

O diagnóstico diferencial na clínica das toxicomanias

Julia Reis

Os descompassos da psiquiatria

O DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - foi elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana ao longo da década de 60 para classificar as doenças mentais em categorias diagnósticas. Podemos localizar os antecedentes desse manual nas formulações sobre o diagnóstico pela psiquiatria clássica, baseado na observação e descrição das características fenomenológicas das patologias, na localização dos sintomas por meio de exames, e por fim na determinação do agente patológico externo causador da doença¹.

A psiquiatria de orientação classificatória se consolidou na passagem do século XIX para o século XX a partir de sua organização como ciência das condutas anormais. O modelo adotado pela psiquiatria dessa época se baseava nas categorias de hereditariedade e degenerescência que reduzem as categorias diagnósticas, e a distinção entre tipos e estruturas.

Freud², na conferência "O sentido dos sintomas", se contrapôs à classificação de "degenerados" utilizada pela psiquiatria para aqueles que sofrem de sintomas como a obsessão. De modo que elaborou uma distinção diagnóstica entre neurose e psicose com base nos mecanismos de negação na neurose, *Verdrängung*, e de negação na psicose, *Verwerfung*, em outras palavras, do recalque na neurose e da forclusão na psicose. Assim, ele demonstrou que a psicanálise oferece uma compreensão do sentido e da

intenção do sintoma neurótico, e que estes podem ser tratados a partir do método psicanalítico.

Porém, a partir de 1950 o modelo biológico centrado na hereditariedade e na degenerescência começou a ser substituído pela ascensão do modelo bioquímico e pela produção das primeiras medicações antipsicóticas e antidepressivas. Com isso surgiu uma alternativa medicamentosa em relação ao tratamento psiquiátrico anteriormente oferecido aos doentes mentais, que era exclusivamente moral e hospitalocêntrico.

O DSM-III, publicado na década de 80, deu continuidade a essa orientação e tornou-se um marco da psiquiatria moderna, pois a partir dele foi elaborada uma taxonomia pluralizada das psicopatologias organizadas através de um modelo geral de regulação bioquímica do comportamento.

Até o DSM-III, a classificação diagnóstica sofreu a influência do modelo psicodinâmico e, conseqüentemente, se ancorou em classificações como neurose e psicose. Esse manual não incluiu o conceito de comorbidade, noção que desconhece a distinção diagnóstica entre neurose e psicose, por definir que uma patologia não tem necessariamente relação com outra: "se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas"³.

A partir desse manual houve um aumento progressivo das categorias diagnósticas como, por exemplo, a subdivisão da neurose de angústia em transtorno de pânico com e sem agorafobia, e transtorno de ansiedade generalizada. Sobre isso, Éric Laurent comenta que:

O efeito paradoxal do retorno da psiquiatria à medicina (...) e o avanço da biologia, é precisamente este: longe de reintegrar simplesmente a doença mental na ciência e solucionar o problema, esse retorno torna manifesta a fabricação de novas formas para o patológico (...) Vemos aparecer uma classificação estranha por sua extensão⁴.

Na mesma década da publicação do DSM-III, Jacques-Alain Miller⁵ escreveu um texto em que analisou a relação entre a psicanálise e a psiquiatria. Ele assinalou que, apesar de ambas oferecerem um tratamento para o sofrimento do qual os sujeito se queixam, havia uma antinomia entre a posição do psiquiatra e a do psicanalista. A demanda com a qual se confrontam não tem a mesma estrutura, pois enquanto a demanda com a qual a psicanálise se depara parte de uma exigência do ideal do próprio paciente, a demanda ao psiquiatra é social, e muitas vezes não parte do paciente, e sim da família, do poder público etc. O mesmo acontece em relação ao sintoma: se a psiquiatria considera o sintoma no campo do fenômeno - quer seja pela sua observação, descrição ou classificação -, a psicanálise considera que o sintoma se produz no discurso, dentro do dispositivo analítico⁶. Todavia, a psicanálise não é contra a psiquiatria, e sim contra a diluição, na psiquiatria contemporânea, dos sintomas em transtornos e das estruturas clínicas em fenômenos.

Com a publicação da versão atual do manual diagnóstico da psiquiatria na década de 90, o DSM-IV, o desaparecimento das estruturas clínicas e a conversão dos sintomas em fenômenos consolidaram-se: a classificação de histeria não se encontra nesse manual, a neurose obsessiva se converteu em transtorno obsessivo-compulsivo, e a psicose maníaco-depressiva passou a ser denominada transtorno do humor bipolar, com ou sem sintomas psicóticos. Essa organização evidenciou a dissolução da distinção entre neurose e psicose e a proliferação da classificação diagnóstica em "transtornos".

Andrés Borderías⁷ assinalou que o diagnóstico psiquiátrico é uma das possibilidades de diagnosticar um paciente, porém os diagnósticos podem ser variados, de acordo com diferentes sistemas de classificação. O autor pontuou que para dar conta das novas entidades clínicas que

diagnosticam mais de um fenômeno apresentado, a psiquiatria se utiliza do conceito de patologia dual, que deriva do diagnóstico dual - tipo característico da nosologia epidemiológica -, sendo seguido do conceito de comorbidade. Esse é um modo encontrado para definir a concomitância de duas patologias, como o consumo de drogas e um transtorno psiquiátrico. A classificação psiquiátrica atual, e mesmo algumas terapias psicológicas que seguem a orientação médico-psiquiátrica, incluem a concomitância do uso de drogas e do transtorno psiquiátrico nos transtornos de personalidade, também conhecidos como *borderlines*. Segundo Borderías: "Desta maneira se pretendeu reabsorver os efeitos segregativos gerados pela especialização monossintomática surgida na década de 70, com o surgimento dos dispositivos especializados no tratamento dos novos sintomas: violência, adições, anorexia etc."⁸.

Enquanto a psiquiatria busca classificar as patologias contemporâneas através da formulação do DSM-V, a psicanálise de orientação lacaniana apresentou desde 1996, através do *Conciábulo de Angers* intitulado "Efeitos de surpresa na psicose", um acréscimo à teoria diante da nova apresentação sintomática dos sujeitos na atualidade⁹. Nas discussões seguintes, *A Conversação de Arcachon* e *A Convenção de Antibes*, constatou-se o quanto a psicose pode ser mais frequente do que nos fazia supor o diagnóstico categorial que a define pela ausência do significante Nome-do-Pai. Dessa forma, formulou-se a noção de *psicose ordinária*, para dar conta de uma psicose não-desencadeada e de uma clínica continuísta pautada nas amarrações que cada um faz de acordo com sua estrutura.

O diagnóstico diferencial na clínica das toxicomanias

Diante da quantidade cada vez maior de pessoas que fazem uso de drogas - apesar de uma demanda reduzida desses

pacientes, tanto ao consultório particular quanto nas instituições de tratamento -, o analista deve estar atento a determinadas particularidades da clínica das toxicomanias.

Caso se baseie nos fenômenos, o profissional de saúde pode classificar um usuário de drogas na categoria diagnóstica do transtorno bipolar do humor devido à euforia, à irritabilidade, e mesmo à agressividade causada pelo uso da cocaína, e por outro lado, pela depressão decorrente do uso de maconha. Do mesmo modo, pode até mesmo fazer um diagnóstico precipitado de psicose a partir dos fenômenos alucinógenos decorrentes da intoxicação. Desse modo, depreendemos que as toxicomanias são fenômenos, ou seja, são modos de gozar que velam a estrutura que comporta o sintoma.

Assim, a direção de tratamento aponta para a localização da função que o objeto-droga tem para cada sujeito, ou seja o objeto sintetizado pela ciência, na medida em que a droga pode funcionar como uma invenção para se desembaraçar da castração, e como suplência diante da falência do significante Nome-do-Pai.

Nossa prática clínica com o usuário de substâncias revela que a intoxicação mascara as estruturas clínicas e pode, desse modo, dificultar o diagnóstico diferencial. Por isso, a distinção entre fenômeno e estrutura é fundamental porque direciona o manejo clínico. A partir de "A negativa" de Freud¹⁰, e com os devidos acréscimos teóricos introduzidos por Lacan, o diagnóstico se pauta na distinção entre a neurose e a psicose: enquanto que na primeira a *Bejahung*, a afirmação primordial promove o acesso ao simbólico, pois afirma a existência do ser castrado, na segunda a *Verwerfung* marca a rejeição ou foraclusão desse registro, na medida em que o sujeito não reconhece um significante responsável pela ordem fálica.

Carolina Zaffore¹¹, em seu artigo intitulado "Diagnóstico de psicose e consumo de drogas", apresentou alguns pontos que podem nos orientar no diagnóstico diferencial. Segundo ela, o primeiro ponto consiste em localizar os limites de certas psicoterapias para que possamos propor uma perspectiva distinta. Diferente de uma psicoterapia de apoio - cujo tratamento se caracteriza pela indiferença em relação ao diagnóstico na direção do tratamento -, o psicanalista orienta sua prática clínica a partir da pergunta acerca da função específica da droga para cada sujeito. A partir da consideração de que a toxicomania não é uma estrutura, o método analítico promove a escuta do que leva cada sujeito a recorrer à droga e quais são "as marcas singulares da história de um sujeito que serão imprescindíveis para chegar a um diagnóstico sob transferência"¹².

Na neurose, o recurso à droga promove uma ruptura com o gozo fálico, sem, contudo, haver foraclusão do Nome-do-Pai¹³. O toxicômano, ao se fixar no objeto-droga recusa o saber do inconsciente e a inexistência da relação sexual, de modo que se torna difícil a invenção de um semblante que o proteja da compulsão a se drogar e do real que daí advém. Isso caracteriza a monotonia do gozo apresentada por esses sujeitos.

Na psicose, a foraclusão do Nome-do-Pai e a não-inscrição do significante fálico têm como efeito a escassez de recursos simbólicos para tratar o real, que se torna invasivo. O objeto-droga se coloca, então, como possibilidade de um tratamento do real. Supostamente a droga pode ter para o psicótico a função de amarração, ainda que frágil, dos três anéis R, S, I, evitando que eles se soltem. Apesar de não ser um nó borromeano do tipo clássico - ou seja, a amarração que encontramos mais frequentemente na neurose a partir do significante Nome-do-Pai -, o objeto-droga possibilita uma forma de

estabilização através da identificação ao significante 'sou toxicômano', e permite um laço social, ainda que precário, com o Outro¹⁴. E dizemos *precário* porque deixa o sujeito no limite da passagem ao ato na direção do tratamento, e também porque é essa identificação com o significante toxicômano que deverá ser trabalhada, ou melhor, substituída pelo que, do sintoma, poderá servir como amarração.

A orientação do diagnóstico em psicanálise não se baseia nos efeitos que a substância tóxica tem sobre o quadro clínico do paciente - conforme sugere a classificação psiquiátrica de transtorno por uso de substância -, e sim na clínica que evidencia a presença de um real irreduzível ao simbólico. Dessa forma, diferente do tratamento do real pelo objeto da ciência, a psicanálise proporciona um tratamento do real pela fala. A psicanálise propõe como direção de tratamento a oferta de um espaço onde a partir da fala o sujeito pode se descolar do significante social que o nomeia como "toxicômano".

Um ponto fundamental na direção de tratamento de psicóticos que fazem uso de drogas é a questão do manejo transferencial, que cria a possibilidade de construção de novos laços sociais e novas amarrações. É um trabalho cuidadoso na medida em que não se trata de exigir a abstinência do uso de drogas, que pode levar a um surto psicótico. Trata-se de partir da pergunta sobre a função da droga para cada sujeito, de modo a possibilitar um trabalho a fim de reconstruir sua história, sua envoltura narcísica e seus laços sociais.

A complexidade da clínica das toxicomanias evidencia, então, que é pelo viés da singularidade, do "cada caso é um caso", que se pode tratar o toxicômano e buscar colocar um limite à deriva sem fim do gozo, possibilitando ainda a construção de um laço que faça alguma amarração alternativa àquela obtida com a droga.

¹ Henschel de Lima, C. (2010). "Diagnóstico diferencial e direção do tratamento na atualidade: do DSM-IV à psicanálise". In *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1 (62). Disponível em: <http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/557>. Acesso em: 10 de março de 2010.

² Freud, S. (1996[1916-1917]). "Conferências introdutórias sobre psicanálise". In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago Editora, p. 268.

³ Matos, E. (2005). "A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica". In *Revista Psiquiatria*, 27 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2010.

⁴ Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Três Haches, pp. 8-9.

⁵ Miller, J-A. (1997[1981]). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 121.

⁶ Idem. *Ibidem*, pp. 122-124.

⁷ Borderías, A. (2005). "Clases, etiquetas, nominaciones: contribución al debate sobre 'patología dual'". In *Pharmakon* (10). Belo Horizonte: TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, pp. 173-176.

⁸ Idem. *Ibidem*, p. 177.

⁹ Laia, S. (2009). "A psicose ordinária como programa de investigação". In *Arquivos na biblioteca* (6). Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, p. 135.

¹⁰ Freud, S. (1996[1925]). *A negativa*. Em *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora.

¹¹ Zaffore, C. (2005). "Diagnóstico de psicose e consumo de drogas". In *Pharmakon* (10). Belo Horizonte: TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, pp. 38-42.

¹² Idem. *Ibidem*, p. 39.

¹³ Naparstek, F. (2005). "Toxicomanía y el diagnóstico actual". In *Pharmakon* (10). Belo Horizonte: TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, p. 10.

¹⁴ Idem. *Ibidem*, p. 11.