

A elaboração da disciplina do diagnóstico diferencial a partir da hipótese da causalidade psíquica

Ana Flávia Pedrosa Lopes

O presente trabalho apresenta os achados preliminares da pesquisa de mestrado, conduzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP-IP/UFRJ). O ponto de partida foi a identificação de impasses em relação a temática do diagnóstico do sofrimento psíquico – atualmente pautado por uma perspectiva reducionista, de sua concepção ao modelo de funcionamento neurofisiológico. É das referências atuais em diagnóstico dominam o campo da psiquiatria - o Código Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) - que decorrem os impasses na temática do diagnóstico:

1. A ocorrência de múltiplos diagnósticos psiquiátricos para um mesmo sujeito em sofrimento psíquico. O que coloca o impasse relativo a co-morbidade e a ocorrência, em um mesmo sujeito em sofrimento psíquico, de hipóteses diagnósticas distintas.
2. A prescrição de psicofármacos obedece a essa proporcionalidade, sugerindo polimedicação, já que observa-se o uso de vários fármacos e psicofármacos no mesmo sujeito em sofrimento psíquico - incluindo fármacos e psicofármacos prescritos, não sujeitos a receita médica, de medicinas alternativas e suplementos dietéticos.

A tendência ao múltiplo diagnóstico e à polimedicação são tributários da ausência de maior rigor epistemológico no uso atual dos conceitos psicopatológicos, pela psiquiatria. É neste sentido, que entende-se a importância de uma pesquisa, em psicopatologia psicanalítica, acerca da causalidade do sofrimento psíquico centrada em torno dos determinantes psíquicos. E, conseqüentemente, mais crítica com relação a psiquiatria. Para seu avanço foi necessário, em uma primeira etapa metodológica, retornar à obra de Freud para interrogar como, a partir da clínica da histeria, foi possível à Freud elaborar uma teoria sobre a causalidade psíquica. E, em uma segunda etapa metodológica, interrogar se há uma teoria do diagnóstico diferencial que deriva da hipótese da causalidade psíquica. O presente trabalho sustenta a hipótese de que há uma teoria sobre o diagnóstico diferencial a partir da elaboração freudiana dos conceitos de recalçamento (Verdrängung) e Rejeição (Verwerfung) – conceitos que compõem a teoria da causalidade psíquica.

A atualidade do trabalho consiste em mostrar a relevância do diagnóstico diferencial, a partir da psicopatologia psicanalítica, para a elucidação etiológica das formas de

sofrimento psíquico. Uma discussão sobre os primórdios da psiquiatria é de suma importância, propiciando a compreensão de como o reducionismo da psiquiatria atual, tem um marco histórico localizado no século XIX. Ou seja, a ausência de preocupações etiológicas, a ênfase descritiva e a enorme submissão aos fármacos não são perspectivas atuais, mas sim marcas de uma clínica psiquiátrica que remonta ao século XIX.

A proliferação dos transtornos

Um dos impasses identificados na temática do diagnóstico, orientada pelo DSM, foi o múltiplo diagnóstico psiquiátrico, em que não raro um mesmo sujeito em sofrimento psíquico apresenta múltiplos diagnósticos. Essa multiplicação sustenta, por sua vez, a tendência a prescrição de psicofármacos para cada transtorno. A conjunção entre múltiplos diagnósticos e prescrição de psicofármacos está no fundamento da noção de medicalização – principal sintoma da forma como vem sendo conduzida a pesquisa no tema do diagnóstico em psiquiatria. Assim, a presente pesquisa em torno da causalidade psíquica impõe que se interrogue a medicalização como sintoma da psiquiatria atual. A medicalização foi extensamente analisada por Michel Foucault (1977, 1980) em um ciclo de aulas ministrado no Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro no final dos anos de 1970. Para o autor, apesar da impossibilidade da medicina em realizar a promessa de ser capaz de prevenir e de curar todas as doenças, ela não deixa de sustentar essa posição medicalizante. No discurso da medicina até hoje é colocado a promessa de felicidade, que advém desde o início de sua constituição moderna. Com isso, o discurso da medicina ocupa todo o espaço social na forma de uma vigilância contínua do espaço social, seja físico ou temporal, é exercida pelo saber médico, através de normas e condutas ditas adequadas (FOUCAULT, 1980).

Autores como Ivan Illich em 1975 também usaram a expressão medicalização em seus trabalhos. Em seu livro *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina (Nemesis medica)*, o autor já alertava como a expansão do poder médico diminuía a forma com que as pessoas lidam com suas dores e sofrimentos, pois estes são transformados em doenças. Segundo Illich (1975) o sistema médico desejava ter autoridade sobre as pessoas que nem mesmo estavam doentes e sobre as pessoas que nem mesmo poderiam ser curadas, lembrando que a origem de muitos sintomas clínicos não seria produzida pela intervenção de um médico de forma isolada, mas sim pela instituição médica.

Illich (1975) aborda três formas de iatrogênese social¹. A primeira forma é a medicalização do orçamento, em que o controle institucional da população feito pelo sistema médico remove do sujeito o domínio do lazer, do trabalho, da alimentação, da política, e do meio, evidenciando um controle desse sistema que ilude determinado público a crer que a saúde aumenta proporcionalmente ao aumento da dependência desse público em relação a medicamentos, internações, e terapêuticas. Tal controle ocorre devido à identificação do bem-estar no campo da saúde estar relacionada diretamente à distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica.

A segunda forma de iatrogênese social é a invasão farmacêutica, em que o número de medicamentos receitados aumentou drasticamente. Esse aumento revela como os médicos passam a se orientar sua ação não pela busca etiológica, mas pelos sintomas de forma que fica evidente a tomada do saber médico por um pseudo-saber farmacêutico (ILLICH, 1975).

A terceira forma de iatrogênese, é a medicalização das categorias sociais. O autor expõe essa terceira forma explicitando acerca do controle pessoal sobre o organismo e o direito de modificar um ambiente sob a etiquetagem das idades da vida humana, levando a uma crença na necessidade de certos cuidados médicos de praxe pelo fato de se enquadrarem em determinada fase da vida, como por exemplo, serem recém-nascidas, serem crianças, estarem no climatério ou na velhice. Por conta disso, a vida passa não mais a ser vista como uma sequência de diversas formas de saúde, mas sim uma sucessão de períodos nos quais exigem formas particulares de consumo medicamentoso e terapêutico. Isto é, o sujeito se encontra engaiolado de acordo com a sua atual fase da vida, sendo orientado a seguir determinados comportamentos por certos especialistas, sejam eles pediatras, geriatras, ginecologistas, e inúmeros outros.

Considerando a análise de Birman (2014), a concepção de que a vida pode ser reduzida ao substrato biológico, se estende para o campo da psiquiatria, que entenderá o sofrimento psíquico a partir, de um lado, de referenciais da neurofisiologia e da psicofarmacologia e, de outro, da própria consolidação de uma concepção do mental pela psicologia cognitiva pautada no entrecruzamento entre o comportamento e leis gerais de funcionamento cognitivo. Para Birman (2014) a ênfase no comportamento, possibilitou que a psiquiatria se transformasse em psiquiatria biológica, sustentada pelo

¹ Para Illich (1982), a iatrogênese social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta.

cognitivismo e pelas neurociências, divorciando-se definitivamente da psicopatologia e da psicanálise.

Retomando um breve histórico das edições do DSM, é possível depreender a forma como se organizou a temática do diagnóstico em psiquiatria no espaço de sessenta e seis anos. A primeira edição do DSM data do ano de 1952 e a quinta edição, do ano de 2013. Desde o DSM-I, modificações importantes surgiram no campo da pesquisa diagnóstica - em especial nas psicoses clínicas. A tabela 1 abaixo sintetiza as edições sucessivas do DSM (DSM-I; DSM-II; DSM-II; DSM-IV; DSM-IV-TR e DSM-5).

Tabela 1. Síntese das edições do DSM

| Edições do DSM | Ano de Publicação | Número de Páginas | Categorias Diagnósticas | Fundamentação Epistemológica |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------------------------|
| DSM -I | 1952 | 132 | 106 | Modelo psicanalítico |
| DSM -II | 1968 | 134 | 182 | Modelo psicanalítico |
| DSM -III/ DSM -IIITR | 1980/1987 | 494/597 | 265/292 | Modelo biológico |
| DSM -IV/ DSM -IVTR | 1994/2000 | 886 | 374 | Modelo biológico |
| DSM -5 | 2013 | 992 | 300 | Modelo biológico |

Fonte: Henschel de Lima, Barbosa Fernandes, Valiante e Lopes, 2015 (Arquivos do LAPSICON).

Estabelecendo um recorte em torno da publicação da terceira edição do DSM, no ano de 1980, ratifica-se a análise de Birman (2014), identificando a tendência à uma disciplina do diagnóstico diferencial em ruptura com o modelo da psicanálise:

1. Ateórica e orientada pelo pragmatismo: já no CID-9, publicado em 1978, ficava evidente o compromisso da classificação diagnóstica com a prática evidenciando o fundamento pragmático da classificação em psiquiatria. Esse compromisso atendia às necessidades de ordenação das orientações teórico-clínicas distintas no campo da psicopatologia (psicanálise, fenomenologia). Assim, trata-se de elaborar uma linguagem, uma nomenclatura, comum em psiquiatria, para a classificação das diversas versões do sofrimento psíquico tendo como base os dados clínicos diretamente observáveis e suprimindo as orientações epistemológicas em psicopatologia (seja a psiquiatria fenomenológica ou a psicanálise).

2. Articulada a um protocolo de decisões terapêuticas, que tem como base o desenvolvimento as neurociências e a tecnologia dos psicofármacos: esse protocolo exclui a necessidade de escuta do conteúdo discursivo do paciente em sua dimensão

específica de sujeito para avaliação dos processos psíquicos causais do desencadeamento das diversas versões do sofrimento psíquico e do manejo clínico para a estabilização.

O mesmo se verifica com a elaboração do DSM-5 (2013). Ao longo da introdução desta edição, encontra-se a afirmação de que o DSM corresponde à necessidade de aprofundamento e expansão da classificação em psiquiatria para garantir maior precisão descritiva do transtorno e validade do diagnóstico. Para isso, são ressaltados os seguintes aspectos que definem a disciplina do diagnóstico diferencial pela psiquiatria contemporânea:

1. Semiologia psiquiátrica, onde se investiga os sinais e sintomas indicando a ocorrência de um transtorno com uma história característica de desenvolvimento.
2. Determinação dos processos biológicos e ambientais relacionados aos sinais e sintomas.
3. Localização dos correlatos neuropsicológicos e fisiológicos, juntamente com curso clínico típico.

Tais aspectos mostram como a organização da temática do diagnóstico em torno dos sinais e sintomas dispensa a dimensão teórica que fundamenta a pesquisa dos fatores subjetivos que condicionam a formação do sintoma. Ao longo das seções seguintes, será abordada a posição de ruptura entre a psicanálise e o sistema classificatório do DSM, por sustentar que: 1. A estrutura psíquica não é um transtorno, ou seja, não se constitui como uma psicopatologia em si; 2. As estruturas psíquicas se distribuem entre as classes de neurose e psicose; 3. A ocorrência de desestabilização nas estruturas é que define a indicação de psicopatologia.

1. Os processos de recalçamento e forclusão seriam os responsáveis pela ordenação dos sintomas nas estruturas orientando a direção de tratamento.

Sendo assim, a defesa da psicanálise quanto à relevância dos fatores subjetivos, é a defesa quanto à relevância da investigação dos processos de recalçamento e forclusão na formação das estruturas.

Sobre a concepção de causalidade psíquica em Freud

A ideia de causalidade psíquica de Freud advém de sua concepção sobre o que vem a ser uma ciência. De acordo com ele, fazer ciência era determinar a causa dos fenômenos. Um tratamento psíquico para ele significava *tratamento anímico*, ou seja, *tratamento dos fenômenos patológicos da vida anímica*. Para Freud (1905/1996) tratamento psíquico seria, “tratamento que parte da alma, tratamento - seja de

perturbações anímicas ou físicas - por meios que atuam, em primeiro lugar e de maneira direta, sobre o que é anímico no ser humano” (FREUD, 1905/1996, p. 176). Observa-se como a concepção de ciência era inseparável do processo de fundação da psicanálise.

Freud dispensa a teoria localizacionista, a ideia de se ter uma localização anatômica, e rompe com o modelo de funcionamento neurológico da época, admitindo sua teoria sobre a causalidade psíquica no encadeamento dos processos.

Freud, inicialmente teve uma formação na medicina. Sua jornada se inicia com sua entrada na Universidade de medicina, em 1873, até o ano de 1882 com sua saída do laboratório de Ernest Brücke. Nessa época, a medicina começava a estabelecer uma grande relação com a física, concebendo espaço para a investigação do corpo. De acordo com Almeida (2005), para a psicologia e para a psicanálise, o naturalismo foi “um ponto de partida incontestável” no século XIX, “e um apoio sem o qual, imaginasse, a disciplina não entraria na posse de uma legitimidade teórica e de uma credibilidade acadêmica urgentes e necessárias ao seu interesse para as demais ciências” (ALMEIDA, 2005, p. 126).

Freud teve muitas influências teóricas ao longo de sua jornada. Autores como Brücke, Helmholtz e Exner, influenciaram no que se refere à física e a fisiologia. Brücke, Helmholtz e Exner eram orientados por um pensamento reducionista, basicamente pelas forças físico-químicas para o entendimento do organismo. Helmholtz, por exemplo, pesquisava sobre o intervalo entre o estímulo e a contração do músculo, já Brücke, defendia que a excitação passada pelos nervos variava de forma quantitativa. Sigmund Exner propunha uma psicologia científica através da neurofisiologia, Exner foi assistente de Brücke. Todas essas pesquisas defendiam o fisicalismo como uma concepção para se estudar o sistema nervoso.

Quando ingressa no serviço de psiquiatria de Meynert, Freud começa a ter sua referência fisicalista abalada. Quando vai para Paris, em 1885, assistir um curso de Charcot, ele inicialmente se depara com a clínica da Salpêtrière e com o modelo fisiológico em que a histeria era tratada. Mas apesar de se pautar na fisiologia, via a histeria não como uma simulação, mas sim como uma doença funcional na qual tinha sintomas bem definidos. A presença de uma lesão anatômica referente a certos sintomas era no século XIX, de grande importância, pois a anatomia patológica da época era pautada em lesões referentes aos distúrbios relatados (GARCIA-ROZA, 1996).

De acordo com Garcia-Roza (1996), Charcot em uma tentativa de superar o impasse da sugestão hipnótica, em que o médico obtinha um conjunto de sintomas histéricos

através da hipnose, apesar da histeria não tem a ver com o corpo neurológico, elabora a teoria do trauma. Portanto, se o trauma não seria de ordem física, surgiria à necessidade de o próprio paciente narrar a sua história para que então o médico pudesse localizar o momento traumático que ocasionasse a histeria. Mas, Charcot não previa que dessas histórias narradas, fosse possível elaborar a hipótese de uma etiologia sexual. Esse é o ponto de separação entre a investigação de Charcot e a de Freud. Enquanto Charcot nega a relação da sexualidade com a histeria, Freud considera essa relação como o ponto de partida de sua investigação (GARCIA-ROZA, 1996).

As referências fisicalistas de Freud se abalam, tanto que o mesmo rompe com o modelo de funcionamento neurológico de sua época. Nos textos sobre *As Afasias* (1891/1977) e no *Projeto para uma Psicologia Científica* (1950[1895]/1996) - apesar de já serem uma prévia para *A interpretação dos sonhos* (1900/1996)- Freud ainda utilizava um vocabulário fisicalista, evidenciado pela presença de termos como *neurônio*, *catexia* e *energia*. Em *Projeto para uma Psicologia Científica*, o autor apresenta sua referência à neurofisiologia, herança de seus professores. Mas a partir de 1900, já começa a defender uma perspectiva teórica divorciada do modelo neurofisiológico e articulada à um vocabulário extraído da influência de Franz Brentano: as referências à noção de neurônio, encontradas no texto de 1895 desaparecem e, em seu lugar, aparecem as referências ao conceito de *representação psíquica*., A presença do conceito de representação psíquica e seus desdobramentos em *representação ideativa* e *representação afetiva*, assim como o avanço do pensamento de Freud na direção de elaborar conceitos metapsicológicos para definição do funcionamento psíquico estão na base da construção de uma teoria sobre a causalidade psíquica. Ressalta-se, neste trabalho, a forma como a clínica da histeria da época – e, em especial, a gênese conversiva do sintoma histérico - colocara para Freud o problema da etiologia psíquica. Freud trabalha duas hipóteses:

1. As neuroses são produtos ideogênicos que não respondem à lógica da consciência;
2. A etiologia das neuroses reside na sexualidade.

Tais hipóteses demarcam a independência da psicanálise em relação ao fisicalismo. No marco dessas hipóteses, Freud (1910/1996) afirma que o psiquismo reage ao trauma da causa sexual por meio dos processos de recalçamento (*Verdrängung*) e rejeição (*Verwerfung*). A partir desse pano de fundo, Freud estabelece uma disciplina do diagnóstico diferencial, concebendo para a neurose a classificação de histeria, obsessão

e fobia, e já para a psicose, classificando entre paranoia, esquizofrenia (parafrenia) e mania e melancolia.

Lacan e a psiquiatria

Nos anos de 1950, Jacques Lacan (1946/1998) analisa a diretriz biológica da época para a compreensão da loucura a partir do modelo organicista elaborado por Henry Ey. Lacan aborda a questão do psíquico e do orgânico em *Formulações sobre a causalidade psíquica*. Seu argumento é que tal diretriz compromete a especificidade da pesquisa sobre a loucura (objeto da prática psiquiátrica), conforme se afasta de uma orientação epistemológica pautada na definição racional do objeto de pesquisa. De fato, ao mostrar como o organodinamismo localizou, em uma escala comum, os transtornos psiquiátricos e os transtornos neurológicos, Lacan (1946/1998) ironicamente levanta a hipótese de que resta à conduta ética na psiquiatria manter a diferença, entre ambos os transtornos, no plano meramente arquitetônico (ou o asilo ou o hospital). Ainda nesta referência, Lacan (1946/1998) debate com o organodinamismo de Henri Ey, criticando a teoria organicista da loucura. O autor ao analisar a ideia de Henri Ey de que a causa da loucura seria uma lesão cerebral, pautado no organicismo, afirma que o fator etiológico não seria de ordem organo-dinâmica, mas sim uma questão de escolha. Para o autor, a causalidade psíquica envolve elementos de escolha referentes a uma insondável decisão do ser (LACAN, 1946/1998, p. 179). Portanto, em relação ao psiquismo constata-se certa indeterminação, que deveria ser desempenhada por um ato do sujeito para que o sentido pudesse advir.

A mesma ironia de 1946 retorna no escrito *A Psiquiatria inglesa e a Guerra*, em que Lacan (1947/2003) localiza, com o final da II Guerra, a consolidação do modelo biológico como orientação para o entendimento da experiência subjetiva e a expansão da tecnologia dos psicotrópicos para a direção de tratamento do sofrimento psíquico.

Ambas as análises de Lacan (1946/1998; 1947/2003), quando confrontadas com a posição ética assumida pela psiquiatria contemporânea, se mostram ainda atuais. Neste sentido, a retomada da psicopatologia de orientação psicanalítica para a investigação do campo do diagnóstico diferencial, possibilita superar os impasses de uma psiquiatria que, em função desse divórcio em relação à teoria, reduziu a pesquisa diagnóstica ao campo descritivo e operacional.

Considerações Finais

Ao longo do trabalho, foram expostas considerações que permitem posicionar a noção de *transtorno mental*, utilizada pela psiquiatria, como uma noção que designa a

existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível e associado ao sofrimento e à disfunção pessoal. Essa noção atórica se articula à investigação em neurofisiologia no que se refere à determinação de sua causalidade, resultando em uma inversão importante: o suporte neurofisiológico passa a ser primeiro em relação ao campo do sofrimento psíquico e a forma como o sujeito se posiciona com relação ao sofrimento. Paes Barreto (2010), por exemplo, denuncia nesta inversão, que consiste em definir o transtorno pela norma social, aparelhar essa definição com a pesquisa mais recente em neurofisiologia e apresentar essa pesquisa como uma pesquisa sobre a causa do transtorno. Localizar essa inversão é central para a presente pesquisa, é muito importante a evidência de como essa pesquisa dita “recente” em neurofisiologia, na verdade, é tão antiga, advinda do século XIX.

Em primeiro lugar, ela delimita que a direção de tratamento prevista pela psiquiatria que se orienta pelo DSM, é a supressão do sintoma na medida em que o considera como um obstáculo ao prosseguimento de uma rotina de vida prescrita pelo discurso de seu tempo. Em segundo lugar, ela denuncia que as edições do DSM não solucionam o problema da direção tomada pela pesquisa diagnóstica, pois perpetuam o antigo dilema da psiquiatria entre causa e correlação resultando na escassez de uma pesquisa mais rigorosa a respeito da causalidade dos transtornos. Neste sentido, no ponto em que se identifica essa inversão, o emprego da denominação de *causalidade psíquica*, em momentos distintos da pesquisa de mestrado, cumprirá a função precisa de ser o operador de leitura da própria inversão contida na noção de *transtorno* na direção de ressaltar que esta noção padece dos esclarecimentos referentes à sua causalidade.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J. J. **O inconsciente temporalizado** (2005). Tempo da Ciência, 12, 23, p. 125-46.

BIRMAN, J. **Drogas, Performance e Psiquiatrização** (2014). In: *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ. Vol. XVII, número especial, agosto, p. 23-37.

DSM, V. **Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais** 5.^a edição. American Psychiatric Association. Editora: Artmed.

FREUD, S. **A Interpretação das Afasias: Um Estudo Crítico**. (1891/1977). São Paulo, Edições 70.

- FREUD, S. **Projeto para uma psicologia científica** (1895). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I.
- FREUD, S. **Tratamento psíquico (ou anímico)** (1905). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.
- FOUCAULT, M. **Historia de la medicalización** (1977). Educación médica y salud 11 (1): 3-25.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica** (1980). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2º edição.
- GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o Inconsciente** (1996). Rio de Janeiro: Jorge Zahar,
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina** (1975). Rio de Janeiro: Forense.
- LACAN, J. **Formulações sobre a causalidade psíquica**. (1946) In: Escritos. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p. 152-194.
- LACAN, J. **A psiquiatria Inglesa e a Guerra** (1947). In: Outros escritos, Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2003.
- PAES, B. F. **Como vejo a psiquiatria hoje? (Entre as aves e as feras)** (2010). In: Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental, p. 6. Belo Horizonte: Scriptum.