

O RISCO DE SILENCIAR O SUJEITO: QUANDO O DIAGNÓSTICO APAGA O SINTOMA

Maria Antonia Torres Coelho

Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do UNIVAG

Email: maria.antonianeacchic@gmail.com

Rebeca de Souza Zimmer

Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia do UNIVAG

Email: zimmerrebeca@gmail.com

Luiz Guilherme Araújo Gomes

Professor Orientador e Supervisor do Estágio

Email: luiz.gomes@univag.edu.br

O presente tema foi escolhido durante o Estágio Supervisionado Específico: Políticas de Saúde II, realizado no SIP (Serviço Integrado de Psicologia) do UNIVAG. O tema “O risco de silenciar o sujeito: quando o diagnóstico apaga o sintoma” é uma questão que atravessa de modo profundo a prática clínica em psicanálise. Em muitos contextos de saúde mental, o diagnóstico é tomado como um ponto de chegada: define, nomeia, classifica. No entanto, quando ele é tratado como verdade absoluta, corre-se o risco de transformar o sujeito em objeto, de apagar sua singularidade, suas narrativas, suas contradições e, sobretudo, o sentido que o sintoma tem em sua história. A psicanálise, ao contrário, entende o diagnóstico não como uma sentença, mas como uma abertura possível para a escuta do sujeito. O propósito de abordar esse tema é ressaltar a importância e a necessidade de escutar o sujeito para além do diagnóstico, valorizando o que ele diz, sente e vive, e não apenas o que os manuais classificatórios descrevem. A psicanálise propõe justamente isso: compreender o sintoma como uma forma de expressão do inconsciente e não como algo que deve ser simplesmente eliminado. O texto de Figueiredo e Tenório (2001), evidencia justamente essa diferença entre as lógicas diagnósticas. Enquanto a psiquiatria tende a operar com classificações e descrições sintomáticas, a psicanálise busca fazer emergir o sujeito a partir de sua fala. Freud (1926), ao deslocar a loucura do campo do erro para o campo da verdade, inaugura uma nova ética: a de escutar o que há de singular na fala do paciente. O que antes era considerado apenas um conjunto de sintomas a serem corrigidos, passa a ser reconhecido como um modo particular de o sujeito expressar algo de sua verdade inconsciente. A partir dessa virada, o sintoma deixa de ser apenas um defeito ou um sinal de doença para tornar-se um modo de enunciação, uma mensagem cifrada que pede interpretação, não correção. Quando o diagnóstico se impõe como verdade única e absoluta, o sujeito é silenciado. É o que vemos, por exemplo, nas práticas em que os manuais classificatórios (como o DSM ou a CID) orientam condutas automáticas: identifica-se um conjunto de comportamentos, aplica-se um rótulo e prescreve-se uma conduta, sem espaço para a história, o desejo ou o sofrimento subjetivo. A psicanálise, ao contrário, sustenta que não há clínica possível sem o sujeito, e que o sintoma é justamente o ponto onde ele se manifesta. Como lembram Figueiredo e Tenório (2001), a função

da psicanálise nas instituições é a de restituir o lugar da palavra e do sujeito no campo da saúde mental, evitando que a técnica se sobreponha à escuta. Essa tensão entre a clínica e as políticas públicas é abordada de modo contundente por Bezerra (2008), ela mostra que, embora a Reforma Psiquiátrica tenha representado um avanço ao propor a desinstitucionalização e a reintegração social dos usuários, muitas vezes a dimensão clínica, e com ela, o sujeito, foi deixada em segundo plano. O foco em indicadores sociais e funcionais pode produzir uma clínica “sem sujeito”, na qual o sofrimento é reduzido a uma questão de comportamento e adaptação social. Bezerra (2008) propõe, então, uma “política que passe pela clínica”, ou seja, que reconheça a singularidade de cada sujeito e o lugar da fala como instrumento fundamental de cuidado. A clínica psicanalítica, nesse contexto, não é oposta à política, mas seu complemento ético, é o espaço onde o sujeito pode existir para além dos discursos institucionais e das classificações. Em Freud (1926), encontramos a base conceitual para essa discussão, ele aponta que o sintoma não é apenas um problema a ser eliminado, mas uma formação de compromisso entre o desejo inconsciente e as forças que o reprimem. Ele é um substituto de uma satisfação recalcada, um modo do sujeito lidar com sua própria angústia. Quando o clínico se apressa em nomear o sintoma e apagá-lo com um diagnóstico ou uma intervenção padronizada, perde-se a oportunidade de compreender o que esse sintoma quer dizer, e com isso, apaga-se o sujeito que nele se inscreve. Na psicanálise, tratar não é calar o sintoma, mas permitir que ele fale. A escuta psicanalítica é o espaço onde o sujeito pode se ouvir em seu próprio dizer, onde a angústia pode ser traduzida em palavra, e não apenas em comportamento. Elia (2004), aprofunda essa concepção ao afirmar que o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente, aquele que se constitui na linguagem, entre o dito e o não dito. Esse sujeito não é o indivíduo empírico, observável, mas uma posição de fala, uma fenda na própria linguagem. É por isso que, na clínica psicanalítica, escutar o sujeito significa abrir espaço para o que escapa à lógica da razão e da classificação. Elia (2004) mostra que o sujeito emerge justamente no ponto de falha, no tropeço da fala, naquilo que não se encaixa. Quando a prática clínica se orienta apenas por categorias diagnósticas, ela tenta preencher essa falta, suturar o buraco onde o sujeito poderia aparecer. Assim, o diagnóstico, quando tomado de forma rígida, não apenas organiza a prática, mas também exerce uma função de exclusão, ele impede o sujeito de existir como tal. Na prática clínica, portanto, o desafio do analista é sustentar a escuta de um sujeito que muitas vezes aparece fragmentado, sem voz, já capturado por diagnósticos e discursos externos. É no espaço da transferência que esse sujeito pode começar a falar de si, e é a partir daí que a clínica se constrói. Escutar o sujeito é reconhecer que o sintoma é um modo de enunciação, uma tentativa singular de dar forma ao indizível. O analista, ao invés de buscar um nome ou uma causa fechada, se coloca no lugar de quem sustenta a falta, de quem acolhe o não saber e o não dito. É justamente essa posição ética que diferencia a psicanálise de outras formas de abordagem, nela, o tratamento não se dirige à doença, mas ao sujeito que sofre. Em síntese, o risco de silenciar o sujeito é o risco de transformar a clínica em um procedimento técnico, onde o saber do profissional se sobrepõe à palavra daquele que busca ajuda. O diagnóstico pode ser um ponto de orientação, mas nunca deve se tornar o ponto de chegada. Quando o diagnóstico apaga o sintoma, o que se perde é o espaço da subjetividade, o lugar do desejo e da fala. Retomar o lugar do sujeito é, portanto, um ato ético, e também político, pois significa resistir à tendência de

uniformizar o sofrimento humano. A clínica psicanalítica, nesse sentido, é um espaço de restituição da palavra, onde o sujeito, antes silenciado, pode finalmente se escutar. No estágio da clínica, esses pacientes costumam chegar já com um rótulo definido e uma medicação estabelecida. Frequentemente, a equipe médica e até a própria família os identificam a partir desse diagnóstico: “ele é esquizofrênico”, “ela é depressiva”, “ele é autista”, “ele é bipolar”, “ela tem TDAH”. Essa nomeação, embora importante no campo médico, pode acabar se sobrepondo à singularidade do sujeito, restringindo o olhar clínico e dificultando que se escute o que há de próprio em cada história. É nesse ponto que o risco de silenciar o sujeito se torna concreto, quando o diagnóstico passa a falar no lugar dele. Muitos chegam dizendo frases como: “sou autista”. Essas falas mostram que o diagnóstico, que deveria ser apenas um instrumento de orientação para o cuidado, muitas vezes se transforma em uma identidade fixa, que aprisiona o sujeito e o impede de se reconhecer para além daquilo que foi nomeado. Essa identificação com o diagnóstico faz com que o sujeito, em alguns casos, fale a partir do rótulo e não de sua própria experiência. Ele passa a repetir o que ouviu de profissionais ou familiares “tenho isso” e/ou “sou assim”, mas sem conseguir colocar em palavras o que de fato sente, vive ou deseja. O discurso do diagnóstico, portanto, pode ocupar o lugar da fala do sujeito, silenciando-o. Em vez de narrar sua história, o paciente repete o que foi dito sobre ele.

Palavras-chave: Sintoma. Clínica. Psicanálise. Sujeito. Diagnóstico.

Referências

- BEZERRA, Daniela Santos. *O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira*. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 29–43, mar. 2002.
- FREUD, Sigmund. *Inibição, sintoma e angústia (1926)*. In: *Obras completas: volume 17 (1926–1929)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 9–112.