

## **O corpo e o risco: a atualidade de "o lugar da psicanálise na medicina"**

*Adriano Aguiar*

Quando comecei a pensar no que escrever para apresentar aqui hoje<sup>1</sup>, evidentemente a primeira referência que me veio à cabeça foi o texto de Lacan "O lugar da psicanálise na medicina"<sup>2</sup>. Impressiona como em apenas um parágrafo bastante condensado, Lacan conseguiu vislumbrar o essencial do que seria uma certa transformação na medicina, que hoje aparece de forma bastante clara para nós, e como essa mudança se articula com as transformações do mundo em que vivemos. Não por acaso, Lacan inicia a sua intervenção apontando que naquele momento (1966) uma redefinição da democracia estava em curso, anunciando que no futuro o mundo seria estruturado de outra maneira. Que Lacan tenha dito isso em uma conferência sobre a medicina, só confirma sua percepção aguda do lugar central que esta ocupa na subjetividade de cada época. Dito isto, apresento-lhes logo o parágrafo ao qual me refiro:

É no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de um mundo científico, que provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, o médico encontra-se face a novos problemas. Quero com isto dizer que o médico nada tem de privilegiado na organização desta equipe de peritos diversamente especializados nas diferentes áreas científicas. É do exterior de sua função, especialmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões, para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas. (...) O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, mas ele está submetido ainda a outros chamados. O mundo científico deposita em suas mãos o mundo infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e

pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova. Onde está o limite em que o médico deve agir e a quem deve responder? A algo que se chama demanda?

Não comentarei esse parágrafo ponto por ponto. Prefiro desenvolvê-lo trazendo o trabalho de outros autores que se dedicaram especificamente à história da medicina, para fazer vibrar as ressonâncias do texto de Lacan com o que há de mais atual na sociologia da medicina. Vocês facilmente perceberão como tudo já estava lá, nesse pequeno parágrafo da conferência de Lacan.

Um autor, cujo trabalho é um pivô essencial na articulação da medicina atual - mais especificamente da psiquiatria - com as transformações do mundo contemporâneo é o sociólogo francês Robert Castel, falecido este ano. Como vocês sabem Castel é uma referência importantíssima para a reforma psiquiátrica brasileira. Embora seus livros mais conhecidos no campo da saúde mental sejam "A idade de ouro do alienismo", sobre a história da psiquiatria manicomial, e "O psicanalismo", que é uma crítica à psicanálise típica dos anos 70, o livro de Castel que me interessa aqui é um pouco posterior e menos conhecido, porém atualíssimo e apresenta reverberações incríveis com o tema do nosso próximo ENAPOL. Trata-se do livro "A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise"<sup>3</sup>, publicado em 1981.

Nesse livro, Castel conseguiu descrever em seus primórdios a emergência da mudança estrutural que transformaria radicalmente nossa relação com os corpos no século XXI. Antes mesmo que se pudesse falar em globalização, Castel percebeu que o cruzamento do neoliberalismo com o advento tecnológico dos computadores, favorecia uma certa transformação na perspectiva de controle e vigilância dos corpos e da vida, que mudaria a estrutura do Outro social. Passaríamos de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle<sup>4</sup>, como nomeou

Deleuze, 10 anos depois de Castel, a partir da mesma linhagem teórica.

É preciso salientar que, evidentemente, Castel não fala nem de estrutura, nem de grande Outro. Mas, com a inflexão que Miller deu à leitura dos autores pós-foucaultianos sobre o mundo atual, no texto "Intuições Milanesas"<sup>5</sup>, reconhecendo na sociedade disciplinar e na sociedade de controle as estruturas lacanianas do *todo* e do *nãotodo*, justifica-se falar assim entre nós. De fato, a leitura de Miller sobre Foucault e os autores que o seguiram enriquece, e muito, pois com ela podemos passar de uma visada político-sociológica, para uma pegada propriamente clínica sobre o mundo atual, articulando as transformações da cultura com a estruturação do sujeito. Na leitura de Miller, clínica e política se articulam, deixando para trás as críticas que Foucault, Deleuze, Castel e outros fizeram à psicanálise por só conhecerem sua versão angloamericana ou só enxergarem em Lacan um estruturalismo formal universal que independe da história. Miller retoma o aforismo laciano "o inconsciente é a política" para, numa vassourada só, deixar para trás essas críticas, qualificando o inconsciente como transindividual, o que, segundo ele, já estava lá mesmo em Freud na definição do *Witz*, ou seja, no dito espirituoso que encontra seu reconhecimento e satisfação no Outro. Segundo Miller, o aforismo "o inconsciente é a política" transporta o conceito de inconsciente para fora da esfera solipsista, inserindo-o na Cidade, fazendo-o depender da História.

Dito isso, podemos voltar ao livro do Castel. Qual é a novidade que encontramos ali? O que ele percebeu, descreveu e teorizou foi que o cruzamento histórico do neoliberalismo emergente no final de década de 70, com as novas possibilidades trazidas pelo surgimento dos computadores implicaria em outro tipo de relação com os corpos e com a vida, diferente daqueles descritos por Foucault como chave

de leitura da modernidade - a sociedade disciplinar. Como vocês sabem, para Foucault, as técnicas disciplinares, que encontramos distribuídas por todas as instituições sociais, família, escola, trabalho, exército, etc. apresentam certa homologia estrutural entre si, que se caracteriza por uma organização verticalizada, hierárquica, que tem como objetivo implementar uma "anatomopolítica dos corpos". As normas sociais são impostas aos corpos individuais, tendo como resultado a produção de "corpos dóceis", como diz Foucault<sup>6</sup>.

Por isso, Castel enxergava nos movimentos "libertários" dos anos 60 e 70 um deslocamento da política para o corpo. Contra a "velha" política animada por estratégias globais, centralizadas, partidárias, sindicais, etc., os movimentos em torno de maio de 1968 eram animados pelo que se chamou de lutas setoriais. Estas buscavam levar o enfrentamento político a novas instituições como hospitais, prisões e estabelecimentos pedagógicos, nas quais o tema da denúncia apontava imposições hierárquicas e todo tipo de repressão. Esse desdobramento se estendia até o próprio sujeito da estratégia de libertação: combate contra alienações cotidianas, coerções difusas, lutas das minorias, movimento *gay*, feminismo, etc. O corpo tornava-se o último palco onde se perseguia a repressão e onde deviam ser detectados os traços do poder.

O que Castel, já naquela época, procura fazer seus leitores perceberem é que no limite, essa extensão do conceito de política deixaria como resto apenas uma política do indivíduo, e a subjetividade liberada logo se encontraria sem confrontação, não tendo mais outro objetivo senão sua própria cultura. Estávamos mergulhando, diz ele, em um narcisismo coletivo que busca nada mais do que extrair uma mais valia de gozo ou eficiência dos corpos enfim liberados.

Ora, o que o sociólogo queria mostrar e hoje é bastante evidente, foi que o processo de liberação derrapou, sendo capturado por outras estratégias. O sistema se modernizou e passou a adotar estratégias cujas funções não podem mais ser desvendadas apelando para as velhas categorias de hierarquia, coerção, repressão, etc. Os desdobramentos da medicina mental através de três frentes inéditas garantiria a renovação das suas estratégias, articulando a medicina menos ao poder patriarcal do Estado do que ao poder *nãotodo* do capitalismo neoliberalizado. Essas três novas frentes da medicina seriam o que Castel chamou de: 1) retorno do objetivismo médico, na qual reconhece a psiquiatria biológica insurgente (lembrem que o DSM-III foi publicado em 1980); 2) gestão das populações de risco, identificando nas avaliações estatísticas uma nova fórmula de gestão do social, que não passa pela vigilância direta, hierárquica, corpo a corpo; e por fim 3) técnicas de intensificação do "potencial humano", que estão na raiz do que hoje podemos reconhecer como terapias cognitivo comportamentais e de auto-ajuda.

Temos assim uma rearticulação do campo da medicina mental que implica não apenas uma nova estrutura de poder, mas também um novo modelo de doença. Duas anedotas ilustram bem essa transformação. Na primeira, o médico diz ao paciente: "sua pressão está alta, você está acima do peso, fora de forma e com níveis elevados de colesterol. Em suma, perfeitamente normal". Esse é o modelo tradicional, individual de saúde e de doença. De acordo com esse modelo, a saúde é o silêncio dos órgãos, e o sintoma aquilo que interrompe o curso normal da vida, fazendo o paciente procurar o médico, que aqui tem um papel central. Ele próprio colhe a história, examina o paciente, faz o diagnóstico e prescreve o tratamento, que é sobretudo ele mesmo, tal qual Balint ressaltava. Quando o tratamento traz de volta a saúde ao paciente, ele é interrompido e o

paciente volta a seguir sua vida normalmente até que outra doença apareça.

Não é mais assim que a medicina funciona. A medicina atual não se ocupa apenas das doenças quando elas impedem o funcionamento normal dos organismos. Ela se encarrega de um monitoramento constante dos fatores de risco que abarcam dimensões cada vez mais extensas das nossas vidas. O médico de hoje diria ao paciente: "tenho duas notícias. A primeira é que seus níveis de colesterol continuam os mesmos. A segunda é que o *guideline* (protocolo) mudou". Trata-se de um novo conceito de doença, na qual a normalidade é praticamente impossível. Mesmo que não apresente nenhum sintoma, estamos o tempo todo vigilantes, tendo que controlar constantemente os parâmetros biológicos do nosso corpo para administrar os diversos fatores de risco aos quais estamos submetidos. O pior é que os limiares para o que é considerado risco de alguma doença se tornam cada vez baixos, mais inclusivos. Passamos de um modelo de doença individual, para um modelo de doença estatístico, de massa, no qual é a indústria farmacêutica que estabelece, a partir dos ensaios clínicos que ela financia e realiza, os parâmetros a partir dos quais passamos a ser considerados preventivamente "doentes", independente da opinião do nosso médico. Este está submetido ao mesmo saber "anônimo" dos *guidelines*, que define a doença do paciente independentemente de haver sintoma. O risco de doença, definido a partir de variáveis biológicas passa a ser uma doença em si. Fazemos como os doentes crônicos. Vamos ao médico, tomamos medicamentos e vigiamos os parâmetros, que se deslocam a cada novo *guideline*, ampliando cada vez mais o espectro da medicalização.

Pesquisas recentes mostram que nos EUA cerca de 15% dos jovens até o *high school* fazem uso de ritalina, o que escandaliza a todos. Mas ao mesmo tempo as pesquisas também mostram que há muitos casos de "TDAH" não diagnosticados na

sociedade, "um problema de saúde pública". Hipermedicalização ou subtratamento da população? Temos as duas coisas, numa lógica própria do discurso capitalista que conjuga o excesso com a produção da falta. O capitalismo se mistura às instituições estatais de saúde e universitárias, vestindo o disfarce do antigo discurso do mestre, no qual a saúde é vista como um custo social a ser reduzido. Assim, a indústria farmacêutica financia e ajuda a promover campanhas públicas de detecção de doenças subdiagnosticadas, segundo as pesquisas. Mas do ponto de vista do discurso capitalista e dos interesses da indústria farmacêutica, cujo compromisso maior não poderia deixar de ser com seus acionistas, a saúde é apenas mais um mercado a ser expandido, *ad infinitum*.

Há cerca de 35 anos atrás, o principal executivo da empresa farmacêutica mais conhecida do mundo fez um comentário visionário. Quando estava para se aposentar, Henry Gadsden, executivo chefe da Merck, disse em uma entrevista para a revista *Fortune*, que um de seus principais desapontamentos era que o mercado potencial de sua empresa estava limitado às pessoas doentes. Seu sonho era que a Merck pudesse vender remédios para todos<sup>7</sup>. Três décadas depois a fantasia de Gadsden se tornaria bem próxima da realidade. Vince Parry é um dos profissionais mais requisitados na área que hoje é considerada como uma das mais inovadoras no mundo do Marketing: vender medicamentos para quem não necessita. Em um artigo que se tornou célebre, com o sugestivo título de "*The Art of Branding a Condition*", ele apresenta a área na qual é especialista. Segundo ele, normalmente o conceito de *branding* está relacionado a criar ou modelar ideias. No entanto, segundo Parry, a indústria farmacêutica conseguiu elevar o *branding* a um patamar acima e inteiramente novo, ao fazer o *branding* não do produto, mas sim de uma doença ou de uma condição clínica que um medicamento supostamente

poderia tratar. Ou seja, são técnicas sofisticadas de marketing para promover na mídia doenças passíveis de sofrer uma modelagem conceitual, que permita alargar as suas fronteiras e expandir o mercado consumidor. Segundo ele a área da medicina mais suscetível a este tipo de estratégia é a psiquiatria. Eu cito:

Nenhuma categoria terapêutica é mais suscetível ao *branding* do que o campo da ansiedade e da depressão, onde a doença é raramente baseada em sintomas físicos mensuráveis sendo, portanto, aberta à redefinição conceitual. Assistir o Manual de Diagnóstico e Estatísticas dos Transtornos Mentais (DSM) inflar como um balão ao longo das décadas, até adquirir suas dimensões atuais de lista telefônica, poderia nos fazer pensar que o mundo é um lugar mais instável hoje do que antes. Na realidade, o número crescente de condições emocionais identificadas, resultou da desmontagem dos problemas em suas partes componentes para torná-las mais acessíveis ao tratamento. Não surpreendentemente, muitas dessas novas condições foram cunhadas pela indústria farmacêutica através da pesquisa, da publicidade ou de ambos<sup>8</sup>.

A única retificação que eu faria nessa observação é quando ele diz que o aumento das categorias do DSM não tem nada a ver com vivermos em um mundo mais instável. Isto seria desconhecer a articulação que há entre as transformações da ordem simbólica e seus efeitos no real. Esta é uma diferença fundamental entre a perspectiva dos teóricos do construtivismo social e a perspectiva lacaniana. Para Lacan o simbólico não é apenas mais uma "narrativa" sobre o real. É certo que nos termos do *Seminário 18*, Lacan afirma que "tudo que é discurso só pode dar-se como semblante". Mas quando alguém do seu auditório interroga se ele seria um idealista, do ponto de vista filosófico, Lacan se apressa em esclarecer: "Se há alguma coisa que eu sou, está claro, é que não sou nominalista. [...] Não se trata de sermos realistas, [...] mas de assinalarmos isto: que nosso discurso, nosso discurso



científico, só encontra o real na medida em que depende da função do semblante".

Para Lacan a linguagem não é algo que sirva apenas para representar o real como pensam os realistas. O simbólico não espelha a Natureza, para evocar o título mais célebre de Rorty<sup>9</sup>. De fato, não foi preciso nem esperar suas observações sobre Wittgenstein no *Seminário 17*, para que Lacan reconhecesse na linguagem uma pragmática. Desde o *Seminário 5*, ele já assinalava que a palavra só faz sentido para quem é dá paróquia. *Meaning is use*, portanto. Mas por outro lado, os jogos de linguagem próprios de cada período histórico, nunca aprisionam a totalidade da verdade, que só pode ser semidita, pois não é totalmente descolada do real. Estamos então entre o realismo e o nominalismo, como diz Eric Laurent<sup>10</sup>. Quer dizer, para Lacan a verdade não está nem no simbólico nem no real, mas advém no que o simbólico toca o real.

Nesse sentido, retomando meu fio da meada, podemos dizer que os nomes que o discurso científico oferece através dos diagnósticos psiquiátricos do DSM, apesar de serem efeitos da manipulação marqueteira da indústria farmacêutica, só nos pegam da maneira que pegam porque vivemos em um mundo mais instável. Há uma certa instabilidade do real no mundo atual que é efeito da ordem simbólica que o sustenta. Com a vacilação do Nome-do-Pai na cultura, a inconsistência do Outro se apresenta de forma difusa, não localizada, manifesta na fragmentação dos discursos. Nesse sentido, a orientação lacaniana ensina que a função do Nome-do-Pai, quando falta, vem revelar que ela recobre um vazio que não é transcendente, mas infinito. O Nome-do-Pai é na linguagem a ferramenta pela qual se pode circunscrever algo do gozo infinito, tornando-o localizável, operação que permite ao ser falante constituir um corpo, ter um corpo.

Assim, no mundo *nãotodo* de hoje, as normas sociais nem sempre conseguem fazer com que os corpos se insiram em usos padronizados<sup>11</sup>. Estamos todos, de certo modo, mais sujeitos a ter que constituir um corpo sem um discurso pré-estabelecido, como dizia Lacan a respeito da dificuldade do esquizofrênico. Por isso falamos em loucura generalizada, em psicoses ordinárias. Trata-se de um ambiente mais fragmentário, no qual as palavras e os corpos se encontram separados, exigindo o que Miller chamou de invenção ou bricolagem por parte do *falasser*, para uni-los e constituir um corpo com os signos e significantes encontrados dispersamente na cultura. Se na ordem disciplinar o Nome-do-Pai como ponto transcendente, fora da curva, fundava todas as linhagens possíveis, absorvendo a diversidade dos pais tomados um por um, no mundo de hoje encontramos a decomposição e a recomposição dos Nomes do Pai, *à la carte*, como diz Eric Laurent<sup>12</sup>. Nesse contexto, a linguagem da biologia e as intervenções da medicina encontram um lugar privilegiado, na medida em que dão consistência aos corpos e, especialmente no caso da psiquiatria e do DSM, operam a junção das palavras com os corpos pelo viés específico e privilegiado do sintoma.

Não é à toa, portanto, que os laboratórios farmacêuticos se esmeram, no que eu chamaria, evocando agora os termos de Lacan no parágrafo que destaquei, de fabricação industrial da demanda. A função do médico, agora reduzida à de mero agente distribuidor, complexifica de maneira singular o problema da toxicomania, implicando a urgência de um reposicionamento ético, também apontado por Lacan naquele texto. A maior prova disso é o fato do próprio criador do DSM-IV, Allen Frances, ter se tornado o principal crítico do DSM-5, que será lançado no mês que vem. E com suas palavras eu caminho para a parte final da minha intervenção:

Minha motivação para assumir essa tarefa desagradável é simples - evitar que o DSM-5 promova uma inflação geral de diagnósticos que resultará na rotulagem errônea de milhões de pessoas como portadoras de transtorno mental. Rotular alguém com um diagnóstico impreciso de transtorno mental, muitas vezes resulta em um tratamento desnecessário com medicamentos que podem ter efeitos colaterais muito prejudiciais. Entrei na controvérsia do DSM-5 só porque eu tinha aprendido lições dolorosas trabalhando na elaboração dos três DSMs anteriores, vendo como eles podem ser mal utilizados, com graves consequências inesperadas. Parecia irresponsável ficar à margem e não apontar os riscos evidentes e substanciais colocados pelas propostas do DSM-5<sup>13</sup>.

Abre-se assim, neste ano de 2013, uma lacuna histórica fundamental para a psicanálise. Aqueles que conhecem essa história hão de lembrar que o DSM-III, surgido em 1980, foi um dispositivo inventado por um grupo de psiquiatras americanos, para alinhar a psiquiatria ao funcionamento do restante da medicina, dando um braço ao discurso científico e outro ao discurso capitalista. No fundo, a motivação do projeto "ateórico" e "descritivo" do DSM, era varrer para o limbo da história a invenção freudiana para tentar eliminar, de uma vez por todas, a bastarda extraterritorialidade da psiquiatria no seio da medicina.

Foram quase bem sucedidos na empreitada. Porém, não se deram conta de que o capitalismo tem íntima relação com o gozo e que, nessa aliança mortífera, seria a própria psiquiatria que se tornaria uma "espécie em extinção", título de um artigo recente da *World Psychiatric Association*<sup>14</sup>. Não por acaso, David Healy, psiquiatra inglês de renome internacional, declarou no último congresso da APA que a psiquiatria está cometendo "suicídio profissional", ao abrir os braços para a indústria farmacêutica como vem fazendo<sup>15</sup>. Nada disso escapou a Lacan, que nesta conferência alertava seus colegas médicos que, dentre os riscos em jogo, estava certamente o desaparecimento da função do médico:

Em nome de quê os médicos deverão o direito ou não ao nascimento? Como eles responderão às exigências que convergirão bem rapidamente para as exigências da produtividade? Pois se a saúde torna-se objeto de uma organização mundial, vai tratar-se de saber em que medida ela é produtiva. O que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado desta empresa universal da produtividade?<sup>16</sup>.

A recomendação de Lacan para responder a esse desafio, poderíamos resumi-la assim: um olho na demanda, o outro no gozo do corpo. Pois para ele, a posição que pode ocupar o psicanalista é a única de onde o médico pode sustentar algo da originalidade da sua função.

---

<sup>1</sup> Este texto foi apresentado verbalmente em uma mesa redonda sobre medicina e psicanálise, organizada por Fernando Coutinho, na sede da EBP-Rio, em março de 2013.

<sup>2</sup> LACAN, J. (2001[1966]). "O lugar da psicanálise na medicina". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 32. São Paulo: Edições Eolia.

<sup>3</sup> CASTEL, R. (1981). *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie a l'après-psychanalyse*. Paris: Éditions du Minuit.

<sup>4</sup> DELEUZE, G. (1992). "Post-Scriptum sobre as sociedades de controle". In: *Conversações*. São Paulo: Editora 34.

<sup>5</sup> MILLER, J.-A. (2011). "Intuições Milanesas I". In: *Opção Lacaniana Online*, ano 2, n. 5. Disponível em: <[http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_5/Intui%C3%A7%C3%B5es\\_milanesas.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_5/Intui%C3%A7%C3%B5es_milanesas.pdf)>.

<sup>6</sup> FOUCAULT, M. (2000). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.

<sup>7</sup> MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. (2006). *Selling Sickness. How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books.

<sup>8</sup> PARRY, V. (2003). *The art of branding a condition*. In: *Medical Marketing & Media*. Disponível em: <<https://sdsuwriting.pbworks.com/f/Parry+art+of+branding+a+condition.pdf>>.

<sup>9</sup> RORTY, R. (1995). *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

<sup>10</sup> LAURENT, É. (2005). "O Nome-do-Pai entre Realismo e Nominalismo". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 44. Op. cit., p. 92-105.

<sup>11</sup> IDEM. (2013). "Falar com seu sintoma, falar com seu corpo". Disponível em: <<http://www.enapol.com/pt/template.php?>>.

<sup>12</sup> IDEM. (2004). "Como recompor os Nomes-do-Pai". In: *Curinga - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas*, n. 20. Belo Horizonte: EBP, p. 17-26.

<sup>13</sup> FRANCES, A. (2012). "Am I a dangerous man?". Disponível em: <<http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201203/am-i-dangerous-man>>.

---

<sup>14</sup> KATSCHNIG, H. (2010). "Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession". In: *World Psychiatry*. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816922/>>.

<sup>15</sup> SZALAVITZ, M. (2012). "Psychiatrist Contends the Field Is 'Committing Professional Suicide". In: *Time Health and Family*. Disponível em: <<http://healthland.time.com/2012/10/05/psychiatrist-contends-the-field-is-committing-professional-suicide/>>.

<sup>16</sup> LACAN, J. (2001[1966]). Op. cit.