

CLÍNICA(S): DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Léia Prizskulnik¹

Instituto de Psicologia - USP

O artigo analisa os pressupostos que delimitam o domínio da clínica médica (clínica positiva) e da clínica psicanalítica, duas configurações diferentes de clínica, que se utilizam de referenciais muito próprios que determinam trabalhos distintos. Levanta um breve histórico e examina a maneira de cada profissional se posicionar frente ao sintoma do paciente, ao processo de diagnóstico e de tratamento.

Descritores: Clínicas. Psicologia clínica. Diagnóstico médico. Psicodiagnóstico. Psicanálise. Medicina.

O ser humano, há séculos, sofre e sente dores. Diante do sofrimento e das dores, há séculos, ele apela para que alguém lhe proporcione alívio. Essa situação cria o espaço para o aparecimento de pessoas que se propõem a ajudar os outros. Nasce o chamado médico primitivo, parente distante e, ao mesmo tempo, próximo do médico atual.

Durante anos, o médico se vale dos influxos dos céus, dos astros, da alquimia e das crenças populares, aprendendo tudo através da experiência. Muitos males são descritos, muitos vegetais são identificados pelas propriedades terapêuticas, vários procedimentos são usados para cuidar dos doentes (lancetam, sangram, cortam, serram, etc.). Santos Filho (1991) indica a descrição e tratamento de uma série de doenças, entre elas, a peste das bexigas (varíola), o mal de Lázaro (lepra), o mal gálico (sífilis), a tísica (tuberculose), as câmaras de sangue (disenteria com san-

1 Endereço para correspondência: Rua Galeno de Almeida, 660 – Jd. América, SP - CEP 05410-030. E-mail: ippsc@edu.usp.br

gue), as terças ou quartãs (malária), a peste náutica (escorbuto), catarro no ventre (enterocolite), almorreimas (hemorróidas).

Assim, para a Medicina, a experiência com pacientes é muito antiga, a observação clínica e a clínica médica existem há muito tempo. Mas, a prática clínica que hoje conhecemos só começa a ser produzida num tempo mais recente da história ocidental.

Antes do século XIX, a Medicina pode ser dita classificatória. Foucault (1987) assinala que "... a regra classificatória domina a teoria médica e mesmo sua prática (...) antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies" (p. 2). A redistribuição anatômica da doença não modifica sua estrutura essencial. A percepção da doença no doente supõe um olhar qualitativo, ou seja, para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, calor, excitação, umidade, debilidade, leveza, esgotamento. Para definir uma entidade mórbida é levado em conta um conjunto de qualidades e, desta maneira, a Medicina fica distante da possibilidade de lidar com quantidades que a ciência exige.

A Medicina como ciência clínica aparece no século XIX. Segundo Foucault (1987), a clínica ligada à linguagem de uma "ciência positiva" aparece quando o médico substitui a pergunta "o que é que você tem?," pela pergunta "onde lhe dói?." Essa mudança se opera quando se admite que se pode associar a lesões de órgão (anatômica) definidas, grupos de sintomas estáveis. A anatomia e a clínica se unem e surge a anátomo-clínica. "Daí o aspecto que a anatomia patológica tomou em seu início: o de um fundamento enfim objetivo, real e indubitável da descrição das doenças" (p. 147).

A mudança vai criar possibilidades novas. Foucault (1987) esclarece que ela traz: "... progresso da observação, cuidado em desenvolver e ampliar a experiência, fidelidade cada vez maior ao que os dados sensíveis podem revelar, abandono dos sistemas e teorias em proveito de um empirismo mais científico" (p. 156).

A anatomia patológica ordena o novo espaço clínico. A Medicina classificatória cede lugar à Medicina dos órgãos, do foco e das causas. Esse novo sistema referencial vai permitir uma nova ordenação das doenças e um interesse direto pelo corpo do doente, mas pelo *corpo morto* porque o exame do cadáver ensina ao médico as causas da morte e, conseqüentemente, das doenças. Clavreul (1983) destaca que o médico ignora a morte na sua especificidade porque “... não é o corpo morto enquanto tal que interessa ao médico, mas o que nele se pode ler” (p. 113).

Impulsionados pela patologia, os estudos de fisiologia avançam e também oferecem subsídios para a determinação das causas da doença. Clavreul (1983) assinala que:

... os progressos da fisiopatologia, propondo uma outra leitura da doença, vieram substituir os estudos anatômicos e anátomo-patológicos. A morte do doente cessou de ter interesse para o médico desde que os exames sobre o vivo tornaram-se os mais importantes. Não existem mais nos hospitais esses doentes que eram conservados um pouco por caridade, mas cuja morte se esperava para saber o que tinham. Esta prática ... cessou desde que os exames paraclínicos permitiram ‘violentar a natureza’ sobre o vivo. O corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve. (p. 114)

Esse novo espaço permite que a biópsia se destaque em relação à autópsia. Atualmente, alguns desses exames paraclínicos, ou subsidiários, são realizados através de aparelhagens tecnológicas (endoscópios, p.ex.) que permitem o diagnóstico fisiopatológico e a retirada de material orgânico para o diagnóstico anátomo-patológico (biópsia) no paciente vivo.

É a partir do século XIX, então, segundo Foucault (1987), que a presença da doença no corpo funda a doença como objeto para o olhar positivo do médico e a linguagem se transforma em discurso racional. Assim, “... torna-se possível organizar em torno [do indivíduo] uma linguagem racional” (p. xiii) e pode-se, “... finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (p. xiii). O discurso médico se torna um discurso científico sobre a doença.

A Medicina como ciência clínica tem bem delimitado o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. É uma clínica fundamentada no olhar (ver, observar), no chamado olhar clínico, mas “... o olhar médico envolve mais do que diz a palavra ‘olhar’; encerra, em uma estrutura única, campos sensoriais diferentes; [é] a trindade visão-tato-audição” (Foucault, 1987, p. 188). Assim, apesar do médico se valer do olho, do tato e do ouvido, a dominância é do visível (atualmente, o olhar clínico está cada vez mais aguçado pela aparelhagem tecnológica). É uma clínica que, com seu discurso de estrutura científica, tem os mesmos pressupostos exigidos pelo conhecimento científico. Chauí (1996) assinala que o conhecimento científico busca a objetividade (estruturas universais e necessárias), a quantificação (medidas, padrões), a homogeneidade (leis gerais), a generalização, a regularidade, a constância, a frequência, a normalidade dos fatos investigados, procura “... apresentar explicações racionais, claras, simples e verdadeiras para o fatos” (p. 250) e procura “... prever racionalmente novos fatos como efeitos dos já estudados” (p. 251). Portanto, um discurso de estrutura científica aspira ser universal, pois “... a ciência busca as leis objetivas gerais, universais e necessárias dos fatos” (p. 271).

Assim, para o reconhecimento de determinada doença é necessário a existência de doenças nitidamente definidas, ou seja, o processo de diagnóstico requer que a doença tenha uma definição racional e clara. Kammerer e Wartel (1989) indicam que na Medicina:

... o processo epistemológico segue sempre a mesma progressão histórica: num primeiro estágio, a entidade mórbida emerge sob forma de um quadro *descritivo*, resultante da observação clínica. Num segundo estágio um substrato *anatômico* lhe é reconhecido [substrato anátomo-fisiológico; substrato orgânico]. A descoberta do agente *etiológico* das lesões constitui o terceiro estágio. A entidade nosográfica está perfeitamente definida, quando munida dessas três dimensões. (p. 28)

Segundo os autores, é uma nosografia tridimensional. A entidade nosográfica permanece provisória enquanto não ultrapassar o estágio clí-

nico. Alcançar a nosografia tridimensional é o objetivo a ser atingido na definição das doenças orgânicas, mas também das doenças mentais (patologia cerebral).

O médico clínico deve seguir um roteiro pormenorizado e rigoroso no processo de diagnóstico. Marcondes, Sustovich, & Ramos (1976), enfatizando a necessidade de considerações etiopatogênicas, fisiopatológicas e clínicas, descrevem os passos a serem seguidos que, resumidamente, são:

1) *a observação clínica* é o registro pormenorizado dos dados pessoais, dos sintomas e dos sinais apresentados pelo doente e obtidos durante a entrevista, e consta de ⇒ identificação (I.D.),² anamnese (queixa e duração: Q.D.), história pregressa da moléstia atual (H.P.M.A.), interrogatório sobre os diferentes aparelhos (I.S.D.A.), antecedentes pessoais (A.P.), antecedentes hereditários e familiares (A.F.). O exame clínico deve ser metódico e disciplinado para o bom raciocínio clínico. É necessário, nesse momento, o estabelecimento de hipótese diagnóstica (H.D.).

2) *o exame físico* minucioso e sistemático do doente para a complementação da observação clínica (exame físico geral: E.F.G.; exame físico especial: E.F.E.). São necessárias hipóteses bem formuladas sobre os diagnósticos anatômico, funcional e etiológico. O diagnóstico deve ser preciso para a indicação de plano terapêutico eficiente e racional.

3) *os exames subsidiários* adequados, quando necessários.

Depois dos passos indicados acima, chega o momento da elaboração de plano terapêutico adequado, eficiente e racional (Cd.= conduta). A terapêutica inclui os medicamentos, considerados essenciais em muitos casos.

2 as siglas indicadas entre parênteses são as mesmas que se encontram nos prontuários médicos.

A visualização do roteiro descrito permite destacar, não só os passos que o médico clínico deve seguir, mas como

... esses passos estão estabelecidos, previamente, pelo saber médico com o objetivo de guiar o profissional à elaborar um diagnóstico objetivo, que permita indicar o tratamento mais eficaz. No diagnóstico, a definição da doença se dá a partir da perspectiva do médico, perspectiva objetiva em relação ao paciente. (Priszkulnik, 1998, p. 18)

Além de seguir o roteiro pormenorizado e rigoroso, ao diagnosticar:

... o médico opera mentalmente um corte nos dados trazidos pelo paciente, tendo como eixo a idéia de que alguns sintomas são essenciais e definidores da doença, enquanto outros são secundários, pois, só assim, a indicação da terapêutica produzirá o efeito desejado e trará bons resultados, ou seja, a cura da doença, o alívio rápido, a eliminação dos sintomas, a restituição da saúde anterior à doença. (Priszkulnik, 1998, p. 19)

O médico precisa escutar seletivamente as palavras do paciente para poder formular o diagnóstico (escuta seletiva *a priori*). Clavreul (1983), para enfatizar que “... do que é dito, o médico só retém o que ressoa no discurso médico” (p. 158), refere-se a uma situação-exemplo: quando um paciente tem sua primeira dor precordial no dia da morte de um parente querido, essa data da morte só terá importância para *fixar uma data*, pois essa espécie de sofrimento não tem ressonância no discurso médico, ou seja, mesmo se o médico der importância a isso, ele não terá como operar com este dado na formulação do diagnóstico (objetivo e racional), quando muito pode fazê-lo ter palavras de consolo para seu paciente. O autor sublinha que “... o sofrimento no discurso médico se nomeia dor, ou opressão, ou febre, etc.” (p. 157), quer dizer, ele é um sintoma que precisa estar associado a um substrato orgânico e ter, de preferência, uma etiologia definida.

A Medicina, enquanto ciência clínica, se vale das pesquisas genéticas, imunológicas, bioquímicas, biofísicas, farmacológicas, etc., pesquisas desenvolvidas em laboratórios de experimentação. Assim, muitos co-

nhcimentos aplicados na clínica médica são exteriores ao próprio campo clínico. Existe também toda uma aparelhagem tecnológica que auxilia o médico no processo de diagnóstico, o que acaba enfatizando mais ainda a vertente objetiva da doença e colocando entre o médico e o paciente vários aparelhos e muitos resultados de exames.

Essa configuração da clínica médica é, freqüentemente, considerada o *paradigma* quando se pensa na experiência clínica como forma de conhecimento. Assim, ao se pensar em *diagnóstico e tratamento*, não se pode esquecer a origem médica das expressões. Sem essa precaução, pensar em clínica numa configuração diferente da estabelecida pela Medicina fica mais difícil e, às vezes, mais complicado. É o que pode acontecer quando se tem em mente a Psicanálise e a clínica que Freud inaugura.

A Psicanálise, com suas proposições, faz emergir um modelo de clínica bem peculiar, onde o diagnóstico e o tratamento são abordados dentro de referenciais psicanalíticos.

Freud (1925/1976c) estuda e trabalha no ambiente científico do final do século XIX. Ele se forma médico (1881) e segue a Neurologia. Atua como pesquisador em laboratórios de fisiologia e de anatomia cerebral, é docente de doenças nervosas na Universidade de Viena, trabalha no Hospital Geral de Viena, publica muitos artigos científicos em revistas especializadas (grande número de observações clínicas sobre doenças orgânicas do sistema nervoso), publica um livro sobre as paralisias cerebrais infantis considerado um trabalho importante para a Neurologia clínica. Realiza diagnósticos precisos, situando o local de uma lesão de maneira tão exata, que ao anátomo-patologista não cabe acrescentar informação alguma, a não ser a confirmação post-mortem. Ele conhece e pratica a pesquisa científica durante muitos anos, atua na clínica médica e efetua diagnósticos médicos durante muito tempo.

Freud (1925/1976c), por questões pecuniárias, começa a estudar as doenças nervosas. Planeja viajar para Paris e continuar seus estudos. Ganha uma bolsa de estudos da faculdade (1885) e torna-se aluno de Charcot. Fica impressionado com as investigações dele acerca da histeria, que

procuram mostrar a autenticidade e a objetividade dos fenômenos histéricos. Para isto, Charcot realiza uma descrição completa dos fenômenos, demonstra que eles têm suas próprias leis e regularidades, indica como reconhecer os sintomas que possibilitam o diagnóstico, tem a idéia de reproduzir artificialmente as paralisias histéricas, que previamente já diferenciara das paralisias orgânicas, através da sugestão hipnótica (Freud, 1893/1976a). Charcot declara que a histeria não é uma simulação e afirma que a etiologia deve ser buscada na hereditariedade e que ela é "... uma doença nervosa completa, autônoma, funcional e sem traços lesionais" (Roudinesco, 1989, p. 21). Freud, mais tarde, vai atribuir uma etiologia sexual para a histeria.

Nas palavras de Mannoni (1994), esse encontro deixa marcas no jovem Freud. Ele tem a oportunidade de assistir às aulas de Charcot onde o mestre "... cria e elimina os sintomas pela palavra, mas não se trata de mágica, ele mostra que os fenômenos histéricos obedecem a leis" (p. 43), e de acompanhar o método de trabalho de Charcot em que "... ele tratava as observações clínicas como fatos e delas extraía conjecturas neurológicas, ao contrário dos clínicos alemães, que se fundavam numa teoria fisiológica constituída para explicar os estados mórbidos" (p. 44). Charcot segue os princípios da clínica anátomo-patológica e se vale também dos conhecimentos de fisiologia.

Freud (1925/1976c) inicia sua prática privada (outono de 1886) como especialista em doenças nervosas. Para tratar de seus pacientes "nervosos," sabe que precisa ser capaz de fazer algo para ajudá-los. Porém, seu arsenal terapêutico conta só com a eletroterapia e o hipnotismo. Em relação à primeira, decepciona-se com os resultados e põe de lado seu aparelho elétrico. Em relação ao segundo, começa a empregá-lo de outra maneira que a usual, isto é, além de meras ordens ou proibições sugestivas, formula perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas. Assim, nos seus primeiros anos de atividade como médico, tem como principal instrumento de trabalho a sugestão hipnótica, "... afora os métodos psicoterapêuticos aleatórios e não sistemáticos" (p. 28), que o leva a abandonar o tratamento das doenças nervosas orgânicas. Seu interesse em

aprender algo sobre a origem das manifestações que vinha lutando para eliminar, cria as condições “... da pesquisa científica mais uma vez ter-se tornado o principal interesse de [sua] vida” (p. 30). Mais tarde, ele acaba denominando seu “... método de pesquisa e de tratamento (...) de psicanálise” (p. 43).

Sua experiência clínica com os pacientes cresce e suas indagações também. Para as questões que vão surgindo, ele não encontra respostas em todo seu conhecimento médico, em todo seu preparo em anatomia, fisiologia, patologia, etc. A ciência da época não oferece respostas para os problemas levantados pelos seus pacientes (sintomas histéricos). Em vez de tentar “encaixar” os pacientes nos moldes dos conhecimentos médicos, rompe com o saber médico (científico) vigente e constrói um sistema conceitual que tece os fundamentos que sustentam a constituição do saber psicanalítico e da clínica psicanalítica.

As idéias de Freud realmente germinam no solo do mundo científico do final do século XIX. Segundo Mannoni (1989), ao estudar a histeria, ele:

... descobre que uma paralisia histérica pode cobrir um território anatômico que contradiz aquilo que poderíamos chamar de cartografia neurológica. Não põe em dúvida absolutamente a verdade e a exatidão da Neurologia, ao contrário. É sobre essa verdade anatômica que irá se fundar. Mas, levantará a hipótese de que há algo imaginário nessas paralisias ... é por meio da *verdade neurológica* que se tenta *refutar* as paralisias histéricas (o que não significa curá-las) mas, jamais a Psicanálise tentará refutar a Neurologia ... Em presença de uma paralisia, um neurologista deve acabar por achar algo que não funciona em algum lugar na materialidade do sistema nervoso. Freud, pelo contrário, pensa que seria preciso antes olhar para o lado da “imaginação das histéricas.” Falando assim, não contradiz em nada a *ciência* dos neurologistas, ao contrário, *fundamenta-se justamente nessa ciência* para emitir essa hipótese. (pp. 154-155)

A investigação da histeria leva Freud a propor uma mudança no campo de estudo. Como afirma Birman (1991), ele “... propõe que a figura da histeria se articula no *campo da representação* e não no campo do

corpo anátomo-patológico” (p. 141). O autor sublinha que Freud formula algo fundamental para a teoria psicanalítica que está começando a ser construída, a saber, que:

... os sintomas histéricos se articulam num sistema coerente, fundado na imagem do corpo e não na estrutura do corpo, subordinada esta última às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais. O importante passa a ser como o histérico vivencia a sua corporalidade, ou seja, de que maneira investe as diferentes partes do seu corpo e as interpreta como superfícies dotadas de significação ... a existência de um corpo representado como eixo de sustentação da histeria é a primeira construção positiva que define a possibilidade de existir outra ordem corporal, diferente daquela circunscrita pelos cânones da anátomo-clínica. (pp. 141-142)

Com a descoberta da sexualidade infantil, Freud descobre o corpo erógeno: é o corpo representado investido sexualmente. Mas, a sexualidade para a Psicanálise não coincide com a sexualidade biológica; para ela, a sexualidade humana está separada de uma ligação estreita com os órgãos sexuais e o sexo genital e é considerada uma função corpórea mais abrangente que visa o prazer e que pode chegar a servir, ou não, às finalidades de reprodução. Portanto, como esclarece Birman (1991, p. 148), “...a sexualidade se articula numa outra economia, que passa necessariamente pelo campo da representação, (...) não é um instinto, nem se localiza no plano do corpo biológico.” Assim, a noção de corpo para a Psicanálise é bem diferente da noção de corpo para a Biologia. O corpo biológico é um corpo objetivado (objeto da ciência), um organismo, para ser estudado em termos de suas funções (digestão, respiração etc.), do funcionamento específico dos vários órgãos e seus tecidos, do funcionamento das células. O corpo para a Psicanálise é um corpo tecido e marcado pela sexualidade e pela linguagem.

No transcurso de seus estudos, a medida em que Freud se afasta da neuropatologia e se interessa pela psicopatologia, abre-se a possibilidade de começar então, “... a emergência progressiva da noção de inconsciente (...) e o caminho para uma teoria das doenças nervosas fora do campo da Neurologia” (Roudinesco, 1989, p. 67). Inaugura, então, um novo espaço

clínico fundamentado na fala do paciente e na escuta do médico (psicanalista) e funda a Psicanálise.

As investigações de Freud são empreendidas no contato com seus pacientes que, por sua vez, possibilitam inaugurar um novo tipo de tratamento e construir um corpo teórico que sai do domínio médico para questões do funcionamento psíquico do ser humano. Ele não parte de experiências de laboratório, mas do trabalho terapêutico e da prática clínica. Birman (1989, p. 138), refletindo sobre a posição da clínica no discurso freudiano, sublinha que “... o procedimento de investigação é o eixo fundador do campo psicanalítico, sustentando tanto o método de curar quanto o discurso teórico.” Assim, a Psicanálise nasce de uma prática que gera uma teoria, mas a teoria pretende dar conta do que acontece no processo de investigação e nos seus efeitos terapêuticos; os conhecimentos aplicados na clínica pertencem ao próprio campo clínico. Nasce e subverte a própria concepção de clínica, concepção ainda muito ligada a uma prática específica, a da Medicina.

Para a clínica psicanalítica, a doença tem um sentido para quem sofre, sentido que está afastado da consciência, sentido que está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito (verdade do sujeito). “O analista não faz uso de qualquer instrumento, nem mesmo para examinar o paciente, nem receita quaisquer remédios” (Freud, 1926/1976d, p. 213). Assim, “... para buscar ou decifrar o sentido do sintoma, o psicanalista não submete a pessoa a uma observação clínica, a um exame corporal, ou indica exames subsidiários, mas pede-lhe que fale de si mesmo sem censura ou crítica” (Prizskulnik, 1998, p. 19), ou seja, que obedeça a regra técnica fundamental que é a associação livre. O uso da associação livre permite que a pessoa fale mais do que sabe, pois o que se deseja ouvir do paciente “... não é apenas o que ele sabe e esconde de outras pessoas, ele deve dizer-nos também o que *não* sabe,” como sublinha Freud (1940/1975, p. 201). Diante do relato (associação livre), procura escutá-lo sem privilegiar a *priori* qualquer elemento do discurso, pois a escuta deve ser sem censura, deve ser uma recepção sem privilegiar a *priori* partes da fala do sujeito. O que realmente acontece

entre o analista e o paciente é “... que conversam entre si (...) o analista concorda em fixar um horário com o paciente, faz com que ele fale, ouve o que ele diz, por sua vez conversa com ele e faz com que ele ouça” (Freud, 1926/1976d, p. 213). É uma clínica fundamentada no falar/escutar, estritamente.

Os pacientes procuram ajuda através de seus sintomas, que podem ser de ordem física, familiar, sexual, profissional, etc. Para a Psicanálise, o sintoma precisa ser apreendido na trama de sua elaboração inconsciente. Assim, o procedimento para a investigação dos processos nos níveis inconscientes tem como modelo a interpretação de sonhos que busca nestes um sentido e é essa decifração de sentido que se impõe, mostrando a importância da linguagem e servindo de paradigma para a apreensão do sintoma.

O objetivo, então, não é diretamente eliminar o sintoma, aliviar rapidamente o mal-estar, corrigir possíveis deficiências, porque ele tem um sentido rigorosamente subjetivo e é portador de uma verdade que precisa ser revelada ou desvendada. A cura do sintoma virá como um desdobramento do próprio processo analítico. Freud (1923/1976b) estabelece que o objetivo da análise é capacitar o paciente:

... a poupar a energia mental que está dependendo em conflitos internos, obtendo do paciente o melhor que suas capacidades herdadas permitam, e tornando-o assim tão eficiente e capaz de gozo quanto é possível. Não se visa especificamente à remoção dos sintomas da doença, contudo ela é conseguida, por assim dizer, como um subproduto, se a análise for corretamente efetuada. O analista respeita a individualidade do paciente e não procura remoldá-lo de acordo com suas próprias idéias pessoais, isto é, as do médico; contenta-se em evitar dar conselhos e, em vez disso, em despertar o poder de iniciativa do paciente. (p. 304)

O método de tratamento analítico situa o profissional em uma relação diferente com o sujeito que sofre, ou seja, instaura o trabalho com algo singular que é a transferência. Para Freud (1923/1976b, p. 300) a transferência “... transforma-se no mais poderoso instrumento terapêutico

e desempenha um papel que dificilmente se pode superestimar na dinâmica do processo de cura.” Freud (1925/1976c) esclarece que a transferência não é criada pela situação analítica:

... ela é um fenômeno universal da mente humana, decide o êxito de toda influência médica e, de fato, domina o todo das relações de cada pessoa com seu ambiente humano. ... É perfeitamente verdade que a Psicanálise, como outros métodos psicoterapêuticos, emprega o instrumento da sugestão (ou transferência). Mas a diferença é esta: na análise não é permitido desempenhar o papel decisivo na determinação dos resultados terapêuticos. Utiliza-se, ao contrário, induzir o paciente a realizar um trabalho psíquico ... que implica uma alteração permanente em sua economia mental ... a transferência é transformada de arma mais forte da resistência em melhor instrumento do tratamento analítico. Não obstante, seu manuseio continua sendo o mais difícil, bem como a parte mais importante da técnica de análise. (pp. 56-57)

A clínica psicanalítica tem uma acepção muito peculiar do que seja o diagnóstico. Ele não é realizado de maneira objetiva, ou seja, a pessoa tem tais sintomas, então, tem tal doença ou distúrbio. Ele não aponta simples e diretamente a interpretação analítica a ser feita, ou seja, o diagnóstico (tal doença) não dá, prontamente, sustentação para a atuação do profissional (tal medicamento, p.ex.). Ele não se vale de roteiros, previamente estabelecidos, a serem seguidos. Deve ser estabelecido, dentro do espaço analítico e na transferência, para determinar a direção do tratamento. O diagnóstico deve ser preliminar, pois é quase impossível defini-lo (fechá-lo) sem um certo tempo de análise (tratamento). Essa é uma peculiaridade da clínica psicanalítica, já que ela não se vale de coordenadas externas, de noções de valor geral e de previsões, itens que são exigidos pela pesquisa objetiva do método científico.

É preciso, no entanto, estabelecer o diagnóstico, mesmo o preliminar. O analista precisa de certos elementos para balizar seu trabalho. Freud (1913/1969) utiliza-se de um período de tempo de uma ou duas semanas para empreender uma “sondagem” com o intuito de conhecer o caso e decidir se ele é apropriado para a análise.

Este experimento preliminar, contudo, é, ele próprio, o início de uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta. Pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, deixa-se o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo. (p. 165)

Entretanto, Freud (1913/1969) coloca que existem também razões diagnósticas para essa fase preliminar, ou seja, a do diagnóstico diferencial entre a neurose e a psicose. Ele indica que a fase preliminar constitui um espaço privilegiado para o estabelecimento do diagnóstico preliminar porque, como ele mesmo acentua, "... nenhum outro tipo de exame preliminar, exceto este procedimento, encontra-se à nossa disposição" (p. 165).

A fase preliminar freudiana corresponde às entrevistas preliminares para Lacan. Para ele é fundamental que o analista tenha esse trabalho prévio antes de aceitar um paciente para a análise. A teoria lacaniana permite fazer o diagnóstico diferencial estrutural. Quinet (1991) procura esclarecer isso.

É a partir do simbólico que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo -- negação da castração do Outro -- correspondentes às três estruturas clínicas. Um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque (*Verdrängung*) do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente e o desmentido (*Verleugnung*) do perverso, o nega conservando-o no fetiche. A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa. ... Cada modo de negação é concomitante a um tipo de retorno do que é negado. No recalque, o que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico sob a forma de sintoma: o sintoma neurótico. No desmentido, o que é negado é concomitantemente afirmado retornando no simbólico sob a forma de fetiche do perverso. Na psicose, o que é negado no simbólico retorna no *real* sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação. (p. 23)

Além do diagnóstico diferencial entre neurose, psicose e perversão, as entrevistas preliminares também constituem um espaço privilegiado

para o diagnóstico diferencial entre a histeria e a obsessão. Como sublinha Quinet (1991, p. 27), é muito importante, em relação à direção da análise “... ultrapassar o plano das estruturas clínicas (psicose, neurose, perversão) para se chegar ao plano dos tipos clínicos (histeria e obsessão), ainda que ‘não sem hesitação,’ para que o analista possa estabelecer a estratégia da direção da análise”

Freud, com a Psicanálise, introduz a noção de inconsciente e afirma que esse inconsciente determina tudo que a consciência e o sujeito sentem, pensam, fazem, falam, etc. Com isso, coloca “... uma poderosa limitação às pretensões da consciência para dominar e controlar a realidade e o conhecimento” (Chauí, 1996, p. 169), desloca a consciência de um lugar central na nossa vida psíquica, questiona a origem exclusivamente orgânica das doenças e mostra que a “fala” tem função terapêutica (talking cure) e que “... os distúrbios patológicos do corpo e da mente podem ser eliminados por ‘meras’ palavras” (Freud, 1905/1972, p. 297).

Temos, então, a clínica médica e a clínica psicanalítica, duas configurações diferentes de clínica, com pressupostos diferentes que balizam trabalhos diferentes. Essas diferenças podem, agora, ser pontuadas em relação à maneira do médico e do psicanalista se posicionarem diante dos sintomas do paciente.

Quando alguém chega e pede ajuda para acabar com suas dores, esse alguém já pressupõe que o profissional tem algum conhecimento ou alguma solução para seu caso. O médico pedirá que o paciente fale, mas que responda às suas perguntas (roteiro previamente estabelecido), ouvirá o paciente com uma escuta seletiva, *a priori*, para buscar os sintomas que definam uma doença, fará um exame físico, pedirá exames complementares (se necessário) e indicará a terapêutica apropriada (algum medicamento) com o intuito de curar, ou eliminar, ou aliviar os sintomas; ele tem o conhecimento do que se passa com o paciente e tem a solução para o caso. O psicanalista pedirá que o paciente fale, mas que fale o mais livremente possível (associação livre), ouvirá o paciente sem privilegiar, *a priori*, qualquer, parte do relato e procurará transformar a queixa-sintoma

em sintoma-enigma, ou seja, ele sabe que a queixa precisa ser transformada “... numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma [precisa passar] do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (Quinet, 1991, pp. 20-21); ele sabe que o sintoma tem um sentido para quem sofre (sentido subjetivo), que o sentido está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito e que é portador da verdade do sujeito, portanto não procurará curar, ou eliminar, ou aliviar o sintoma; ele não só não dá resposta ao paciente, como transforma a resposta pedida em questão para o sujeito.

O paradigma da clínica médica, clínica positiva, é uma configuração que é adotada para o trabalho clínico também por outros profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos. Esses profissionais aceitam a nomenclatura das doenças (doenças com substrato orgânico), realizam os diagnósticos utilizando provas organizadas a partir de pesquisas científicas (testes de inteligência, testes de personalidade, testes de aptidões, etc.), buscam curar, ou eliminar, ou aliviar os sintomas, recorrem a técnicas padronizadas de tratamento, ou trabalham no nível da consciência. São médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, que valorizam os pressupostos que a ciência determina, ou seja, a objetividade, a quantificação, a homogeneidade, a generalização, etc. e valorizam um trabalho baseado na consciência e na razão.

A análise dos pressupostos que configuram a clínica médica e a clínica psicanalítica tem por objetivo delimitar o domínio de cada uma (alcances e limitações), o domínio do trabalho que cada profissional pode desenvolver com seus pacientes. Ao meu ver, colocar uma contra outra não contribui para um possível diálogo entre os profissionais e nem para um possível trabalho em equipe.

Freud (1926/1976d) reflete sobre isso e afirma que:

... em si toda ciência é unilateral. Tem de ser assim, visto que ela se restringe a assuntos, pontos de vista e métodos específicos. É uma insensatez, na qual eu não tomaria parte, lançar uma ciência contra a outra. Afinal de

Clínica(s): Diagnóstico e Tratamento

contas, a Física não diminui o valor da Química; ela não pode ocupar seu lugar mas, por outro lado, não pode ser substituída por ela. A Psicanálise é, por certo, bem particularmente unilateral, por ser a ciência do inconsciente mental. Não devemos, portanto, contestar às ciências médicas seu direito de serem unilaterais (p. 262).

Prizskulnik, L. (2000). Clinic (s): Diagnosis and Treatment. *Psicologia USP*, 11 (1), 11-28.

Abstract: The article analyses the presuppositions which delimit the domain of medical (positive clinic) and psychoanalytic clinic, two different clinical configurations, that use their own basis to determine distinct works. It shows a concise historical and examines clinical procedures, in order to contrast each professional's position towards the patient's symptom, the diagnosis process and the final treatment.

Index terms: Clinics. Clinical psychology. Medical diagnosis. Psychodiagnosis. Psychoanalysis. Medical sciences.

Referências Bibliográficas

- Birman, J. (1989). *A constituição da psicanálise: Freud e a experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre.
- Birman, J. (1991). *A constituição da psicanálise: Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Chauf, M. (1996). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Foucault, M. (1987). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Freud, S. (1969). Sobre o início do tratamento. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913)

- Freud, S. (1972). Tratamento psíquico (ou mental). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 295-316). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Freud, S. (1975). Esboço de psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 165-237). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1940)
- Freud, S. (1976a). Charcot. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 21-38). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893)
- Freud, S. (1976b). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 285-312). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923)
- Freud, S. (1976c). Um estudo autobiográfico. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 13-92). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1925)
- Freud, S. (1976d). A questão da análise leiga. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 205-293). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926)
- Kammerer, T., & Wartel, R. (1989). Diálogo sobre os diagnósticos. In J. Lacan et al., *A querela dos diagnósticos* (pp. 27-44). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mannoni, O. (1989). A psicanálise e a ciência. In M. Augé et al., *O objeto em psicanálise* (pp.149-166). Campinas, SP: Papyrus.
- Mannoni, O. (1994). *Freud: Uma biografia ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Marcondes, M., Sustovich, D. R., & Ramos, O. L. (1976). *Clínica médica: Propedêutica e fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Prizskulnik, L. (1998). As entrevistas diagnósticas em psicanálise. *Psychê*, 2 (2),17-23.
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roudinesco, E. (1989). *História da psicanálise na França: A batalha dos cem anos: V.1: 1885-1939*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santos-Filho, L. C. (1991). *História geral da medicina brasileira* (Vol. 1). São Paulo: Hucitec/EDUSP