

PSICANÁLISE

Colette Soler

A querela dos diagnósticos

Blucher

A QUERELA DOS DIAGNÓSTICOS

Colette Soler

Tradução

Cícero Alberto de Andrade Oliveira

Elisa Touchon Fingermann

Revisão da tradução e revisão técnica

Sandra Leticia Berta

Texto não revisado pela autora

Título original em francês: *La querelle des diagnostics*
Título da tradução brasileira: *A querela dos diagnósticos*
© 2004 Colette Soler
© 2018 Editora Edgard Blücher Ltda.

Imagem da capa: *Gravura em relevo sobre acrílico*,
Série Pangéia, 2011, Gláucia Nagem de Souza

Blucher

Rua Pedrosa Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme
5. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua
Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras,
março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por
quaisquer meios sem autorização escrita da
editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard
Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação
na Publicação (CIP)
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Soler, Colette
A querela dos diagnósticos / Colette Soler ;
tradução de Cícero Alberto de Andrade Oliveira,
Elisa Touchon Fingermann ; revisão da tradução e
revisão técnica Sandra Leticia Berta. – São Paulo :
Blucher, 2018.
344 p.

Bibliografia
ISBN 978-85-212-1380-2 (impresso)
ISBN 978-85-212-1381-9 (e-book)

1. Doenças mentais – Diagnóstico 2. Psiquiatria
3. Psicanálise I. Título. II. Oliveira, Cícero Alberto de
Andrade. II. Fingermann, Elisa Touchon. III. Berta,
Sandra Leticia.

18-1832

CDD 616.89

Índice para catálogo sistemático:
1. Doenças mentais – Diagnóstico

Conteúdo

Nota sobre a tradução	9
Prefácio <i>Sandra Leticia Berta</i>	11
1. Do diagnóstico em psicanálise	21
12 de novembro de 2003	21
Atualidade da ética da psicanálise	21
Um século de diagnósticos na psicanálise	26
Polêmica sobre o uso do diagnóstico	35
A ética dos diagnósticos	39
2. De RSI a... RSI	47
26 de novembro de 2003	47
Corte ou continuidade	48
Variantes de RSI	52
A simbolização	55
Efeito da simbolização	57

Remanejamento das categorias	65
3. A virada borromeana	73
14 de janeiro de 2004	73
De dois a três	75
Patologias do ponto de estofo	83
Significante no real e cadeia inconsciente	88
Os neologismos	92
4. A colocação em questão do Nome-do-Pai	101
28 de janeiro de 2004	101
Nome-do-Pai e nó borromeano	102
Édipo e Nome-do-Pai	105
A função enodamento	108
Nomeação	115
O porquê do nome	122
5. Nomeações	129
11 de fevereiro de 2004	129
Teologia e deologia	131
Falatório [<i>parlote</i>] e nomeação	136
Nomear e “nomear para...”	138
Nó(s)meações [<i>No(us)minations</i>]	140
6. O dizer paterno	155
10 de março de 2004	155
Dizer e enunciação	156
Dizer paterno e verdade	158

Forclusão de fato?	163
Discursos estabelecidos e discursos epifânicos	166
O enodamento pelo pai	172
7. Joyce no laço social	181
24 de março de 2004	181
O dizer magistral	182
Idólatra do texto	188
Ele é sintomatologia	190
Apegos [<i>Attachements</i>] não paternos	193
Uma mulher “que não serve para nada”	198
8. Exilado da relação sexual	207
28 de abril de 2004	207
Tudo serve ao gozo	208
O valor erótico	216
A não relação sexual revelada a Joyce	219
O que é a relação sexual na psicose?	224
9. O parceiro do psicótico	229
12 de maio de 2004	229
O parceiro fantasmático	231
O parceiro-sintoma	237
O grafo do (sujeito) psicótico	242
Os mesmos termos, mas desdobrados	246
10. Sem o Pai	255
26 de maio de 2004	255

O órgão sem o falo	256
A relação sexual entre as gerações	260
Nora, um corpo adicional	266
Um <i>sinthoma</i> que difere	271
O <i>sinthoma</i> -pai e a transmissão	277
11. Clínica borromeana da paranoia	281
9 de junho de 2004	281
Usos do corpo	282
Joyce e o corpo	285
Novidade sobre a paranoia: o nó de trevo	286
O que está em jogo: o sujeito real	289
Paranoia e personalidade	295
Estrutura de massa freudiana	301
Definição da paranoia	302
Rousseau	305
12. Prevalência imaginária	309
23 de junho de 2004	309
A identificação imediata	310
Congelamento de um desejo	312
Voz e olhar	316
Privilégio do olhar e da voz na paranoia	320
Exibido ou pior	326
Continuidade dos gozos na paranoia	332
Referências	337

1. Do diagnóstico em psicanálise

12 de novembro de 2003

Começamos mais um ano de trabalho, finalmente, e, de minha parte, com grande satisfação. Vocês já conhecem o meu título: anunciei-o como *A querela dos diagnósticos* e dedicarei somente a aula de hoje a ele, não mais que isso, e, em seguida, vou lhes dizer aquilo de que vou tratar.

Atualidade da ética da psicanálise

Introduzirei minha proposta de hoje com um breve preâmbulo, a partir de uma citação extraída do texto “Introdução à edição alemã dos *Escritos*”, datada de 7 de outubro de 1973. Nele, Lacan fala dos analistas e assinala que eles têm medo, que eles têm medo do chiste, isto é, temem o fato de que podem ser enganados pelo significante, pelas palavras. Ele diz, na página 552 de *Outros escritos*, que, no fundo, eles têm desculpas para ter medo, porque “se

beneficiam do novo destino de que, para ser, eles precisam *ex-sistir*”.¹ Entendam esse “para ser” como ser representante de um desejo específico, em outras palavras, para que haja desejo do analista, é necessário para eles *ex-sistir*. Escrito assim, *ex-sistir* não quer dizer apenas “estar presente no mundo”, pois, para estar presente no mundo, não é preciso muito, basta estar vivo. Para *ex-sistir* é preciso acrescentar um dizer específico a essa presença – necessária, decerto. A *ex-sistência* dos psicanalistas é a *ex-sistência* de um dizer que seja próprio ao discurso analítico, mais além das próprias pessoas. É um dizer diferente, que veicula finalidades e, digamos, uma ética diferente da do discurso comum.

Faço agora menção a essas palavras de 1973 porque elas me parecem ser de uma espantosa atualidade na atual conjuntura, que faz com que, por acaso, eu comece, nós comecemos, nosso trabalho nessa nova situação criada – como sabem – pela emenda Accoyer para a regulamentação da psicoterapia.²

Penso que todos estejam a par disso, mas, ainda assim, vou dizer algumas palavras para anunciar outro debate, em outro âmbito. Vocês já sabem o alvoroço que isso suscita entre os psicoterapeutas, psiquiatras e, inclusive e sobretudo, entre os psicanalistas. Ações estão sendo preparadas e, nas reuniões com os representantes de diferentes associações que pude assistir, percebe-se que, no fundo, a pertinência da observação de Lacan permanece intacta.

1 Lacan, J. (1973). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 552.

2 Referência ao projeto de lei de saúde pública do governo francês proposto pelo deputado Bernard Accoyer, em 2004, que propunha a regulamentação das psicoterapias. O texto inicial incluía os psicanalistas no campo das psicoterapias, o que suscitou manifestações por parte dos psiquiatras e dos psicoterapeutas. [N. T.]

Com efeito, nas discussões com colegas, as posições são múltiplas, claro, como ocorre a cada vez que nos reunimos em grande número; há, porém, dois extremos. Em um deles, estão os que dizem “somos psicanalistas, a psicanálise não é uma psicoterapia, isso não nos diz respeito e ponto”; no outro extremo, estão os que dizem “mas claro que sim, o título deve ser protegido, peçamos ao Estado que reconheça o título de psicanalista”. Não entrarei nos detalhes dos argumentos de uns e de outros.

Trata-se, de fato, de uma luta política, que é dupla: é uma luta política para precisar o lugar, o papel da psicanálise no campo da saúde e da medicina, para saber se ela está dentro ou à margem do campo da saúde, e seu lugar com relação à ideologia do direito à saúde, já que nos encontramos no âmbito de uma ideologia desse tipo; essa é uma primeira frente de batalha.

Mas há também, no interior da própria psicanálise, uma luta de opções entre as duas posições que acabo de evocar como dois extremos. Sabemos, por exemplo – os textos escritos e divulgados mostram isso –, que a SPP [*Société Psychanalytique de Paris*] se declarou favorável à emenda Accoyer, e não apenas favorável, como também propôs combiná-la com aquilo que ela chama de “comissões de certificação dos psicanalistas” nas quais deveria haver, diz a *Société Psychanalytique de Paris* (SPP), não somente universitários e médicos, mas inclusive psicanalistas. Vejam que aí estamos em terrenos extremamente problemáticos, e certamente, nos Fóruns e na Escola do Campo Lacaniano, teremos que estabelecer nossa orientação comum e, sobretudo, nossos argumentos.

Gostaria de ressaltar um pouco os dois extremos desse dilema.

Podemos continuar dizendo que “a psicanálise não é uma psicoterapia”? É verdade que ela não é uma psicoterapia, no entanto,

observo que os psicanalistas recebem as mesmas demandas que os psicoterapeutas, as demandas, digamos, suscitadas pelos sintomas e pelo sofrimento que nosso mal-estar produz. A psicanálise transforma essas demandas em outra coisa, mas recebe as mesmas. Por outro lado, muitos analistas não fazem somente análises; muitos deles trabalham em instituições, e, por mais analistas que sejam, pensa-se, não fazem psicanálise nas instituições, mas se limitam a responder ao sintoma que encontram, e, é preciso dizer, às vezes fazem o mesmo que os psicoterapeutas. No melhor dos casos, os psicoterapeutas escutam – nem sempre é assim –, outros falam. Então, continuar com o *slogan* “a psicanálise não é uma psicoterapia” não somente elimina os psicoterapeutas (não temos vontade alguma de eliminar os psicoterapeutas, evidentemente), mas seria, sobretudo, um pouco – eu fazia essa comparação – como uma loja de alimentos que pendurasse um cartaz dizendo “aqui não se vende comida”.

Creio que foi Lacan, mais uma vez, quem deu a fórmula da posição justa – volto sempre a ela, mas como fazer de outra forma? –, quando ele diz que “a psicanálise é uma terapia, mas não como as outras”.³

Com efeito, não vendemos psicoterapia – se me permitirem a expressão –, mas aceitamos demandas terapêuticas e, portanto, tratamos de demandas terapêuticas. Nós as tratamos efetivamente, para além da escuta psicoterápica. Podemos precisar ainda mais, dizendo que a psicanálise apresenta dois aspectos indissociáveis. Trata-se de uma exploração do inconsciente, consiste em construir e, ao construir, por meio da fala, explora os significantes, as palavras, os desejos que circulam no inconsciente: essa é sua vertente epistêmica. E fato é que, ao mesmo tempo, ela obtém modificações

3 Lacan, J. (1955). Variantes do tratamento-padrão. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998n, p. 326.

nos sintomas: é isso que chamamos de terapêutica. É muito importante ressaltar que essas duas vertentes são indissociáveis. Na psicanálise, cuidamos dos sintomas por meio da exploração do inconsciente, essa é nossa diferença, formulada de maneira muito simples, com relação às simples psicoterapias da escuta, do aconselhamento, do consolo e *tutti quanti*. O que faz, creio eu, com que não se possa dissociar a psicanálise de seu alcance terapêutico, o que, ademais, dá testemunho do inconsciente linguagem. Já desenvolvi esse assunto muitas vezes, deixo-o de lado.

Não vou me deter muito nas demandas que alguns querem fazer ao Estado com o objetivo de se fazer reconhecer como psicanalistas; trata-se de posições muito mais pragmáticas, um pouco extraviadas, ou que podem chegar a extraviar. É preciso discutir sobre isso com todo mundo, mas, em todo caso, noto que se vê bem aí a pertinência dessa frase de Lacan. Para fazer existir a psicanálise pura – a psicanálise do psicanalista – alguns gostariam de se subtrair, de se colocar como exceção, de se extraterritorializar com relação aos problemas do discurso contemporâneo; outros estão prontos a deixar de *ex-sistir*, no sentido de produzir um dizer específico – o do discurso analítico – para estar presente no mundo, para continuar presente no mundo. São duas respostas a um mesmo dilema: como *ex-sistir* ao *discursocorrente* comum, em sua forma capitalista atual, sem desaparecer? É essa a questão.

Não creio que seja possível deixar de lado a psicoterapia, como acabo de dizer, e não creio que se possa esperar que o Estado se transforme em grande Outro da psicanálise, já que é assim que interpreto essas tentativas: como poderíamos regulamentar a competência do analista, tal como se faz com a competência de um técnico? Claro que todo mundo gostaria de se assegurar da competência do analista, mas como poderíamos fazer isso sem, por um

lado, eliminar o ato de levar em conta o inconsciente e, por outro, a ética do sujeito – dois fatores que introduzem o incalculável no cálculo das competências?

Essas questões continuam abertas, e acredito que isso seja algo positivo, e vamos continuar tentando elaborá-las um pouco mais adiante. Essas questões, árduas hoje em dia, não são novas, e é por isso que citei a frase de Lacan de 1973. Há muito tempo, ele havia, ironicamente, denunciado aquilo que queria voltar “ao redil da psicologia geral”⁴ – ele dizia assim. Essa frase se referia os universitários, Lagache e outros, que queriam ligar os conceitos da psicologia e os da psicanálise, como se se tratasse de um campo homogêneo. Hoje não se está mais à procura de um redil conceitual, mas, sim, à procura de um redil de saúde pública, o que está um grau abaixo.

Creio que todos esses problemas estão bastante presentes na questão dos diagnósticos, então, volto ao meu tema, a questão dos diagnósticos e as polêmicas que isso implica.

Um século de diagnósticos na psicanálise

Na medida em que seguimos o ensino de Lacan, não podemos prescindir do diagnóstico. Em geral, justificamos isso em nome da possível psicose do paciente que nos consulta. Em princípio, gostaria, então, de fazer um panorama que vou chamar de “variantes da sintomatologia na psicanálise”.

A psicanálise – em um século de existência – teve evoluções sintomatológicas. O que chamo de “sintomatologia” não é a

4 Lacan, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In *Ou-
tros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 597.

configuração dos sintomas, já que sabemos, é claro, que eles mudam conforme o contexto de discurso, que são históricos – sempre se fala disso, e o próprio Freud percebeu isso. No fundo, Freud se deu conta de que as psicologias que ele nomeou individual e coletiva eram solidárias entre si.

Hoje, diríamos mais que os indivíduos, um a um, estão sujeitos a um mesmo discurso. A sintomatologia é outra coisa, trata-se da conceitualização dos sintomas, isto é, o saber que se constrói, ou, se preferirem – para empregar um termo simples da teoria clínica –, a teoria elaborada acerca dos sintomas. As teorias clínicas (já que existem várias) não são simplesmente teorias causais, explicativas; elas começam no plano da designação, da identificação dos sintomas, com a questão de saber a que se chama de sintomas. Voltarei a isso um pouco adiante.

Desde o início da psicanálise, Freud e seus colegas colocaram a questão da elaboração de uma teoria clínica própria à psicanálise, diferente das teorias clínicas da psiquiatria. Tratava-se de saber se havia uma clínica psicanalítica que fosse própria ao discurso analítico e que não fosse simplesmente a clínica psiquiátrica daquele tempo. Uma clínica psicanalítica própria, no sentido forte do termo, suporia duas coisas: uma nosografia própria, isto é, uma identificação dos sintomas que lhe fosse própria, e, além disso, em segundo lugar, teorias explicativas próprias.

Lembro a vocês a evolução da história com relação a essas questões.

Em princípio, é possível constatar que Freud, Lacan, Melanie Klein – nela isso é menos nítido, mas penso que também seja o caso – construíram sua clínica desviando-se da clínica psiquiátrica; ou seja, *grosso modo*, eles retomaram as categorias diagnósticas da psiquiatria: psicose, neurose e perversão. Vocês sabem que todos os primeiros textos de Freud sobre questões da psicose são diálogos a respeito de duas grandes vertentes da psicose: a paranoia e a esquizofrenia. É possível acompanhá-los sem dificuldade. E o mesmo ocorre com as grandes vertentes da neurose: a histeria, a obsessão e a fobia. A perversão, desde o início, foi mais polimorfa. Por outro lado, cada uma dessas categorias está historicamente ligada a um grande nome da psiquiatria clássica: Kraepelin, à paranoia; Bleuler, à esquizofrenia; Krafft-Ebing à perversão, e, para resumir, digamos que Charcot à neurose de base que é a histeria.

Tanto Freud quanto Lacan retomaram essa nosografia, ao menos no início. Em Freud isso se concebe porque se tratava da clínica psiquiátrica de sua época, o fim do século XIX e início do XX. Ele era contemporâneo da construção dessa nosografia. Em Lacan é um pouco diferente. Durante sua formação como psiquiatra, nos anos 1930, ele não estava longe dessas elaborações, mas se o tomarmos, digamos, a partir do pós-guerra, o Lacan psicanalista já está praticamente a cinquenta anos de distância.

Com relação a nós, já se passou um século. Além disso, Lacan partiu da psicose, ao passo que Freud, da neurose. No entanto, apesar de todas essas diferenças, Freud e Lacan fizeram a mesma operação: eles retomaram a nosologia psiquiátrica, seus termos, o mapa dos transtornos isolados pela psiquiatria, e procuraram construir uma teoria psicanalítica a partir dessa nosografia.

Vê-se isso muito claramente em Freud. Desde o princípio, ele efetua uma operação muito simples: toma o mapa dos sintomas e se pergunta qual a incidência do inconsciente, descoberto por ele

por meio da análise das neuroses, em cada um dos sintomas. Titubeando um pouco nos primeiros anos, ele responde com a noção de psiconeurose de defesa, teoria unitária das psicoses e das neuroses. Em seguida, pode-se acompanhar passo a passo a explicitação, na obra de Freud, da busca dos mecanismos diferenciais a partir dessa teoria unitária.

Lacan retomou as categorias diagnósticas. Vê-se muito bem isso quando ele luta contra o organo-dinamismo de Henry Ey, seu colega e camarada. Se retomarem os textos dos *Escritos*, verão que eles estão perfeitamente de acordo sobre a nosografia, mas contestam a teoria explicativa. Lacan põe em ação a empreitada de repensar todos os fenômenos da neurose, da psicose e da perversão a partir da estrutura do sujeito na medida em que ele é determinado pela estrutura do significante e do discurso.

Tudo isso me parece totalmente claro na história da psicanálise, deixo de lado as nuances. Em 1973, em “Introdução à edição alemã dos *Escritos*”, Lacan permanece nessa posição. Ele diz, na página 554 dos *Outros escritos*: “existe uma clínica (ele chama de clínica a descrição dos tipos). Só que, vejam: ela é anterior ao discurso analítico”.⁵ Não se pode mais admitir com tanta clareza os tipos clínicos isolados pela psiquiatria. E, portanto, sua questão ainda permanece nesse texto: “será que se pode demonstrar que os tipos clínicos da psiquiatria procedem da estrutura?” (Entenda-se aí, “procedem do efeito de linguagem”).

Gostaria de fazer dois comentários sobre a posição de Lacan em 1973, já que tudo isso poderia pedir uma interpretação.

5 Lacan, J. (1973). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos *Escritos*, *op. cit.*, p. 554.

Com efeito, em 1973, Lacan não se refere em absoluto à nova sintomatologia do DSM.⁶ Ora, o DSM-I foi publicado em 1952, não sei se vocês têm isso em mente: ele é velho! O DSM-II apareceu em 1968. Em 1973, Lacan evidentemente não o desconhecia, mas não o menciona... O que quer dizer? Como compreender isso? Minha hipótese, que não vou desenvolver aqui exaustivamente agora, é que, talvez contrariamente àquilo que se acredita, a clínica da psiquiatria clássica e a clínica do DSM não são tão heterogêneas quanto se imagina; com efeito, ambas são estritamente descritivas. Nos casos em que há hipóteses causais, elas não entram na descrição clínica, nem a mudam. Mas, naturalmente, há uma diferença: a clínica do DSM é uma clínica descritiva que passa pela via estatística, a qual, portanto, leva em conta o grande número e as repartições; ao passo que a clínica clássica baseava-se no interrogatório dos pacientes um a um, e é possível dizer que a relação e a observação no um a um e a acumulação dessas observações estavam mais em consonância com o método analítico que a via estatística e a resposta aos questionários anônimos.

Minha primeira observação é que Lacan não se comoveu com a aparição dos DSM no campo da psiquiatria, isso é evidente.

A segunda observação é que Lacan não se refere, em absoluto, aos novos sintomas com os quais o capitalismo nos presenteia, sintomas que os psicanalistas de hoje dão tanta importância e que chamam de “os novos sintomas”. Isso é bem estranho porque

6 Referência ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Trata-se de um manual para profissionais da área da saúde mental que enumera as distintas modalidades de transtornos mentais e os critérios para diagnosticá-las, seguindo as orientações da *American Psychiatric Association* (APA). Sua primeira versão foi publicada em 1952, atualmente estando na quinta versão (DSM-V), lançado em 2013. [N. T.]

Lacan, em linha de frente, ressaltou a historicidade do sintoma, e até mesmo produziu o neologismo de escrita, *hystoire* [história], com “y”, como se escreve *hystérie* [histeria] com um “y” em francês, indicando que a estrutura da histeria está em funcionamento na historicidade. Ele tinha, pois, uma poderosa consciência da evolução dos sintomas, de sua relatividade em função do estado do discurso. E ele não fala dos novos sintomas que, contudo, já existiam em 1973 – não creiam que eles são produtos dos anos 2000! Hoje, insiste-se muito nesses novos sintomas, na série depressão, abulia, toxicomania, transtorno da oralidade, passagem ao ato... E há preocupação porque se vê nisso manifestações de rebeldia, as pessoas estão mais rebeldes à transferência, resistentes em começar uma análise. Mas observem que toda essa série designa transtornos de conduta que concernem diretamente ao desejo ou aos gozos pulsionais: depressão e abulia é a deflação do desejo; toxicomania, transtornos da oralidade; passagem ao ato é a pulsão em ação... Não são sintomas que procedem da decifração. Os sintomas e os transtornos de conduta não são a mesma coisa, a psicanálise decifra os sintomas construídos por transtornos diretos do desejo e da pulsão (a psicanálise em sua origem freudiana). Certo é que hoje, trinta anos depois da frase de Lacan, esses transtornos não são verdadeiramente novos, e adquiriam uma amplitude numérica que não tinham nos anos 1970.

O que é novo, então, para que os psicanalistas se queixem tanto deles? Acredito que é porque eles os encontram mais que antes por dois motivos que não estavam completamente presentes na década de 1970. Porque, ao saírem de seus consultórios, eles já não se reduzem mais agora ao corpo dos psicanalistas liberais. Eles estão um pouco por toda parte, nessas instituições em que se encontram

sujeitos que tenham, talvez, a chance de localizar um analista ali, mas que, em geral, não vão procurá-lo.

E ademais, há a publicidade que se faz para a psicanálise na televisão, na imprensa, nos livros, enfim, em todos os meios de comunicação; isso é incomparável com relação ao que aconteceu vinte, trinta ou cinquenta anos atrás. Propaga-se na opinião pública a ideia de que a psicanálise é um recurso indistinto para aqueles que têm algo que não vai bem, o que faz com que cada vez mais se recebam sujeitos, diria “por mal-entendido”, que não teriam vindo se consultar há trinta anos – é isso o que mudou, me parece. Há algo aí para se preocupar? Deixo que vocês julguem.

Em todo caso, em 1973, Lacan permanece impávido com relação a essas questões; como ressaltai, é impressionante que ele, que fez tantas previsões que se verificam hoje sobre o que estava acontecendo e o que ia acontecer, não tenha dito nada com relação a isso. Até 1973, ele continua se ocupando dos sintomas-padrão que enumerei no começo.

Assinalo agora – esse é outro breve ponto – o grande contraste com o ocorrido na corrente da IPA. Por intermédio de alguns de seus membros, não todos, os psicanalistas da IPA tentaram inventar categorias sintomáticas novas a partir da experiência analítica. Podemos criticar essas categorias – alguns, inclusive, podem dizer “é porque eles não conhecem a psiquiatria” –, dado que isso veio mais dos Estados Unidos. De todo modo, seria um pouco insuficiente ater-se a isso, mas, é certo que quando Winnicott produz seu “*self*”, quando outros produziram as “personalidades como se”, as “personalidades narcísicas”, as “personalidades *borderline*”, não eram categorias da psiquiatria clássica, que eles forjaram a partir de sua experiência da psicanálise. Não se trata nem de neurose nem de psicose, isso vem da psicanálise. O que digo aí não impede que

se critique essas categorias – das quais não sou parte interessada –, mas é preciso reconhecer que eles tentaram criar uma sintomatologia própria ao discurso analítico. Sintomatologia pragmática, sem dúvida, mas, no entanto, específica do discurso analítico.

Para concluir esse panorama, gostaria de dizer algo sobre o que chamarei de “as variantes da sintomatologia lacaniana”. Acabo de salientar que Lacan manteve a mesma posição até 1973. Mas ele deu um passo a mais em seu último ensino, a partir do momento em que introduziu o nó borromeano, o que começa justamente nos anos de 1972-1973. Ele inseriu ali, falando com propriedade, uma nova sintomatologia, isto é, novas designações dos sintomas e uma nova construção teórica para tratar de dar conta dela. O mais estranho, enfim, é que quase nunca nos referimos a ela. Nós nos referimos a ela para estudar a coisa, eventualmente para fazer explanações, mas, na prática, quando se trata de falar de um caso, utiliza-se muito pouco as últimas elaborações de Lacan – e por “se trata” refiro-me aos lacanianos. Nós continuamos a nos referir preferencialmente às elaborações anteriores. Sobretudo na psicose, vamos diretamente a “De uma questão preliminar...”⁷ ao *Seminário 3*:⁸ é claro que não sou eu quem vai desencorajar o estudo desses textos, eles são a base, mas que ficamos um pouco estacionados, é o mínimo que se pode dizer!

É preciso reconhecer que Lacan realmente não desenvolveu uma clínica borromeana, ele apenas a introduziu, nomeou – o que já é muito. Dispomos ao menos de três exemplos: um que não é grande coisa, e dois muito importantes.

7 Lacan, J. (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998h, pp. 537-590.

8 Lacan, J. (1955-1956). *O seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985c.

Em primeiro lugar – já expus isso e afins também durante uma apresentação de pacientes – temos o que ele propôs com relação ao que chamou de “doença da mentalidade”. Não estou explicando o que ele entendia por isso, mas aqui há uma categoria nova totalmente desconhecida na legião da nosografia psiquiátrica e que não poderia ter sido produzida se ele não tivesse utilizado os esquemas oriundos do nó borromeano, que respondem a uma realidade clínica precisa.

Por outro lado, ele propôs o “*sinthoma* [*sinthome*] Joyce”, que não é o sintoma [*symptôme*] Joyce, ainda que haja algo nesse texto, extrema e rigorosamente preciso, que se poderia chamar de uma nova formulação de um tipo de sintoma totalmente inédito.

Em outra ocasião – mas, neste caso, trata-se realmente de algo bem reduzido –, ele pôde dizer, ainda durante uma apresentação de pacientes: “essa é uma psicose lacaniana”.⁹ Por que disse isso? Porque se tratava de um sujeito que, se me lembro bem, alucinava e delirava ao mesmo tempo, mas delirava com uma espécie de cosmologia em que havia o simbólico, o imaginário e o real – era ele quem nomeava dessa forma, e não me parecia suspeito de ter lido muito, de ter copiado isso. Era bastante surpreendente! É por isso que Lacan diz “essa é uma psicose lacaniana”. Foi um gracejo, mas serve para indicar que, a partir de certo momento, ele começou a abordar os fenômenos clínicos com sua nova ideia quanto aos registros do imaginário, do simbólico e do real.

Como creio que não estamos totalmente em dia com esses diagnósticos de Lacan, minha intenção neste ano é estudar, na medida

9 Federación de Foros del Campo Lacaniano España, F7. Documento de uso Interno: *Lacan, Diciembre 1975, Abril 1976. 8 Presentaciones de enfermos en Sainte-Anne*, Presentación del viernes 13 de febrero de 1976. Caso G. L., 26 años: Una psicosis lacaniana. Recuperado de http://www.valas.fr/IMG/pdf/j_lacan_presentations_clinique_de_sainte-anne_en_espagnol.pdf (Acesso em 27/03/2018).

do possível, os fundamentos e os recursos clínicos da sintomatologia borromeana. Para incluir isso em meu título, poderia dizer “a querela da sintomatologia borromeana e da sintomatologia da cadeia significante”. Na realidade, não se trata de uma querela, mas para indicar que há, ainda assim, certo hiato, gostaria de estudar o que constitui a clínica borromeana, se conseguirmos chegar até aí.

Polêmica sobre o uso do diagnóstico

Antes disso, gostaria hoje, depois desse panorama da evolução da sintomatologia na psicanálise, de passar a outro aspecto: o uso dos diagnósticos, o uso prático perante o paciente. Trata-se de algo diferente do mapa nosográfico ou da teoria dos tipos sintomáticos. Há uma polêmica viva sobre essa questão, isto é, toda uma corrente de pensamento que recusa duas coisas.

Primeiramente, a necessidade do diagnóstico em psicanálise. Algumas pessoas pensam que o diagnóstico é inútil no discurso analítico, que não se deveria usar o diagnóstico. Mas também, e isso está ligado, há aqueles que denunciam o uso do diagnóstico como um abuso, o que não é totalmente igual.

Trabalhei esse tema até o começo do ano e certamente não voltarei a ele, porque não é, de forma alguma, algo atual – essa corrente pertence um pouco ao passado. Ela proliferou nos anos 1970, mas os tempos atuais são mais “diagnosticistas”; diagnostica-se bem ou mal, a torto e a direito. Os próprios sujeitos o demandam: “diga-me o que sou, diga-me o que tenho”, eles querem etiquetas, o que talvez os tranquilize diante do desconcerto existente.

Mesmo assim, ainda há vozes que proclamam guerra contra os diagnósticos na psicanálise. Para tomar as coisas de forma mais

positiva, menos polêmica, então, de onde vem o problema? Creio que compreendemos bem se nos referirmos às análises que Michel Foucault fez em seu livro *O nascimento da clínica*.¹⁰ É uma de suas melhores obras – há outras que são interessantes, mas essa, particularmente, era pertinente. Nela, Michel Foucault estudava a clínica psiquiátrica, não a clínica psicanalítica, e caracterizou a atividade diagnóstica de uma forma que considero justa: diagnosticar é fazer o caso singular entrar em uma espécie geral. Isso é feito por uma preocupação com a racionalidade, o que é, porém, um pouco homólogo ao que se faz ao se classificar as espécies animais ou vegetais: criam-se jardins botânicos, zoológicos... É possível fazer também um jardim das patologias, sem problema! Michel Foucault ressaltou precisamente que se tratava de uma medicina do visível, do mostrável, que ela implicava o olho clínico – esse olho do clínico que, a partir do século XIX, passou inclusive para além do campo macroscópico, chegando até o microscópico com a anatomopatologia.

Essa sintomatologia do olhar é sempre uma sintomatologia do Outro, estabelecida pelo médico. Na psiquiatria, faz-se, sem dúvida, o paciente falar, mas na medida em que, por meio do que ele diz, se possa entregar os signos da espécie mórbida à qual pertence. Em sua fala, procura-se não os traços de um sujeito, mas os traços de sua doença. É, portanto, um hétero-diagnóstico, um diagnóstico que vem do Outro e no qual a fala não é, em absoluto, constituinte, mas simplesmente o veículo dos signos. Isso imediatamente faz parecer que há um problema com a psicanálise, porque nela se acolhe o sintoma constituído de forma muito distinta. Quando digo “se acolhe o sintoma”, quero dizer o sintoma que pode ser

10 Foucault, M. (1963). *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

tratado, e não simplesmente aquele que nos é apresentado, e, talvez – é até mesmo certo –, que não seja possível tratar de todos.

O sintoma que pode ser tratado é constituído de outra forma, ele é necessariamente autodiagnosticado. Na psicanálise, é sintoma aquilo que o sujeito considera como sintoma. Na medida em que ele não considerar um traço como um sintoma, este permanecerá inerte, um enclave na fala analisante. Há, então, uma disjunção entre os sintomas cuja presença ou ausência o médico procura, e aqueles que permitem entrar na psicanálise.

É por isso, aliás, creio eu, que se coloca a questão da demanda de entrada. Sabe-se bem que não é qualquer demanda que permite entrar em uma análise. Essa questão é muito importante, precisamente porque não é qualquer estado do sintoma que se presta à elaboração analisante. Poderia, ainda, dizer isso de outra forma: só é sintoma tratável aquilo que se apresenta como um significante da transferência, isto é, que supõe um sujeito. O que não se vê, isso não procede da clínica do visível. Que um transtorno qualquer, algo que não vai bem para o sujeito, suponha o sujeito, não é visível.

O que faz com que o mesmo sintoma, definido na clínica psiquiátrica, na clínica da observação – quer seja uma conversão, uma fobia etc. – possa ou não se tornar um sintoma analítico. O fato de fabricar a forma analítica do sintoma é uma transformação.

Pode-se expressar isso de diversas formas: o que se denomina “sintoma” na clínica da observação não se denomina forçosamente “sintoma” na clínica autodiagnosticada do sujeito. Ou ainda: o que o Outro social (e o psiquiatra faz parte do Outro social) não suporta ou estigmatiza nem sempre coincide com o que cada sujeito não suporta. Nesse sentido, a fala, os ditos do sujeito, são constituintes do sintoma que é possível tratar na psicanálise. Somente o sujeito pode dizer o que não vai bem para ele, embora ele ignore a causa disso; naturalmente, ele talvez tente descobri-la. Às vezes,

aquilo que não vai bem demonstra muito mais isso – o que não vai bem, quando tudo vai bem, aliás. É isso que faz com que, muitas vezes, os neuróticos sejam tratados como doentes imaginários. Um “doente imaginário” é um doente subjetivo, isto é, que o discurso comum diz: “ele tem tudo para ser feliz”, mas não, algo não está bem. Percebe-se aí uma considerável diferença entre o sintoma visível, aquele que a psiquiatria pode diagnosticar – e o psicanalista eventualmente também –, e o sintoma invisível, aquele que o sujeito vive, entre o sintoma observado e o sintoma subjetivo.

Recebi recentemente uma pessoa assim. Foi bastante interessante. Tinha 47 anos, o que começa a ser apenas a metade da vida. Uma pessoa bem-sucedida, em tudo. Dizia a mim mesma que gostaria de saber o que um analista da IPA diria diante de uma pessoa assim. Porque se procurarmos esses critérios de adaptação ao discurso e ao mundo, tudo está bem – o marido, os filhos, sua carreira de sucesso (até mesmo excepcional), talentos manifestamente fora do comum. E eis que então, já há tempos, ela pensa na psicanálise, e finalmente vem a ela, porque com esse “tudo vai bem”, algo ou tudo também vai mal. O que é isso, então? Isso é um sintoma possivelmente tratável pela psicanálise; não se sabe para onde isso levará, mas, em todo caso, trata-se de uma configuração que torna sensível, na própria entrada, essa diferença profunda entre a clínica psiquiátrica e a clínica psicanalítica.

Creio que é essa diferença, para tomá-la da forma mais positiva possível, explica porque certos analistas pensam que o diagnóstico prévio é inútil, já que é na elaboração da fala que se pode desdobrar o sintoma, mas que o sintoma que se observa na entrada não é interessante para o psicanalista, e que, no fundo, o que lhe interessa é aquilo que se revela mediante transferência nos ditos do sujeito.

A ética dos diagnósticos

É para ser indulgente que estou tentando explicar, para mim mesma, a tese da inutilidade do diagnóstico. Mas há outra parte da tese que denuncia o abuso do diagnóstico. Há um problema de ética com os diagnósticos, sobre o qual gostaria de dizer algumas palavras.

Para resumir a tese daqueles que o denunciam, o diagnóstico seria uma espécie de abuso do saber em prol de outra coisa; em outras palavras, é a ideia de que o exercício clínico, que é um exercício de saber, é apenas o álibi do gozo do clínico. Essa tese partiu eminentemente de Michel Foucault, de quem acabam de republicar o curso de 1973-1974 sob o título de *O poder psiquiátrico*.¹¹ A data aí é importante, porque nessa época ainda estávamos sob os sobresaltos dos efeitos de 1968, da ideologia antimestre e antipoder de 1968. Comprei esse livro, então, com bastante esperança, porque Michel Foucault, apesar de tudo, escreveu diversos grandes textos, mas devo admitir que aquele não foi seu melhor ano (acontece!). Ele me pareceu muito fraco e, sobretudo, datado, embora, como sempre, encontre-se em seu texto uma massa de informações, de erudição, sempre úteis para o leitor.

Qual é a tese de Michel Foucault?

Em princípio, ele estigmatiza a posição do poder do psiquiatra tomando seu parâmetro, digamos, longe no tempo, mas essencialmente no século XIX e no início do XX. Há ali textos extremamente convincentes que ele cita e em que se vê, na verdade, que os psiquiatras dessa época não se consideravam somente como homens

11 Foucault, M. (1973-1974). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

de saber, mas retificadores de desvios morais e sociais. Foucault estigmatiza o poder do psiquiatra sobre o pobre psiquiatrizado, que está à sua mercê. E em seguida, ele isola – estou resumindo em linhas gerais – duas empreitadas, as quais chama de despsiquiatrização, que ele coloca no mesmo plano – se não o tiverem lido, não vão adivinhar quais são: a farmacologia e a psicanálise, na medida em que elas despsiquiatrizam e tocam, efetivamente, em algo do poder moral do psiquiatra. De fato, tudo isso para fazer uma apologia, uma verdadeira apologia, da antipsiquiatria que seria a única a ter efetivamente desfeito o abuso psiquiátrico.

Essa tese de Michel Foucault parece-me bastante representativa de uma tese defendida por certo número de autores: a tese do abuso inerente ao diagnóstico, que faz do saber um álibi do gozo. Aí já não se trata mais tanto do gozo do olhar, mas do gozo do poder.

Michel Foucault, decerto, não está no campo da psicanálise, mas encontramos tais ecos no campo da própria psicanálise. Gostaria de citar um exemplo, não porque ele é representativo, mas porque, de forma contingente, li o livro de René Major, que se chama *La démocratie en cruauté*.¹² Como ele teve a gentileza de me oferecer um exemplar, eu o li e encontrei uma tese que me surpreendeu muito, na verdade. Há nele muitas coisas interessantes, mas, no fundo, René Major, inspirado por Derrida, introduz a seguinte noção: “a hospitalidade incondicional do analista”. É uma noção muito bonita, e é preciso dizer que a hospitalidade – condicional ou incondicional – é uma prática que está se perdendo. Ele propõe essa ideia, que a princípio parece muito simpática, mas logo diz:

a hospitalidade incondicional com o paciente faz prescindir de tudo o que posso saber, nunca sei o bastante,

12 Major, R. (2003). *La démocratie en cruauté*. Paris: Éditions Galilée.

toda apreensão nosográfica do outro, toda etiqueta que lhe fizesse carregar [é a hospitalidade incondicional, portanto, que exclui qualquer olhar nosográfico] seria um dispositivo imunitário [ele escreve bem!] contra todo advento imprevisível, inesperado, surpreendente, e seria, em suma, uma medida de hospitalidade limitada.

Quando lemos isso, dizemos “Ah, sim...”. Somente nos adventos imprevisíveis, inesperados e surpreendentes pode ocorrer, por exemplo, o suicídio de um sujeito melancólico... O que já é, então, um problema. Ele acrescenta: “a hospitalidade incondicional deixa de reserva todo saber e toda inquisição”. Essa é uma tese muito forte, ele diz que a posição nosográfica é inquisidora.

Um pouco mais adiante, ele diz que essa hospitalidade exclui o cálculo, a antecipação e o apropriável. Tudo isso – cálculo, antecipação, previsão na clínica –, ele imputa àquilo que chama de crueldade, que é um dos nomes do gozo do poder.

René Major, por fim, provavelmente tenha razão no âmbito já fixado, já desenhado da psicanálise do sujeito neurótico. Nesse âmbito, é possível sustentar o que ele coloca. É bastante próximo do que Freud dizia, quando convidava a esquecer tudo o que se sabe para abordar cada caso como se fosse o primeiro. Isso também se tratava de hospitalidade incondicional, porém, não antes da entrada em análise, mas depois.

O que podemos conservar dessas críticas? Diagnóstico inútil ou abusivo? Nós, enquanto alunos de Lacan, estamos persuadidos da necessidade do diagnóstico prévio, para saber se, e como, a pessoa que recebemos pode ou não se beneficiar com o processo analítico.

Freud, como sabem, pensava que a psicanálise era inoperante para a psicose. Essa não é exatamente a posição de Lacan, nem a dos pós-freudianos; a posição de Lacan é muito simples: a de que o saber clínico orienta a ação. Se não se sabe como uma psicose se constrói, quais são as condições e a natureza de seus fenômenos, então – como ele diz ao terminar seu texto “De uma questão preliminar...” – se “remará na areia”¹³ – em outras palavras, agiremos em vão. Remar na areia é inútil. Se fosse apenas inútil, não haveria problema, mas também pode ser perigoso, e isso é mais incômodo: dou-lhes um exemplo (há outros exemplos), quando se tem que lidar com um sujeito melancólico, que pode se parecer com um neurótico como qualquer outro em certos momentos, é melhor perceber isso e não imaginar que a fala é um remédio para tudo. Ele pode, por vezes, precisar também de medicamentos e, provavelmente, de abrigo hospitalar. A “hospitalidade incondicional” seria aí, antes, culpada.

Para concluir sobre isso, a necessidade do diagnóstico é solidária do racionalismo da orientação lacaniana, isto é, do postulado segundo o qual a relação analítica com sua experiência da fala e o instrumento da linguagem, por um lado, e, por outro, o campo de que ela trata (a saber, os sintomas), que ambos – relação analítica e sintoma – são, um e outro, regulados, ou seja, que há leis, mecanismos, e, portanto, cálculo possível. Evidentemente, o cálculo não é tudo, não exclui a incidência da causa subjetiva singular própria a cada um, em que reside o incalculável. O melhor que se pode fazer na psicanálise é um cálculo que dê lugar ao incalculável.

13 Lacan, J. (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose, *op. cit.*, p. 590.

Gostaria, agora, de ressaltar o seguinte: em qualquer diagnóstico – e isso é talvez algo que os denunciadores do diagnóstico tenham percebido – há algo que excede apenas o juízo de saber. Mais vale, é claro, que o diagnóstico seja justo; justo ou não, porém, ele implica sempre um juízo ético, e um juízo ético não é um juízo de saber. Se preferirem, poder-se-ia dizer um juízo de gosto, para retomar o termo de Kant. Percebe-se muito bem isso, na época atual, quando se ouve falar do sintoma da homossexualidade. Os psicanalistas falarem do sintoma da homossexualidade é o exemplo atual para apreender realmente que nos diagnósticos não há somente o elemento de saber.

Há fenômenos discretos que mostram essa dimensão de juízo ético no diagnóstico, e, em princípio, algo muito simples: ser diagnosticado é sempre muito desagradável. Fala-se daquele que faz o diagnóstico, mas há também aquele que é diagnosticado. E algumas vezes ser diagnosticado é muito desalentador.

E depois há a prática do diagnóstico selvagem, que é frequente: trata-se como maluco, histérico, paranoico, esquizofrênico... Que no cotidiano seja possível fazer esse uso é um índice de que há um uso possível do diagnóstico como injúria, especialmente nos meios informados psicanalíticos e psiquiátricos, isto é, que há também diagnósticos de corredor, fofocas que dizem “você sabe que fulano é um...”. Essas pequenas ocorrências discretas do cotidiano devem ser colocadas em uma estrutura muito mais geral que Lacan formulou de forma bem simples: “todo significante faz injúria ao sujeito”, isto é, todo juízo que atribui um significante a um sujeito exerce uma violência sobre esse sujeito. O que quer dizer que o caráter injurioso não depende tanto do sentido do significante quanto da própria predicação, a predicação que vem do Outro, um Outro que formula “você é isso ou aquilo” – seja isso positivo ou negativo. O “isso ou aquilo”, o significante predicado, faz injúria ao

sujeito. O que quer dizer que ele recalca e aliena seu ser próprio. Há uma violência da predicação e a predicação do diagnóstico não escapa, em absoluto, dessa estrutura geral. As palavras que nos imputam nos violentam.

Nesse sentido, o diagnóstico é o oposto do nome próprio – não me refiro ao nome próprio como o patronímico que se carrega, mas a uma definição de nome próprio como um nome que identifica os traços de alguém como singulares, únicos, imprevisíveis justamente e que só se promove por meio dos atos e das obras. É o que permite dizer que o nome próprio *ex-siste* ao Outro: não é um significante do Outro, mesmo que faça muitos outros para confirmar isso. Nem todo sujeito tem um nome próprio. E não estou longe de pensar que uma análise digna desse nome, se ela começa com a injúria do diagnóstico prévio necessário, e da qual dependem as indicações da análise, deveria terminar com um nome próprio, para permitir ao sujeito apreender aquilo que, para ele, fixa seu ser singular fora do Outro, fora da alienação.

Tudo isso para dizer que não há por que esconder a face: reconheçamos a violência do diagnóstico. Se tivéssemos que escolher entre violência e não violência seria muito simples, mas não é esse o caso. Temos que escolher entre tipos de violência e, portanto, há uma violência do diagnóstico que não deve ser a última palavra de nossa prática, mas que, no entanto, é necessária para evitar os desastres.

Lacan, por sua vez, não tinha o hábito de ignorar a realidade, e ele nunca dissimulou um juízo ético que implicava suas categorias diagnósticas. É muito impressionante, ele explicitou passo a passo como as categorias diagnósticas implicavam avaliações éticas, conforme já evoquei.

Podemos acompanhar essa evolução: vemos, por exemplo, a princípio, que ele tem muita simpatia pelo neurótico e fala dele

como de uma vítima comovente (isso é gentil!), isto é, que ele vê nos neuróticos sujeitos que têm dificuldades com seu desejo (é esse o caso), mas que, por isso mesmo, já que têm dificuldades – virtude do sintoma – revelam que o próprio desejo implica dificuldades. Não são apenas eles que têm dificuldades, o próprio desejo veicula dificuldades estruturais, e não somente eles as revelam, diz Lacan, mas as têm presentes, e ele acrescenta – eis o juízo ético – que isso não os coloca tão mal assim na escala humana.

É evidente que se poderia dizer que uma avaliação dessas – vista hoje a partir do relatório Cléry-Melin,¹⁴ por exemplo, o qual queria fazer todo mundo passar pelo critério da normalidade – é um juízo que gostaríamos de encontrar.

Mas Lacan, que valorizava o sintoma neurótico na medida em que estava elaborando a dimensão do desejo na experiência, faz outra avaliação quando começa a se interessar por aquilo que não é o desejo, mas o gozo, e retoma um termo que Freud sublinhou na fala do Homem dos ratos, o termo “vileza”, “covardia”. Ou seja, que o neurótico, por causa do recalque, da defesa e *tutti quanti*, recua quando se trata de reconhecer e de assumir seu próprio gozo.

E, conseqüentemente, nesses anos – estamos em 1967 – ele faz elogios ao perverso, o qual, diz ele “confrontado muito mais de perto com o impasse do ato sexual”.¹⁵

Vejam, portanto, que nessas duas etapas Lacan explicita o juízo do diagnóstico em função da perspectiva que ele assume para o diagnóstico. O que faz, creio eu, com que seja sempre útil, em

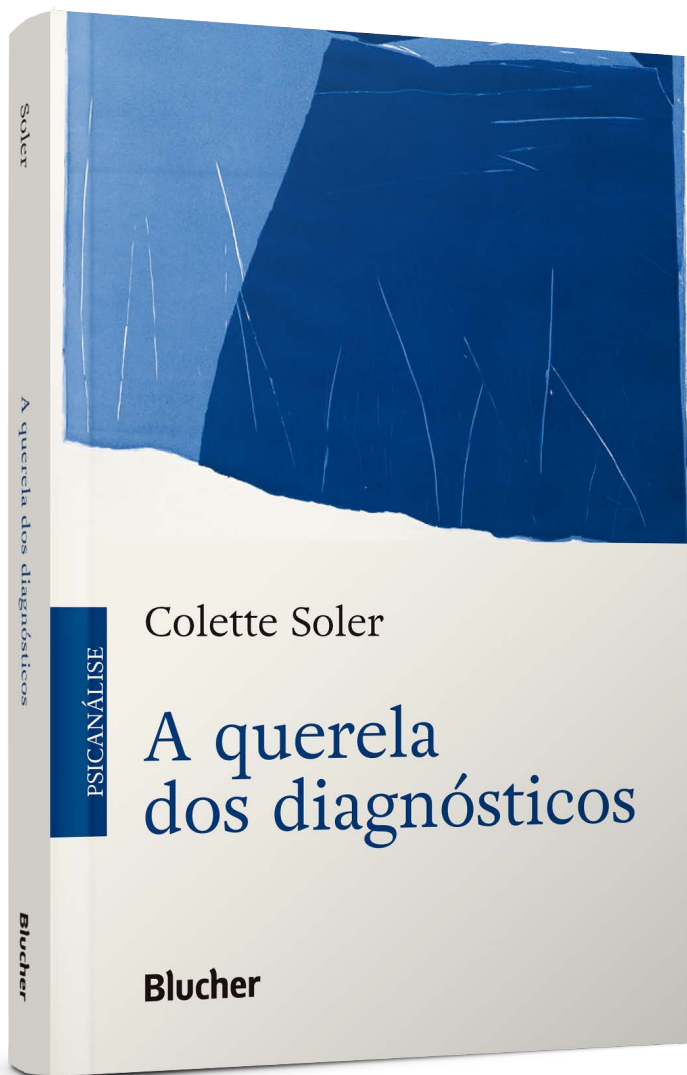
14 O relatório Cléry-Melin foi uma encomenda do Ministério da Saúde francês visando “coordenar os profissionais e engajar a avaliação de práticas por parte das ANAES (Agence Nationale d’Accréditation et d’Évaluation en Santé) e trazer a psiquiatria para outras especialidades médicas”. [N. T.]

15 Lacan, J. (1967). A lógica da fantasia. Resumo do Seminário de 1966-1967. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 327.

cada juízo de diagnóstico que proferirem ou que ouvirem proferir, interrogar não somente sua pertinência nosográfica, mas o ponto de perspectiva de onde o sintoma é avaliado. É o que sempre permanece silenciado, somos obrigados a extrair isso se quisermos percebê-lo, e aí é preciso reconhecer justamente que a ética do diagnóstico não é a mesma na psicanálise e na psiquiatria. Não é de se espantar. Para o psiquiatra, na medida em que ele é agente da saúde mental, os diagnósticos, mais ou menos, em última análise, referem-se sempre à adaptação social, à periculosidade ou não.

A avaliação ética do diagnóstico psicanalítico não tem esse referente, ela se refere àquilo para que a psicanálise aponta – a saber, encontra-se aí no inconsciente: é esse o dever analítico. É um dever relativo a esse discurso, não do dever em geral! Com efeito, e podemos interrogar, quanto ao diagnóstico, sobre a forma pela qual um sujeito singular responde ao destino que o inconsciente produz para ele, como ele se situa com relação à sua verdade e com relação ao gozo real que ele tem tendência a desconhecer, mais ou menos.

Concluo sobre essa questão do abuso do diagnóstico. Creio que aqueles que denunciam o uso dos diagnósticos enganam-se de alvo. No plano epistêmico e prático, precisamos dos diagnósticos mediante a pena de sermos irresponsáveis. O abuso possível, se houver algum, é no nível da predicação ética e daquilo que inspira o juízo ético que é interno ao diagnóstico. Pode haver aí, efetivamente, usos pouco recomendados do diagnóstico.



Clique aqui e:

[Veja na loja](#)

A Querela dos Diagnósticos

Colette Soler

ISBN: 9788521213802

Páginas: 344

Formato: 14 x 24 cm

Ano de Publicação: 2018
