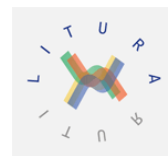


O ENRIQUECIMENTO DA CLÍNICA

(O homem e os sujeitos)

Marcus André Vieira



Texto redigido a partir de apresentação na mesa redonda “O empobrecimento da clínica psiquiátrica – impasses e saídas”, III Congresso Mineiro de Psiquiatria - Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, outubro de 2005.

Palavras-Chave: clínica, sujeito, objeto, Lacan.

O título que nos reúne, *O empobrecimento da clínica psiquiátrica*, é decididamente ousado e politicamente definido. Seria apenas uma constatação? Não. Ele é uma tomada de posição: afirma, indica, critica.

Um caminho relativamente fácil seria tomá-lo como uma denúncia – dos efeitos da difusão global dos monopólios da subjetividade “DSMzada”, dos sofrimentos numerados e das escalas vazias. Neste sentido, implicaria em uma atitude política: “é preciso lutar contra o empobrecimento”, diríamos então. Mas como? Contra quem? Que bandeira levantar e contra que adversários?

Ele pode também ser lido como um lamento. Nesta afirmação ecoaria toda nostalgia de uma ou várias gerações que foram descrendo progressivamente do sagrado no ato médico - por falta de opções ao longo de trabalhos pesados demais (com orientação de menos) até que se viram prescritores, sem mais. Por trás do lamento, a queixa. Queixa-se, sempre, quem perdeu - quem perdeu, sobretudo, o norte para reverter a situação, a causa para uma cruzada que, assim, dormita à espera.

Partimos, assim, da certeza de que algo vai mal, de que algo se empobrece e morre. Não há dúvida: ou bem a convicção da pobreza, ou bem apenas estar em dia com a “literatura” de consenso (que define as condutas mais consensuais sem ligar a mínima para “riqueza” ou “pobreza”). O difícil, creio, é formular o que se perdeu neste empobrecimento sem partir para uma guerra santa ou o lamento passadista.

O problema, quando se parte para a guerra santa é que não há inimigos do outro lado. Quem recusaria a ciência e seus artefatos técnicos? A oposição homem e máquina, subjetivo e objetivo, social e biológico, etc, etc, em nossos dias de globalização do mercado e da técnica científica será sempre relativa. Ela em nada nos ajuda, apesar de tão vigorosa em nossos corações. As paixões que ela nos engendra, da ira à melancolia, não nos levarão muito longe, pois nos levam apenas a invadir ou prantear fortalezas vazias.

Como, então, definir este empobrecimento? É preciso exatamente, para começar, realizar que ali se esconde o fim da possibilidade de um padrão geral de definição. Não temos mais parâmetros universais para definir o que é rico e o que é pobre na abordagem do sofrimento humano. Não adianta buscá-los. Estamos, em tempos do fim dos ideais, da morte do homem como medida de nossa ação. O humanismo se separou do trabalho clínico e terapêutico atuais. Basta ver como a OMS mudou sua definição da saúde. Ela não fala mais em “restaurar a saúde”, porque não há mais uma situação global de bem estar que serviria como parâmetro. Por isso ela fala em “promover a saúde”, seja como for o caso para cada caso, definindo-se esta promoção em virtude das melhorias mais consensuais para cada contexto. Por trás dessa mudança pode-se ler a queda do homem, equilibrado, saudável ideal, como norte clínico.

É possível uma clínica sem homem? A prática médica tem se esmerado em trabalhar no sentido de diagnosticar e tratar com base exclusivamente no que se tem chamado de “evidências”, ou seja, escalas, exames e seus resultados. Diante dessa medicina que se constitui em sintonia com a exigência de eficácia e rendimento generalizado de nossos dias e que troca o indefinível do prazer e da dor pela estatística dos questionários, o humanismo será sempre uma extravagância empoeirada.

Algumas alternativas têm se apresentado para compensar a falta do homem como ideal norteador promovendo neste lugar o ser humano como ser social. Promover uma maior autonomia ou maior mobilidade no coletivo social são porém, temas difíceis de sustentar como parâmetros clínicos diante da indústria do bem-estar, que propõe a cada esquina o fim da dor e o “empoderamento” do prazer. Isso é ainda mais verdade em razão do paradoxo inerente à estas noções, pois se o homem só “é” no social, tanto mais indivíduo será quanto mais laços tiver e tanto mais independente quanto mais relações de dependência estabelecer.

Finalmente, para encerrar este curto mapeamento do problema, se o humanismo só nos leva hoje à nostalgia ou à guerra santa, se vamos desistir do homem como norte para a clínica, é preciso também abrir mão da noção de sujeito, ao menos quando usado como primo psicanalítico do “indivíduo” ou da “subjetividade”, oposto à objetivação científica ou biológica.

Partiremos, então, da noção de sujeito tal como a fórmula Jacques Lacan. Ela não é em nada próxima a de homem ou subjetividade. Para Lacan o sujeito é o que não cabe; é evanescente e vazio, estranho e indefinível.

Inapreensível, este sujeito pode, no entanto, se apresentar. A própria clínica pode ser definida, como o faz Miller, a partir do encontro com este imponderável. Não estou falando do encontro de corpos, mas do encontro tal como um esquizofrênico encontra sua voz no ar, em uma dimensão estranha, mas extremamente sua, que Lacan chamou de real. A clínica decorre de um encontro, segundo a definição de Lacan, com o real como impossível de suportar.

Fica claro que não há monopólio do sujeito pela psicanálise, já que, neste sentido, toda clínica é clínica do sujeito. Além disso, entendido como furo, como o que não funciona no homem, o sujeito nos permite definir o que chamamos hoje de empobrecimento da clínica. Mesmo sendo um ser deduzido, um ser de subtração, ele pode ser subtraído da conta. É possível hoje tocar um hospital ou serviço de cuidados sem levar em conta os furos do sistema de gestão. Não é que eles não existam, mas podem ser continuamente descartados. De fato, nossos dias demonstram a insuficiência de crenças do tipo “se você ignorar o sujeito ele retornará pela janela”. Não é que ele não retorne. Podemos ter certeza de que cada histórica diagnosticada como portadora de fibromialgia em uma consulta de dez minutos baterá à porta de outro médico. Ela ficará, porém, eternamente presa da ciranda de prescrições sem que o sistema em que está enredada precise se deparar com seu sintoma como objeção intransponível. Apenas se discutirá o déficit da previdência e se tomará medidas no plano macroeconômico, não mais no clínico. De forma análoga, a psicose será despachada por condutas standards quando dócil e contida pelas medicações e pelas cingulotomias, quando refratária.

Essa subtração da subtração, foi assinalada por Lacan como passo decisivo da ciência, denominando-o foraclusão do sujeito. O termo visa marcar algo que saiu do mapa e que não fará seu retorno simplesmente porque foi novamente chamado. Só há reinscrição do sujeito, a psicose nos ensina, mediante catástrofe e reconstrução.

No sistema atual de saúde o sujeito está foracluído. Não é só que o médico não o ouve mais, é que ele não se apresenta mais na queixa. O pedido de ajuda tem se tornado mais

um “faça parar” do que um “há algo errado comigo”. O sujeito tem desertado dos sintomas que nos são endereçados. Ele terá que ser surpreendido em algum lugar da constelação de médicos, terapeutas e gurus de auto-ajuda que hoje cercam e dividem a atenção de cada paciente.

Dessa forma, em nossos tempos o sintoma ganha nova conotação. A idéia do sintoma como ruptura e da cura como retorno ao estado anterior, perde lugar. A clássica definição de saúde como “silêncio dos órgãos”, de Leriche, perde utilidade. Erradicar o sintoma já não é mais parâmetro seguro em tempos de identificação com o sintoma como solução de vida (tal como nos AAs), de uma política de “redução de danos” que promove a substituição das drogas de fazem sintoma em lugar de sua eliminação. O sintoma passa a ser uma identidade, um modo de vida (cf. Laurent, E. “A política do sintoma”, in: *Ciudades analíticas*, Buenos Aires, Manatíal, 2004).

Lacan, especialmente nos últimos anos de seu ensino, promoveu uma reformulação do conceito de sintoma em consonância com os tempos atuais de DSM e AAs que tem sido destacada por Jacques Alain Miller (cf. Miller, J. A. “O último ensino de Lacan” *Opção lacaniana*, vol. 37, São Paulo, 2003). O sintoma, sob esta perspectiva, tem como núcleo um modo de satisfação singular. Ele é uma função deste modo de gozo e não um corte com relação a ele.

Podemos, assim, em vez de opor sintoma e sujeito, buscar o ponto de singularidade de cada sintoma, mesmo os mais aparentemente universais, produzidos em escala industrial pelos “Fantásticos” da vida. Afinal, nenhum deprimido é igual ao outro, mesmo que tenhamos de pescar o sujeito da cada depressão muitas vezes tendo como ponto de partida uma pobre descrição de sinais obtida em uma revista de grande divulgação acompanhada de “eu descobri que sou isso, trate-me como se deve”.

É o que chamaria de “singularizar o sintoma”. Neste sentido trata-se de enriquecer o sintoma com o sujeito. Enriquecimento, aqui, deve ser entendido no sentido do enriquecimento do urânio, que o torna instável e pronto para a fissão (da identificação de massa que o sustentava até então). Dessa forma, onde o DSM propõe uma universalização do sintoma sem perguntas (só respostas) sobre a causa, podemos propor uma singularização do sintoma pela inclusão de uma questão sobre a causa.

Isso significa que ao louco será dada uma chance de construir um sintoma; que ao deprimido serão exigidas implicações; ao obeso mórbido, falas; às anoréticas, espelhos; às crises, soluções. Depende de nós estarmos à altura do desafio de permanecer como convivas no banquete da clínica, que do Mac Donald’s ao *Le gourmet* tem tudo para continuar nos enriquecendo por muito tempo.