

## REFORMA PSIQUIÁTRICA E LÓGICA DIAGNÓSTICA PSICANALÍTICA: DISCUSSÕES ACERCA DE UMA POSSÍVEL TECITURA

---

RODRIGO AFONSO NOGUEIRA SANTOS ; THALES FONSECA ; FUAD KYRILLOS NETO 

Rodrigo Afonso Nogueira Santos <sup>1;2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Departamento de Psicologia, São João del-Rei - MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, São Paulo - SP, Brasil.

Thales Fonseca <sup>3;4</sup>

<sup>3</sup> União das Instituições de Serviço, Ensino e Pesquisa (UNISEPE/UNIVR), Registro -SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São João del-Rei - MG, Brasil.

Fuad Kyrillos Neto <sup>5</sup>

<sup>5</sup> Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São João del-Rei - MG, Brasil.

**RESUMO:** Neste artigo, são discutidas possibilidades de tecitura entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a lógica diagnóstica psicanalítica. Veicula-se brevemente a história desse importante movimento. Posteriormente, são apresentados elementos do diagnóstico em psicanálise, enfatizando o lugar do sujeito e sua dimensão irreduzível frente aos discursos sociais hegemônicos. Demonstra-se o quanto a clínica psicanalítica coincide com um processo de “crítica da ideologia”, levantando questões da lógica diagnóstica predominante nos serviços substitutivos aos manicômios, de modo que são assinaladas as convergências entre o trabalho psicossocial e a clínica. Por fim, destaca-se que a psicanálise se constitui como uma forma específica de oferecer escuta, visando efeitos de desalienação e reconhecimento da diferença.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, lógica diagnóstica; clínica psicanalítica; crítica da ideologia; sujeito.

**Abstract: Psychiatric Reform and psychoanalytic diagnostic logic: discussions about possible interlacing.** In this article, are discussed possibilities of interlacing between the presuppositions of the Brazilian Psychiatric Reform and the psychoanalytical diagnostic logic. The history of this important movement is briefly conveyed. Posteriorly, elements of the diagnosis in psychoanalysis are presented, highlighting the place of the subject and its irreducible dimension in front of the hegemonic social discourses. It is demonstrated how much the psychoanalytic clinic coincides with a process of “critique of ideology”, raising questions on the diagnostic logic currently prevalent in the substitute services to asylums, so that the convergences between the psychosocial and the clinical work are pointed. Finally, it is highlighted that the psychoanalysis constitutes a specific form of listening, aiming at the effects of de-alienation and recognition of difference.

**Keywords:** Psychiatric Reform, diagnostic logic; psychoanalytic clinic; critique of ideology; subject.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142020001002>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

## INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui-se como um conjunto de propostas que passaram, a partir da década de 1970, a realizar um questionamento dos modos pelos quais a loucura era tratada no País. O ponto de partida foi a afirmação de que o modelo manicomial, tal como era utilizado em vários países que se propunham a tratar a loucura como um problema médico, não se sustentava mais dado o nível de violação dos direitos humanos observado em seu interior. Sua principal influência, como se sabe, foi o trabalho iniciado por Franco Basaglia, na Itália, o qual veio a se constituir como um movimento político e social denominado Psiquiatria Democrática Italiana. O que há de mais fundamental na experiência basagliana é o fato de o psiquiatra apontar a instituição psiquiátrica como o local onde se perpetuavam as mais diversas formas de violência sobre o louco, consequência da acepção da loucura como um objeto de trabalho do campo médico (BASAGLIA, 1985). Dessa forma, o trabalho realizado por Franco Basaglia não se resume a criticar a estrutura manicomial. Ele ataca o próprio modo pelo qual havia sido estabelecida a relação psiquiatra/louco, a qual trazia, juntamente com a objetualização do corpo do paciente diante do discurso médico, a afirmação de que o louco é perigoso ao convívio social e que deve ser tratado fora da sociedade (AMARANTE, 1998).

Após longo e árduo processo de luta política, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira seguiu um curso que culminou, no início da década de 2000, em um período de normatização dos dispositivos territoriais de atendimento. Assim, as propostas discutidas deixaram de ser alternativas para tornarem-se foco do atendimento dos sujeitos portadores de sofrimento mental grave.

Este processo de luta política, o qual culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira e que foi impulsionado pela presença de Basaglia no Brasil, no final da década de 1970, precisa ser retomado no contexto brasileiro atual. Circulam no cenário político brasileiro uma série de propostas de retomada das internações psiquiátricas pelo movimento da contrarreforma. Na esfera da administração federal, percebe-se a indisposição para tratar de qualquer assunto que contemple a cidadania do portador de sofrimento mental. Assim, faz-se interessante conduzir uma discussão acerca das formas de diagnóstico compatíveis com os princípios da Reforma por abarcar, simultaneamente, as dimensões clínica e política da assistência ao portador de sofrimento psíquico, além de retomar o potencial político-clínico das normatizações construídas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

A partir dessa normatização, observa-se a forte influência da proposta italiana sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Alguns pontos em comum merecem destaque, como a proibição da internação em instituições com características asilares, o foco na reinserção social dos sujeitos e o direcionamento do modelo de trabalho em saúde mental para os serviços territoriais (AMARANTE, 1998; DESVIAT, 1999), dos quais o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se destaca como o principal ordenador da rede de saúde mental, serviço que tem como característica basal a reivindicação da cidadania do louco.

Assim, pode-se considerar a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um movimento de grande alcance no campo das práticas e políticas em saúde mental do país. Como tal, ela convoca discussões relacionadas não só aos seus avanços, mas também ao fantasma de retrocessos, que, até há pouco, poderiam ser tomados como superados. Dentre as várias questões em aberto nesse campo, interessa particularmente as formas de se pensar a clínica no interior do movimento da Reforma Psiquiátrica. Essa discussão tem se tornado constante no Brasil, e sua grande importância se deve ao questionamento dos modos pelos quais o corpo e o discurso do portador de sofrimento mental grave são pensados no interior da lógica que organiza os serviços de saúde mental.

Por um lado, desde as conquistas da Reforma no domínio legislativo, em que se destacam a promulgação de duas leis nacionais – a lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001), e a lei 10.708 (BRASIL, 2003) – e a portaria nº 336, de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), tais sujeitos têm o direito de serem atendidos em serviços territoriais, ou seja, fisicamente longe dos manicômios. Por outro lado, faz-se necessário voltar ao cerne da crítica realizada por Basaglia, a saber, o questionamento que incidia não sobre a estrutura manicomial, mas sobre o discurso que ali circulava acerca da objetualização da loucura.

Tal discussão se mostra altamente relevante, devido aos impasses cotidianos que vários serviços abertos de saúde mental têm vivenciado. Tais impasses são discutidos por Tenório (2007) e por Furtado e Onocko Campos (2005). Os autores ressaltam a importância de manter o caráter instituinte da Reforma Psiquiátrica, mantendo vivo, assim, seu ímpeto de transformação social. Ambos os textos destacam, como uma questão fundamental para a Reforma, o estabelecimento de uma clínica que acolha a dimensão subjetiva dos usuários em constante articulação com a função de saúde pública e inclusão social do CAPS.

Diversos trabalhos têm sido publicados por pesquisadores desse campo (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002; QUINET, 2010; LIMA, 2012; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2015) apontando a importância de se conduzir um trabalho clínico em saúde mental no qual seja pensado o singular de cada caso, sendo essa uma das principais dificuldades que a Reforma enfrenta atualmente. Tais autores afirmam que essa é uma clínica que está por ser

feita, mas que já traz diretrizes para se organizar a partir dos campos psiquiátrico e psicanalítico. Portanto, é partindo desses saberes que se faz possível – e desejável – a elaboração de um trabalho de cunho clínico no campo da saúde mental.

Para pensarmos tal clínica, torna-se essencial discutir a questão referente à lógica diagnóstica, ou seja, à sua racionalidade, que se configura como um desdobramento, uma derivação da estrutura mesma da clínica. A clínica, com efeito, está baseada em procedimentos como a semiologia, diagnóstica, terapêutica e a etiologia (DUNKER, 2015). Reconhecemos, dessa forma, que o diagnóstico decorre tanto de uma definição prévia sobre a função de uma terapêutica, como influencia também os próprios alcances do tratamento (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002), tornando-se o ponto de partida para a condução do tratamento.

Trata-se, assim, de pensar a possibilidade de tecituras entre a clínica psicanalítica, com sua lógica diagnóstica própria, e os pressupostos políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na esteira do que propõe Figueiredo (2001) ao utilizar o termo *aggiornamento* para pensar tal relação. A autora destaca que existe, na psicanálise, avanços na discussão do que vem a ser o sujeito e principalmente na questão da transferência e de seu manejo no tratamento. As referências da psicanálise de extração lacaniana sobre a relação do sujeito com a linguagem, com o discurso no campo do Outro e a função do pai nos três registros permitem, desse modo, a articulação da experiência clínica com o trabalho em serviços abertos de saúde mental.

## O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE E O LUGAR DO SUJEITO

No campo psicanalítico, ao se pensar em termos de estrutura, o sintoma é tomado não como algo que pode ser descrito objetivamente, mas como um elemento que surge na fala de um sujeito. Assim, ele traz a marca de se articular intimamente com outros elementos que surgem no discurso. Dessa forma, há um movimento que vai do sintoma para a estrutura, já que o analista deixa de ser um leitor de sintomas para trabalhar, sob transferência, “como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p. 67). Isso representa abrir mão da dimensão de significado do sintoma – em que ele representa algo para alguém – e pensá-lo em sua dimensão significante – na qual ele é um elemento que se articula a outros significantes.

Portanto, o diagnóstico deve ser buscado no registro simbólico, ou seja, no campo da linguagem, lugar onde são articuladas as questões fundamentais para um sujeito (sobre sexo, morte, procriação, paternidade), que passam a ser elaboradas a partir do complexo de Édipo (QUINET, 2010). É então a partir do Édipo que se pensa a constituição do sujeito. O diagnóstico se organizará em torno de três grandes estruturas nosográficas a neurose, a perversão e a psicose conforme a maneira pela qual esse sujeito lida com a falta inscrita em sua subjetividade.

A partir dessa lógica, uma reflexão acerca da função do diagnóstico em psicanálise se faz importante. Sua função é oferecer parâmetros clínicos que marquem o espaço do tratamento e suas possibilidades. Dessa forma, observa-se um objetivo claro quanto ao diagnóstico, que é o de fornecer ao clínico as balizas necessárias à condução do tratamento, a qual se dará unicamente no campo da linguagem.

Outra característica do diagnóstico em psicanálise refere-se ao momento no qual ele é construído. Freud (1913/1996) aponta a importância da realização de algumas entrevistas com a finalidade de definir um diagnóstico, para, a partir de então, pensar as possibilidades de condução do tratamento, de modo que um erro nesse momento pode comprometer todo o trabalho posterior. Esse período, definido por Lacan (1957[58]/1998) como entrevistas preliminares, é crucial para o trabalho analítico, já que as consequências de se trabalhar de determinada maneira, com um sujeito que tem uma estrutura que não corresponde a tal condução, podem ser desastrosas.

Dissertando acerca da função das entrevistas preliminares, Quinet (2009) aponta três funções de grande importância: sintomal (na qual o sujeito tem sua questão explorada), diagnóstica (em que é construída a hipótese diagnóstica a partir do modo pelo qual o sujeito se estrutura no simbólico) e transferencial (ou seja, o estabelecimento da transferência que possibilitará a condução de um trabalho analítico).

Pode-se constatar, então, que o campo psicanalítico se organiza em uma lógica na qual a fala do sujeito emerge como fundamental por ser o campo mesmo da estrutura, a saber: o da linguagem. Assim, evitam-se quaisquer definições de sofrimento *a priori*, uma vez que as possibilidades de diagnóstico na psicanálise referem-se aos modos pelos quais o sujeito se ordena em termos estruturais, referentes ao campo do significante, ou, em outras palavras, do inconsciente. Serão discutidas, agora, as implicações do uso da lógica diagnóstica da psicanálise na condução do tratamento.

Uma dessas consequências é que, ao se pensar o diagnóstico em termos estruturais e direcionando o tratamento a partir da ética da psicanálise, tem-se a marca fundamental de não situar o trabalho em um campo de prescrições (sejam elas medicamentosas, comportamentais ou de qualquer outra ordem). O que se tem com

essa lógica é o direcionamento para uma clínica que se funda em uma ética do bem dizer o desejo, admitindo que o campo das palavras tenha um efeito sobre cada um. Assim, reconhece-se que cada sujeito utiliza a linguagem de modo particular e faz uso singular dos significantes, o que torna as generalizações impossíveis, devendo cada análise ser pensada como única.

Intimamente relacionada a essa ética, surge a questão de o analista não conduzir o sujeito ao longo de uma análise. Tal condução é concebida como impossível, uma vez que, sendo o sujeito quem se organiza e quem traz os significantes, ordenados a partir de seu desejo, é somente ele quem terá condições de construir novas possibilidades para a sua vida. O papel do analista é conduzir esse tratamento, sustentando seu lugar na transferência, e utilizar-se dos significantes que determinam o sujeito em questão para trabalhar com ele, pela via do simbólico, os modos pelos quais ele se relaciona com seu sintoma. Em outras palavras, o analista conduz o tratamento pela via da transferência, e o sujeito conduz sua própria análise pela via do desejo.

A partir dessa concepção de diagnóstico e de clínica, pode-se pensar uma consequência direta na condução do tratamento. Uma questão crucial para nossa discussão refere-se ao fato de que o analista conduz o tratamento, e o sujeito apresenta os elementos fundamentais que definirão essa condução. Isso porque, como atenta Lacan (1958/1998), o analista, sem dúvidas, dirige a cura, porém ele deve se assegurar de não dirigir o paciente. Pensada dessa forma, a clínica deixa de se fundar em definições pertinentes à própria subjetividade do analista. A preocupação com o controle da subjetividade do analista leva Lacan (1964/1988) a desenvolver a noção de desejo do psicanalista tendo em vista a crítica do exercício de poder como sintoma da perda de autenticidade da prática do analista. O desejo do analista surge como alternativa ao excesso de ser do analista, o que pode acarretar uma identificação maciça do analisando com o analista. “O desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o significante primordial, o sujeito vem, pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele” (LACAN, 1964/1988, p. 260).

Assim, conduz-se o tratamento sem se basear em noções prévias de cura ou de bem-estar que o analista possa ter, mas a partir da escuta do próprio desejo do sujeito em análise. Esse movimento traz a importante marca de possibilitar ao sujeito uma desalienação frente ao campo social, uma vez que é seu desejo, e não demandas que lhes são alheias, que servirá de base para o percurso de sua análise (LACAN, 1959[60]/1991, 1960[61]/1992).

As questões ora apresentadas trazem como desdobramento uma clínica que traz a marca de intervir para além dos fenômenos, pensando o próprio modo como o sujeito se organiza e como o sintoma se faz significativo nessa organização. Trabalhar clinicamente em um mais-além dos fenômenos é pensar a própria implicação do sujeito em seu sofrimento (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002), sem buscar calar seu discurso – que traz a marca clara de seu sintoma –, mas considerando a própria função estruturante de seu mal-estar. Assim, a psicanálise aposta que o sintoma, por intermédio de um trabalho clínico, pode se tornar um parceiro na inclusão social do sujeito, sendo este reconhecido em suas próprias particularidades.

## IDEOLOGIA E LÓGICA DIAGNÓSTICA

Como pôde ser visto até aqui, a utilização de determinada lógica diagnóstica no tratamento oferecido a sujeitos com sofrimento psíquico possui consequências que, curiosamente, não se limitam aos campos exclusivamente clínico e subjetivo, abrangendo também os campos social e político. É pensando nisso que serão discutidos, agora, os processos ideológicos relacionados ao diagnóstico em saúde mental e no potencial de crítica da ideologia, que tem afinidade com os pressupostos psicanalíticos.

Uma das lógicas diagnósticas que tem encontrado espaço na saúde mental é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), que pode ser considerado, atualmente, como uma das principais referências para realizar um diagnóstico no campo da psiquiatria. Elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA), esse manual traz a proposta de estabelecer-se como uma nomenclatura a ser utilizada por profissionais de várias orientações, constituindo-se como uma língua comum tanto entre clínicos quanto entre pesquisadores (APA, 2000).

Observa-se que o DSM se sustenta em uma lógica empírico-operacional, além de ser fundamentalmente pragmático (PEREIRA, 1998). Assim, percebe-se que a questão do ateoricismo se restringe à etiologia. O manual, dessa forma, não apresenta reflexões diretas acerca do estatuto do sofrimento mental grave, ou seja, de sua dinâmica de funcionamento, e, sim, uma preocupação com a catalogação e descrição dos sinais e sintomas que podem ser observados em portadores de sofrimento mental grave.

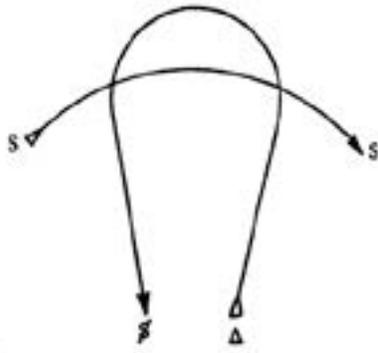
Como resultado dessa lógica, a categoria de transtorno mental emerge como o principal operador dessa classificação. Tal conceito é definido no DSM-V como: “Uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete

uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (APA, 2013, p. 62).

A partir desse conceito, pode-se considerar que o objetivo do DSM é ser um agregador dos sinais e sintomas que normalmente aparecem na clínica. Tendo em vista essa classificação diagnóstica, será discutido o lugar que o psiquiatra, partindo de tal lógica, acaba por ocupar diante do sujeito que sofre. Isso porque, ao que parece, tal lugar implica um posicionamento ideológico bastante peculiar. Para entender isso, vale recorrer a Zizek (1992), que pensa o processo ideológico em sua articulação com a própria constituição subjetiva.

Mas, antes de qualquer coisa, vale lembrar que um dos traços cruciais do discurso do mestre, tal como elaborado por Lacan no *Seminário 17* (1969[70]/1992), refere-se ao chamado *significante mestre* (S1) ocupando o lugar de agente. Tomando o caso da psiquiatria contemporânea, esse lugar de agente se expressaria, como nos mostra Dunker e Kyrillos Neto (2015), no próprio diagnóstico, enquanto S1 oferecido pelo psiquiatra, que teria, como produto, a condição de portador do diagnóstico. Ora, essa lógica, em que a partir da intervenção de um *significante mestre* produz-se uma identidade psicopatológica, parece remeter ao mecanismo denominado por Zizek (1992) de “*basteamento ideológico*”. Para entender esse processo, faz-se necessário partir das duas bases teóricas que lhe dão sustentação: a intervenção do *ponto-de-basta*, formalizada por Lacan (1960/1998) no *grafo do desejo*; e a *interpelação ideológica*, tal como pensada por Louis Althusser (1970/1996).

Para tanto, vale a pena partir do que Lacan (1960, 1998, p. 819) chamou de “*célula elementar do grafo do desejo*”, que ilustra de maneira precisa o processo de *basteamento* do deslizamento da cadeia *significante*:



**Figura 1:** Célula elementar do grafo do desejo

Fonte: Lacan (1960/1998, p. 819).

O vetor que vai da esquerda para a direita (S-S') representa o deslizamento metonímico da cadeia *significante*, enquanto que o vetor retrógrado (Δ-S) ilustra a intervenção do *ponto-de-basta*, intervenção que vem a dar uma *significação, a posteriori*, para determinado *significante*, enlaçando *significante* e *significado*. É esse processo que dá inteligibilidade ao célebre aforismo lacaniano: “[...] um *significante* é aquilo que representa o sujeito para outro *significante*” (LACAN, 1960/1998, p. 833).

A tese zizekiana é que o processo demonstrado por Lacan seria homólogo à *interpelação althusseriana*. E de fato faz sentido se lembrarmos que, para Althusser (1970/1996), os indivíduos seriam *interpelados* em sujeitos, processo que viria a impor uma identidade para esses sujeitos via ideologia – o filósofo dá o exemplo da ideologia religiosa cristã, pela qual a igreja, enquanto um aparelho ideológico, *interpela* os indivíduos em sujeitos religiosos. Ora, ambos os processos parecem traduzir o momento no qual o sujeito assume determinada identidade ou, para dizer em termos lacanianos, o momento em que o sujeito assume determinada *representação* frente a outros *significantes*. Como nos diz Zizek:

O ponto de basta é o ponto através do qual o sujeito é costurado ao *significante* e, ao mesmo tempo, é o ponto que *interpela* o indivíduo como sujeito, dirigindo-se a ele através do apelo a um certo *significante-mestre* (...); numa palavra, é o ponto de *subjetivação* da cadeia *significante*. (ZIZEK, 1992, p. 100).

Pode-se considerar, dessa forma, que a terapêutica apregoada pela psiquiatria atual, atravessada pelo uso de uma lógica diagnóstica apoiada no DSM, provoca justamente esse processo ideológico, o qual fixa o sujeito a determinada identidade psicopatológica, que o aliena a um *significante mestre*; em suma, que *interpela* o indivíduo em “*sujeito portador de um transtorno*”. Porém, como sabemos, Lacan (1960/1998) pressupõe outras etapas no processo de *constituição* do sujeito diante de seu *desejo*, etapas que implicam, inclusive, certa

“desidentificação” – ou, poderíamos dizer, desalienação, já que assumir uma identidade (ou ser assumido por ela) implica alienar-se a determinado significante. Isso demonstra que o sujeito com o qual a psicanálise opera está para além de uma identidade psicológica.

Como nos lembra Dunker (2012), todo o trabalho clínico advém da desconstrução de um diagnóstico, seja ele educacional, familiar, médico ou trabalhista. Nesta concepção, o diagnóstico é um significante que surge a partir de um Outro, que ele vem a criar ou descobrir no interior da experiência psicanalítica e que lhe traz uma nomeação própria. Dunker assevera que

O diagnóstico designa uma posição na qual o sujeito é identificado (imaginariamente), por meio de um ato (real) de reconhecimento de um lugar (simbólico). Ele se refaz, dessa maneira, a cada sessão ou a cada grupo de sessões, concluindo-se apenas ao final do tratamento. Sendo assim, é uma resposta “equivoca” para uma demanda de reconhecimento indiscernível. (DUNKER, 2012, p. 35-36).

Todavia, é justamente a assunção desse caráter equivoco do diagnóstico que implica um para além da identidade, isto é, para além da alienação a um significante, que a terapêutica psiquiátrica não possibilita ao sujeito. Isso porque, como vemos com Kyrillos Neto (2011), parece haver uma sedução totalitária na abordagem das classificações psiquiátricas, como se toda a vida mental pudesse ser explicada por meio das ciências naturais, em termos de desequilíbrio neuroquímico. E, como ele assevera, tal sedução não é nada menos que uma fantasia ideológica.

Ora, a fantasia ideológica, segundo Zizek (1992), se configura precisamente como uma tentativa de mascarar o que está para além da interpelação. Para entender essa questão, vale lembrar o que distingue o sujeito lacaniano do sujeito althusseriano: o fato de o grande Outro, diferente da instância interpeladora que Althusser (1970/1996) designava como Sujeito (com “s” maiúsculo), não conter nada de absoluto, mas, pelo contrário, ser barrado –  $S(\bar{A})$ . Por conseguinte, enquanto o sujeito lacaniano é subvertido (e, nesse sentido, também subversivo), o althusseriano é completamente assujeitado.

Tais considerações acerca da posição subversiva do sujeito lacaniano frente à ideologia, nesse caso representada pelo oferecimento para os usuários de diagnósticos baseados na classificação DSM, nos remete a um relato feito pela técnica de um CAPS. Ela afirma que, frequentemente, usuários desse CAPS, que têm sua rotina na instituição organizada a partir de grupos diagnosticados pelos critérios DSM, denunciam o médico e o serviço de saúde mental, junto ao Ministério Público, com o argumento de que tiveram que aceitar um diagnóstico com o qual não concordaram e, com base nesse diagnóstico, foram coagidos a consumirem medicamentos.

Dessa forma, pode-se considerar que, enquanto a psiquiatria opera com um sujeito assujeitado, constituindo-se, aliás, como instância que o assujeita, a psicanálise opera com o sujeito do inconsciente, que, pelo contrário, resiste às tentativas de sujeição. O que a fantasia ideológica faz, nesse sentido, é mascarar o furo no Outro, isto é, o fato de ele ser barrado, inconsistente, o que acaba recaindo na sedução totalitária discutida acima. No caso da psiquiatria, a fantasia ideológica produz a falsa impressão de que ela constituiria uma diagnóstica totalizante.

A partir de tais considerações, chega-se ao ponto que marca, de maneira mais explícita, a distinção entre as duas lógicas diagnósticas aqui trabalhadas. Isso porque o diagnóstico em psicanálise vai na contramão do processo ideológico engendrado pela psiquiatria de DSM – não é à toa que o discurso do mestre, para Lacan (1969[70]/1992), se configura como “o avesso da psicanálise”, de modo que poderíamos afirmar que o processo analítico coincide com uma certa crítica da ideologia.

Althusser (1964[65]/1980) talvez tenha sido o primeiro a enunciar algo nesse sentido em seu apoio ao empreendimento lacaniano como uma resposta à exploração ideológica (ele se referia à escola americana de psicanálise), da qual a psicanálise teria sido vítima. E é o que se subentende, enfim, do projeto zizekiano de propor uma teoria psicanalítica da ideologia.

Vale comentar que, tomando a clínica psicanalítica como uma modalidade de crítica do processo ideológico envolvido no diagnóstico psiquiátrico, a tectura entre tal clínica e o movimento da Reforma Psiquiátrica se apresenta de maneira ainda mais evidente se lembrarmos que um dos principais alvos da crítica de Basaglia (1985) era justamente o diagnóstico, que teria a função de legitimar a opressão exercida sobre o “doente mental”, tornando tal situação incontestável. Aqui, a afirmação basagliana de que os responsáveis pelo tratamento seriam “os novos administradores da violência no poder” (BASAGLIA, 1985, p. 102) continua sendo aplicável ao psiquiatra que se utiliza do DSM.

Diante do apresentado, podem ser elencadas algumas tarefas fundamentais, as quais, tanto um processo analítico quanto uma crítica da ideologia que se prezem, devam cumprir no que tange à dimensão diagnóstica:

1. ser crítica à fixidez identitária engendrada pelo DSM enquanto expressão da submissão do sujeito a um

Outro interpelador, Outro que determinaria até mesmo a identidade do sujeito;

2. ser desalienante, apontando sempre para a irredutibilidade do sujeito, para sua singularidade que resiste às classificações;
3. denunciar a inconsistência do Outro, ratificando que o caráter supostamente totalizante da diagnóstica psiquiátrica não passa de uma pretensão;
4. possuir, como horizonte final, a travessia da fantasia (inconsciente, ideológica, social...), acolhendo, assim, o caráter antagonico tanto do sujeito como da própria sociedade.

Tais tarefas buscam oferecer subsídios para um programa clínico-político para a saúde mental brasileira, fundamental em tempos de contestação aos princípios democráticos que deveriam ser caros à nossa sociedade.

### À GUIA DE CONCLUSÃO: O PSICANALISTA COMO (DES)ALIENISTA?

Como foi demonstrado neste ensaio, se, por um lado, a lógica diagnóstica que subjaz em manuais como o DSM contribui para a alienação do sujeito à passividade do lugar de portador de um desequilíbrio neuroquímico que será corrigido por intermédio de uma “medicina mental” questão já tão criticada por Basaglia e pelo movimento da Reforma, o uso do diagnóstico em psicanálise, marcado como o é pela hipótese, ciente como o é de sua inerente equivocidade, parece resguardar, por outro lado, o irredutível lugar do sujeito diante de sua alienação a uma nomeação. De maneira semelhante, se o ímpeto diagnosticador presente no DSM não deixa de remeter ao célebre *alienista* de Machado de Assis (1882/1989) em sua busca por demarcar definitivamente os limites da razão, talvez seja permitido dizer que o psicanalista procura, no melhor dos casos, ocupar o lugar de um desalienista.

Assim sendo, a partir do que foi discutido, pode-se afirmar que a psicanálise tem contribuições para o campo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que seu modo de pensar a clínica possui potencial para possíveis tecituras com as propostas de inclusão social de uma parcela significativa da população do país, que até então encontrava-se confinada em grandes hospícios, os quais compunham o parque asilar brasileiro – realidade, aliás, literariamente retratada no referido conto machadiano. Nesse sentido, há aqui uma proximidade marcante com as ideias de Tenório, quando ele afirma que:

[...] atenção psicossocial e clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível – desde que a primeira evite dois riscos: o de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem-estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra. (TENÓRIO, 2001, p. 87)

Tal possibilidade de articulação se encontra no fato de a psicanálise trabalhar visando à historicização dos fenômenos e pensando-os como repletos de sentido. Não que seja desconsiderado o uso da medicação para apaziguar o sofrimento dos pacientes, mas considerando que esse sofrimento se constitui como uma parte da estrutura mesma do sujeito.

Outro ponto fundamental para se pensar a possível tecitura entre as propostas da Reforma e a psicanálise consiste no fato de todos os fenômenos do paciente serem considerados como tentativas de estabelecimento de algum vínculo com o outro e, assim, tentativas de fazer o laço social.

Quanto a esse estabelecimento de vínculos, interessa à lógica diagnóstica psicanalítica a confecção de laços sociais pelo sujeito que sofre e sua posição frente à alteridade. Portanto, para a psicanálise, é imprescindível a escuta do mal-estar do sujeito frente ao convívio social. Tal fato aponta uma premissa ética essencial para a psicanálise e cara para a Reforma: é impossível pensar uma clínica para sujeitos apartados de sua pertinência social, pois a articulação significativa produzida a partir do mal-estar proveniente do contato com alteridade é parte primordial do diagnóstico em psicanálise.

Dessa forma, pode-se concluir que, a partir do momento em que são consideradas as especificidades de cada campo (inclusão psicossocial e clínica psicanalítica), surge no horizonte uma rica articulação para o trabalho no campo da saúde mental. Nessa articulação, a inclusão social passa a ser concebida sem passar obrigatoriamente pela via da alienação a referências hegemônicas presentes no campo social, mas justamente a partir do modo de cada sujeito se constituir como inadaptável, ou seja, como singular.

**Recebido em:** 18 de dezembro de 2018. **Aprovado em:** 20 de agosto de 2019.

#### REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. Freud e Lacan(1964[65]). In: ALTHUSSER, L. *Posições II*. Rio de Janeiro: Graal, 1980, p.

103-130.

- ALTHUSSER, L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (Notas para uma investigação) (1970). In: ZIZEK, S. (org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, p. 105-142.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- ASSIS, M. de. O alienista (1882). In: ASSIS, M. de. *Papéis avulsos*. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Livraria Garnier, 1989, p. 1-90.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. *Lei nº 10.216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001, 6 de abril. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 17 jul 2019.
- BRASIL. *Lei nº 10.708*. Institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, 2003, 31 de julho. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acesso em: 17 jul 2019.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- DUNKER, C. Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 33-74.
- DUNKER, C. *Mal-Estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- DUNKER, C.; KYRILLOS NETO, F. *Psicanálise e saúde mental*. Porto Alegre: Criação Humana, 2015.
- FIGUEIREDO, A. C. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo aggiornamento? In: QUINET, A. (org.). *Psiquiatria e psicanálise: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 93-96.
- FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 3(2), 65-86, 2000.
- FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43, 2002.
- FREUD, S. *Sobre o início do tratamento* (1913). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12)
- FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 109-122, 2005.
- KYRILLOS NETO, F. DSM e ideologia: reflexões acerca da pretensão de uma diagnóstica totalizante. In: KYRILLOS NETO, F. (org.). *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Barbacena: EdUEMG, 2011, p. 79-89.
- LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 591-652.
- LACAN, J. *A ética na psicanálise* (1959[60]). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. (O seminário, 7)
- LACAN, J. *A transferência* (1960[61]). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. (O seminário, 8)
- LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957[58]). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 537-590.
- LACAN, J. *O avesso da psicanálise* (1969[70]). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. (O seminário, 17)
- LACAN, J. *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. (O seminário, 11)
- LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo (1960). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 807-842.
- LIMA, R. C. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. (orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 95-114.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 336*. 2002, 19 de fevereiro. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 17 jul. 2019.
- PEREIRA, M. E. C. P. *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* 1998. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>. Acesso em: 13 mar. 2013.
- QUINET, A. *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- QUINET, A. *Psicose e Laço Social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.
- TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, Marca D'Água Livraria e Editora, 2001.

Rodrigo Afonso Nogueira Santos; Thales Fonseca; Fuad Kyrillos Neto

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007, p. 13-27.

ZIZEK, S. *Eles não sabem o que fazem: o sublime objeto da ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

**Rodrigo Afonso Nogueira Santos**

Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei - MG, Brasil.

Doutorando em Psicologia Social, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, Brasil. rodrigoafonso@gmail.com

**Thales Fonseca**

Docente do curso de Psicologia na União das Instituições de Serviço, Ensino e Pesquisa (UNISEPE/UNIVR), Registro -SP, Brasil.

Doutorando em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei - MG, Brasil. thalesalberto94@gmail.com

**Fuad Kyrillos Neto**

Docente do Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei - MG, Brasil. fuadneto@ufs.edu.br