotípias e de comportamentos desadaptativos, uma reabilitação de modo geral.

Em psicanálise, o diagnóstico está distante dessa ideia. Não se trata, de a partir deste e estabelecer uma série de procedimentos para eliminar tal sintoma, mas produzir um saber a partir dele. Essa constatação, por si só se distancia do próprio conceito e aplicabilidade do diagnóstico médico, sendo assim, por qual razão ainda usamos a palavra diagnóstico, visto que existe tal diferença? São notórias a problemática e confusões de ambas as questões, sendo comum, mesmo ao meio de psicanalistas, que se repitam frases como: *Esse sou eu sendo obsessivo!* Como se o diagnóstico em psicanálise se baseasse em questões fenomenológicas.

É certo que a teoria desenvolvida por Lacan, sobre a inscrição ou não do Nome-do-Pai, é válida, as nomeações acerca das estruturas e tipos clínicos ainda nos orientam no manejo da análise e se confundem na aplicabilidade, principalmente quando somos atravessados por nomeações de outras instâncias. Nada disso é inválido ou se modifica com a proposta de Colette Soler (2020) sobre o enodamento ou não enodamento.

Lacan (1975-1976/2007) volta-se ao escritor James Joyce, quando, dentre suas articulações, parece levantar a hipótese de uma possível psicose do escritor, apesar de nunca ter afirmado de fato. Sugerindo também uma amarração dos três registros Real, Simbólico e Imaginário a partir da escrita. Isso é menos que um passo para desenvolvermos e justificarmos algo, mas é alguma coisa. Talvez realmente seja o início de um distanciamento necessário, como um recurso a mais para sair da lógica *fordista* de nomeações. E sim, de alguma forma também retirar o psicótico, por exemplo, do lugar de social e pejorativo de louco, desprovido de saber, como se suas produções fora ou em dentro de um consultório, não fossem válidas por não estarem alinhados em um sistema de linguagem comum.

Encontramos como vantagem, no que diz respeito ao aspecto social, essa saída, uma ressignificação quanto à compreensão da estrutura, mas também uma nova forma de abordar teoricamente os enlaces, enodamentos do sujeito com outro e sua forma peculiar de lidar com a castração. Pois, se afirmamos que tratamos cada caso em sua singularidade, as produções de sintomas e laços são da ordem do infinito, inapreensível pelo simbólico, os próprios conceitos diagnósticos de histeria, psicose e perversão não dão conta de definir um sujeito.

Não se trata de uma aproximação do modelo diagnóstico médico-psiquiatra, mas de uma ressignificação que propõe um olhar mais abrangente. Este olhar não se limita, nem conduz em direção a uma nomeação rígida de estar no mundo, mas abre possibilidades para pensar, internalizar e abordar o paciente não apenas pelo viés da perda ou desadaptação, mas essencialmente, de sua singularidade.

### Referências:

- COLNAGO, A,L,S. *Diagnóstico: para quê e para quem?*. Escola Lacaniana de psicanálise, 2018. Disponível em : <https://escolalacaniana.com.br/diagnostico-para-que-e-para-quem/>
- DUNKER, C,I,L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia entre muros*. São Paulo: Boitempo,2015.
- FREUD, S. (1985). Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p 341-406.
- LACAN, J. (1953-1954). *O Seminário. Livro 1: os escritos técnicos*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- POLLO, V. *O medo que temos do corpo: psicanálise, arte e laço social*. Rio de Janeiro:7letras, 2012
- REIS, E,S. *De corpos e afetos: transferência e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: contra capa, 2014
- LACAN, J. (1988). *O seminário Livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, Jacques. (1975-1976). *O seminário 23: o sintoma*. Texto estabelecido por Jacques- Alain Miller. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- LACAN, J. (1962-1963). *O Seminário: livro 10: a angústia*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. *O seminário: Livro 17: O avesso da psicanálise (1969 - 1970)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- LACAN, J. (1998b). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: J. Lacan, *Escritos*. (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Zahar.
- LACAN, J. (1998a). Intervenção sobre a transferência. In: J. Lacan, *Escritos*. (pp. 214-228). Rio de Janeiro: Zahar.
- QUINET, A. (1991). *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- SIQUEIRA, Leandro. *DSM: a (in)discreta relação entre ciência e política*. ComCiência, Campinas, n. 126, Mar. 2011.

SOLER, C. *Seminário de leitura de texto, ano 2006-2007: Seminário A Angústia*, de Jacques Lacan. Editora Escuta, 2012.

SOLER, C. *A Querela dos diagnósticos*. Editora Blucher. São Paulo 2020.

**Citação/Citation:** Rosa, V. L. S. (2025). *Mais ainda diagnóstico: dinâmica diagnóstica na instituição*. *Trivium: Estudos Interdisciplinares* (Ano XVII, no. 1), pp. 33-46.

**Recebido em: 30/01/2025**

**Aprovado em: 22/05/2025**